

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

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

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

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

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

- С.А. Игумнов, А.П. Гелда, С.И. Осипчик*
Система профилактики суицидального поведения: опыт Беларуси 3
- Е.Б. Любов, Л.Г. Магурдумова, В.Е. Цупрун*
Суициды в психоневрологическом диспансере: уроки серии случаев 23
- А.В. Меринов, Т.А. Меденцева*
Потенциальное желание обращения к специалисту в области психического здоровья у юношей: значение для суицидологической практики 29
- С.В. Харитонов, С.В. Рызова, В.Е. Цупрун*
Пиктографический экспресс-тест «Риск суицидального действия» 34
- К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, С.Н. Озоль, С.А. Чубина, Е.Л. Николаев, И.В. Городецкая*
Специфика отношений к смерти у студентов медицинских профессий в областях России и Беларуси с умеренным и повышенным суицидальным риском 40
- Д.Ф. Хритинин, М.А. Сумарокова, А.В. Есин, Д.В. Самохин, Е.П. Щукина*
Условия формирования суицидального поведения у студентов медицинского ВУЗа 49
- Ю.Е. Разводовский, П.Б. Зотов*
Суициды и смертность от рака в России: сравнительный анализ трендов 54
- А.В. Сахаров, Н.В. Говорин, О.П. Ступина, Т.Г. Колчанова*
Современные тенденции смертности населения по причине самоубийств в Забайкальском крае 58

EDITOR IN CHIEF	
P.B. Zotov, Ph. D., prof. (Tyumen, Russia)	
RESPONSIBLE SECRETARY	
M.S. Umansky, M.D. (Tyumen, Russia)	
EDITORIAL COLLEGE	
N.A. Bokhan, corresp. RAMS, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
Y.V. Kovalev, Ph. D., prof. (Izhevsk, Russia)	
N.A. Kornetov, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
J.A. Kudryavtsev, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
E.B. Lyubov, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
A.V. Merinov, Ph. D. (Ryazan, Russia)	
N.G. Neznanov, Ph. D., prof. (St. Petersburg, Russia)	
G. Pilyagina, Ph. D., prof. (Kiev, Ukraine)	
B.S. Polozhy, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
Y.E. Razvodovsky, M.D. (Grodno, Belarus)	
K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof. (Ekaterinburg, Russia)	
V.A. Rozanov, Ph. D., prof. (Odessa, Ukraine)	
V.A. Ruzhenkov, Ph. D., prof. (Belgorod, Russia)	
N.B. Semenova, Ph. D. (Krasnoyarsk, Russia)	
A.V. Semke, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
V.A. Soldatkin, Ph. D. (Rostov-on-Don, Russia)	
V.L. Yuldashev, Ph. D., prof. (Ufa, Russia)	
L.N. Yur'yeva, Ph. D., prof. (Dnipropetrovsk, Ukraine)	
Chiyo Fujii, Ph. D., prof. (Japan)	
Jyrki Korkeala, Ph. D., prof. (Finland)	
Ilkka Henrik Mäkinen, Ph. D., prof. (Sweden)	
William Alex Pridemore, Ph. D., prof. (USA)	
Niko Seppälä, M.D., Ph.D. (Finland)	
Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)	
Учредитель и издатель: ООО «М-центр», 625007, г. Тюмень, ул. Д.Бедного, д. 98-3-74	
Адрес редакции: г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, д. 81А, оф. 201, 202	
Адрес для переписки: 625041, г. Тюмень, а/я 4600	
Телефон: (3452) 73-27-45 Факс: (3452) 54-07-07 E-mail: sibir@sibtel.ru	
Заказ № 98. Тираж 1000 экз. Подписан в печать 23.06.2016 г. Распространяется по подписке	
ISSN 2224-1264	

VI Национальный конгресс по социальной психиатрии и наркологии «Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее», 18-20 мая 2016 г., г. Уфа 63

П.Б. Зотов
Рецензия на книгу «Суициды в России и Европе». Под ред. Б.С. Положего. – М.: ООО «Издательство МИА», 2016. – 212 с. 70

Информация для авторов 71

Contents

S.A. Igumnov, A.P. Helda, S.I. Osipchik
The system of prevention of suicide behavior: experience of Belarus 3

E.B. Lyubov, L.G. Magurdumova, V.E. Tsuprun
Suicide in outpatient mental health care hospital: lessons from consecutive case series 23

A.V. Merinov, T.A. Medentseva
Potential desire access to a specialist in the field of mental health in boys: implications for practice suicidological 29

S.V. Kharitonov, S.V. Ryzova, E.V. Tzuprun
Pictographic rapid test is "the Risk of suicidal actions" 34

K.A. Chistopolskaya, S.N. Enikolopov, S.N. Ozol, S.A. Chubina, E.L. Nikolaev, I.V. Gorodetskaya
The specifics of death attitudes in medical students in regions of moderate and high suicidal risk in Russia and Belarus 40

D.F. Chritinin, M.A. Sumarokova, A.V. Esin, D.V. Samokhin, E.P. Shchukina
Conditions of suicidal behavior formation among medical college students 49

Y.E. Razvodovsky, P.B. Zotov
Suicides cancer mortality in Russia: a comparative analysis of trends 54

A.V. Sakharov, N.V. Govorin, O.P. Stupina, T.G. Kolchanova
Contemporary tendencies of mortality due to suicides in Zabaykalsky region 58

VI National Congress of social psychiatry "Public mental health: present and future", 18-20 may 2016, Ufa, Russia 63

Information 71

Интернет-ресурсы:
<http://www.tyumsmu.ru/aspirantam/journal-suicidology.html>
www.elibrary.ru,
www.psychiatr.ru
www.medpsy.ru
www.cyberleninka.ru <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. Каньячи «Смерть Клеопатры», 1660 г.

УДК: 616.89-008

СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ: ОПЫТ БЕЛАРУСИ

С.А. Игумнов, А.П. Гелда, С.И. Осипчик

ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России (ф-л ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России), г. Москва, Россия

УО «Белорусский государственный университет», г. Минск, Беларусь

УО «Институт повышения квалификации и переподготовки кадров Государственного комитета судебных экспертиз», г. Минск, Беларусь

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Минздрава Беларуси, г. Минск, Беларусь

Контактная информация:

Игумнов Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: главный специалист отделения клинической психофармакологии Отдела клинической наркологии НИИ наркологии – филиала ФГБУ "Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского". Адрес: 119002, г. Москва, Малый Могильцевский пер., д. 3; профессор кафедры психологии Белорусского государственного университета. Адрес: Республика Беларусь, 220030, г. Минск, пр. Независимости, д. 4. Тел.: (495) 358-02-56, эл. адрес: sigumnov67@gmail.com

Гелда Анатолий Петрович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: доцент кафедры судебной психиатрии Учреждения образования «Институт повышения квалификации и переподготовки кадров Государственного комитета судебных экспертиз»; заведующий лабораторией клинико-эпидемиологических исследований Республиканского научно-практического центра психического здоровья. Адрес: Республика Беларусь, 220053, г. Минск, Долгиновский тракт, д. 152. Тел.: +375 17 289-80-48, эл. адрес: Helda@bsmu.by

Осипчик Сергей Иванович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: заместитель директора по медицинской части Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья». Адрес: Республика Беларусь, 220053, г. Минск, Долгиновский тракт, 152, тел. +375 17 289-80-48, эл. адрес: sergeio@list.ru

Республика Беларусь на протяжении 1990-2013 гг. относилась к странам с высоким уровнем суицидов – более 20 случаев на 100000 населения. Пик суицидов в общей популяции отмечен в 1996 г., когда в Беларуси было совершено 3632 суицида, и уровень суицидов составил 35,8 случаев на 100 тыс. населения. Пик суицидов в городской популяции отмечен также в 1996 г. – 29,1 случаев на 100000 городского населения. Пик суицидов в сельской популяции отмечен в 2003 г. – 57,4 случаев на 100 тыс. сельского населения. В период с 1995 по 2005 годы уровень суицидов в общей популяции не опускался ниже 30 случаев на 100 тыс. населения.

С 2004 г. в стране отмечается стойкая тенденция к снижению уровня самоубийств. В 2006 г. уровень суицидов впервые опустился ниже 30, и составил 29 случаев на 100 тыс. населения. Особенно отчетливая тенденция отмечается с 2009 года, на фоне осуществления мероприятий, предусмотренных Комплексным планом профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь. Так, с 2009 по 2012 гг., за три года, уровень суицидов снизился на 7,8 случая на 100 тыс. населения (с 28,3 (в абс. цифрах: 2735 случаев) до 20,5 случаев на 100 тыс. населения (1944 случая)). В 2014 г., впервые за всю историю существования Беларуси как независимого государства, уровень официальной регистрации суицидов в общей популяции стал меньше 20 случаев на 100 тыс. населения – 18,3 (2013 г. – 20,1).

Ключевые слова: уровень суицидов, популяция, профилактика.

1. Динамика суицидального поведения населения Республики Беларусь за 30-летний период (с 1985 по 2014 гг.)

Самоубийства и суицидальные попытки – одна из самых важных проблем общественного здоровья, вызывающая огромные социальные затраты и страдания человека, семьи и общества. За период с 1950 по 1995 гг. показатели распространенности самоубийств во всем мире (мужчины и женщины вместе) возросли на

60% [1]. Самоубийство – ведущая причина смерти среди лиц молодого и среднего возраста, в особенности мужского пола.

Ежегодно в результате самоубийств погибают примерно 873000 человек во всем мире, включая 163000 в Европейском регионе [2].

В 2002 г. на долю травм, умышленно нанесенных самому себе, приходилось 1,4% общего бремени болезней во всем мире и 2,3% бремени болезней в Европейском регионе [2].

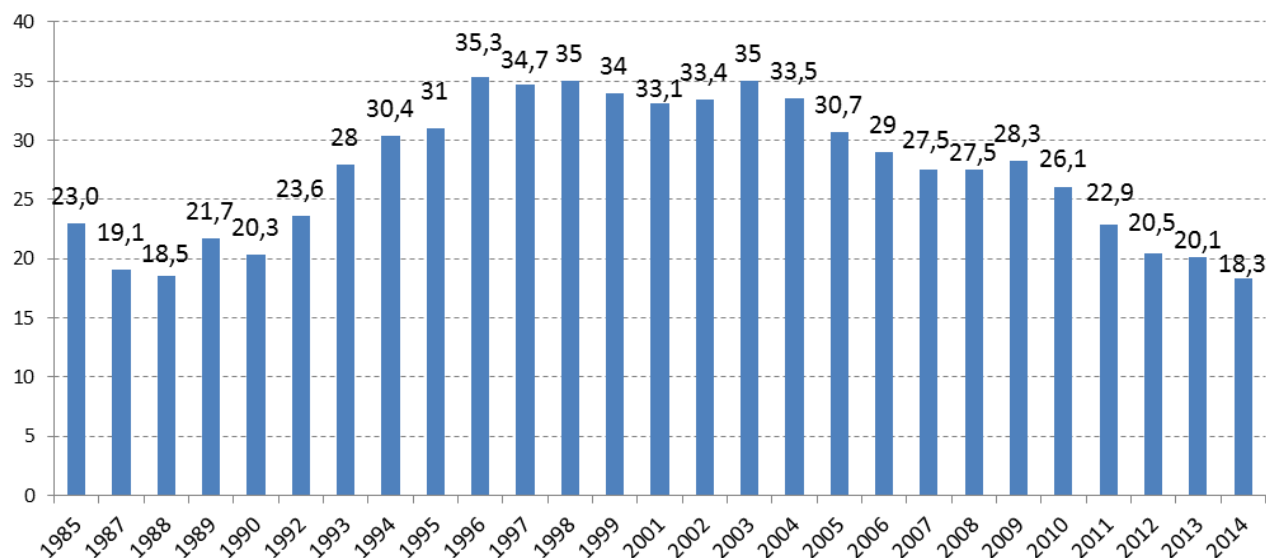


Рис. 1. Динамика уровня суицидов в Республике Беларусь за 30-летний период – с 1985 по 2014 гг. (на 100000 населения).

В соответствии с прогнозом ВОЗ [2], в 2020 году приблизительно 1,53 миллиона людей во всем мире погибнут по причине самоубийства, и в 10-20 раз большее их число совершит суицидальные попытки. В среднем в мире происходит один завершённый суицид каждые 20 секунд, и одна попытка каждые 1-2 секунды. Уровень частоты завершённых суицидов, превышающий 20 случаев на 100000 населения в год, ВОЗ обозначает как критический, требующий принятия экстренных мер по улучшению суицидальной ситуации.

На момент начала формирования организационной структуры суицидологической помощи населению БССР (в составе СССР) обстановка была неблагоприятной, уровень суицидов достигал 23 случаев на 100000 населения. На фоне мероприятий антиалкогольной кампании и создания (по модели г. Москвы) суицидологических кабинетов на базе Минского городского и областных психоневрологических диспансеров, открытия Телефона Доверия (сначала в Минске, затем в областных городах БССР) уровень завершённых суицидов к 1988 году снизился до 18,5 случаев на 100000 населения (рис. 1). На фоне социально - экономического кризиса, сопутствовавшего процессу распада СССР, роста алкоголизации и наркотизации, уровень суицидального поведения населения вновь повысился до 23,6 случая на 100000 населения в 1992 году.

Как видно на рис. 1, на протяжении 1990-2013 гг. Республика Беларусь относилась к

странам с высоким уровнем суицидов – более 20 случаев на 100000 населения [3, 4, 5]. Уровень суицидов, несмотря на наличие тенденции к его снижению, остается высоким и значительно превышает среднемировой – 11,4 (15,0 для мужчин и 8,0 для женщин). Пик самоубийств в общей популяции отмечен в 1996 г., когда в Беларуси было совершено 3632 суицида, и уровень смертности по этому показателю достиг 35,8 случаев (в сравнении с «антипиком» 1988 г. уровень суицидов возрос в 1,9 раза). Пик суицидов в городской популяции отмечен также в 1996 г., когда было зарегистрировано 2015 летальных случаев, и уровень суицидов составил 29,1 случаев на 100000 городского населения. Пик суицидов в сельской популяции отмечен в 2003 г. – 1627 самоубийств (57,4 случаев на 100000 сельского населения). В период с 1995 по 2005 годы уровень суицидов в общей популяции не опускался ниже 30 случаев на 100 тыс. населения.

С 2004 г. на фоне стабилизации социально-экономической обстановки, создания Союзного государства Беларуси и России (2002 г.) в стране отмечается стойкая тенденция к снижению уровня суицидов. В 2006 г. этот показатель впервые опустился ниже 30 и составил 29 случаев на 100 тыс. населения. Особенно отчетливая тенденция отмечается с 2009 г., на фоне осуществления мероприятий, предусмотренных Комплексным планом профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь.

В настоящее время по количеству суицидов среди мужского населения Беларусь занимает 11 место в мире с показателем 32,7 самоубийства на 100 тыс. населения. В общем рейтинге случаев суицидов Республика Беларусь занимает 19-е место с показателем 18,3 на 100 тыс. населения (средний мировой показатель – 11,4 суицидов на 100 тысяч населения – 15,0 для мужчин и 8,0 для женщин).

Группой максимального риска суицида в Беларуси являются мужчины трудоспособного возраста, особенно старше 45 лет [5, 6, 7].

2. Основные факторы риска суицидального поведения.

2.1. Социально-демографические факторы суицидального риска:

– пол: мужской (уровень суицидов у мужчин в 3-4 раза выше, чем у женщин);

– возраст: 20-35 и старше 45 (уровень суицидов последовательно поднимается по возрастным группам и достигает максимума в возрастном диапазоне от 45 до 60 лет);

– семейное положение: не состоящие в браке, разведенные, вдовы, бездетные и проживающие в одиночестве (уровень суицидов значительно выше в указанных категориях населения);

– образование и профессиональный статус – лица с высшим образованием и высоким профессиональным статусом, а также безработные (уровень суицидов выше в указанных категориях населения);

– проживание в сельской местности [8, 9].

2.2. Биографические факторы суицидального риска:

– суицидальные попытки в прошлом – 30% совершавших суицидальные попытки принимают повторные суицидальные действия; риск повтора высок в течение 3-х месяцев после совершения суицидальной попытки;

– суицидальное поведение «значимых других» – родственников, друзей, кумиров, исторических личностей;

– наличие психической патологии у близких родственников; наличие суицидов и суицидальных попыток в биографии близких родственников;

– систематическое насилие (физическое, психологическое, сексуальное) со стороны родных и близких, лиц из ближайшего окружения в возрасте до 13 – 15 лет;

– доступ к средствам суицида;

– тяжелые, нарушенные или напряженные межличностные отношения (в семье, профес-

сиональной среде, с родными, близкими, лицами из ближайшего окружения), «безответная любовь»;

– смерть близких родственников (особенно детей, мужа, жены, и особенно в преклонном возрасте);

– одиночество, социальная изоляция;

– существенное изменение привычного стереотипа жизни;

– ревность, супружеская измена, развод;

– потеря работы;

– выход на пенсию;

– совершение в отношении лица, обратившегося за помощью в связи с суицидальными тенденциями, или его / её родных, близких, лиц из ближайшего окружения, преступных действий, связанных с физическим, сексуальным насилием или утратой имущества;

– совершение преступления и опасение судебной ответственности;

– отсутствие средств к существованию;

– утрата жилья [8, 9].

2.3. Индивидуально-психологические факторы суицидального риска:

– эмоциональная неустойчивость, особенно в периоды возрастных кризов (пубертатный – у подростков, инволюционный – у лиц преклонного возраста);

– импульсивность в поведении, максимализм, категоричность, незрелость суждений;

– эмоциональная зависимость, острая потребность в родных и близких;

– напряженные эмоциональные контакты с родными, близкими, лиц из ближайшего и профессионального окружения;

– неадекватная (завышенная, заниженная) самооценка;

– напряженность потребностей, выраженное желание достижения целей «любой ценой»;

– низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующего фактора;

– тревожность и гипертрофированное чувство вины.

Наиболее опасной ситуацией в отношении совершения суицидальных действий является сочетание нескольких факторов риска суицидального поведения как из одной группы факторов, так и из нескольких групп факторов [8, 9].

Доминирующими способами самоубийства в Республике Беларусь являются повешение (70-75% всех суицидов), падение с высоты (24-

28%), менее 1% случаев приходилось на отравление психотропными препаратами. Алкогольное опьянение (определяемое по содержанию алкоголя в биологических жидкостях) сопровождало около 62% всех самоубийств [3, 4, 10], что обуславливает необходимость тесного взаимодействия с наркологической и токсикологической службами.

Необходимо отметить, что проблема суицидов и профилактика суицидов не являются только медицинскими проблемами, а носят широкий общественный и межведомственный характер.

Экономические затраты государства в связи с проблемой суицидов, включают в себя не только прямые потери, связанные с сокращением трудоспособного населения, но и расходы на систему профилактики суицидов и лечение лиц, совершивших попытки суицидов, а также уменьшение доходов в связи со смертностью в результате суицидов. Нравственные и социально-психологические аспекты проблемы суицидов также приносят тяжелый ущерб государству и обществу, как в самой стране, так и за ее пределами.

3. Основные направления деятельности системы здравоохранения Республики Беларусь по решению проблемы суицидального поведения населения как одного из значимых факторов, обуславливающих «управляемую смертность».

С целью организации оказания комплексной психолого - психиатрической помощи населению, повышению её доступности должности врачей - психиатров, врачей - психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников включены в Примерные штатные нормативы медицинских, педагогических и других работников психиатрических больниц, психоневрологических диспансеров, утвержденные постановлением МЗ Республики Беларусь от 11.10.2006 г. № 85.

Для организации психологической помощи в поликлиниках должности психологов введены в Примерные штатные нормативы медицинских и других работников поликлиник и детских поликлиник (поликлинических отделений), утвержденные постановлением МЗ Республики Беларусь от 07.12.2007 г. № 150.

С целью раннего выявления психических расстройств у пациентов общесоматических больничных организаций здравоохранения должностиврачей-психиатров, врачей - психоте-

рапевтоввключены в Примерные штатные нормативы больничных организаций здравоохранения, утвержденные постановлением МЗ Республики Беларусь от 22.12.2007 г. № 186.

Приказом МЗ от 08.04.2009 г. № 352 «О подготовке клинических протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» была создана рабочая группа по подготовке новой версии клинических протоколов диагностики и лечения психических расстройств для врачей психиатров, психотерапевтов, наркологов.

Одновременно разработана отдельная версия клинических протоколов диагностики и лечения психических расстройств для врачей других специальностей, применение которой позволяет осуществлять их раннюю диагностику среди пациентов, обращающихся в общесоматические организации здравоохранения, и оказание им своевременной, адекватной помощи.

Министерством здравоохранения принимаются необходимые меры по расширению межведомственного взаимодействия в работе по профилактике суицидов среди населения.

Приказом МЗ от 27.06.2008 г. № 594 «О создании межведомственной рабочей группы по разработке информационных материалов (инструкций) по оценке суицидального риска и профилактике суицидов» создана Межведомственная рабочая группа, осуществляющая подготовку указанных материалов для работников различных профессиональных групп: педагогов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских работников, сотрудников органов внутренних дел, военнослужащих, работников средств массовой информации.

Ряд инструкций из данного перечня приняты Экспертным советом по науке МЗ. Применение информационных материалов (инструкций) позволит повысить эффективность мероприятий по профилактике суицидов во всех категориях населения за счет привлечения к этой работе специалистов различных профессиональных групп.

Генеральной прокуратурой Республики Беларусь, городскими и районными прокуратурами Республики в Министерство здравоохранения регулярно представляются материалы прокурорских расследований в отношении суицидов, совершенных в различных регионах республики с копиями предсмертных записок лиц, совершивших суициды.

Минздравом дано поручение ГУО «Белорусская МАПО» регулярно проводить анализ предсмертных записок для выявления возможных причин и факторов, способствующих совершению суицидов. Результаты анализа содержания предсмертных записок используются в разработке и реализации профилактических мероприятий.

Минздравом разработан перечень факторов риска суицидального поведения, взаимодействие, которых может привести к формированию психопатологического механизма совершения суицидальных действий. Перечень направлен во все заинтересованные министерства и ведомства, в областные и Минский городской исполнительные комитеты.

В Министерство образования Республики Беларусь, Министерство труда и социальной защиты Республики Беларусь, в областные и Минский городской исполнительные комитеты Министерством здравоохранения РБ направляются результаты ежеквартального анализа суицидов с предложениями по повышению эффективности проводимых профилактических мероприятий.

4. Организация суицидологической службы в Республике Беларусь: ассимиляция отечественного и зарубежного опыта.

Решение задачи предупреждения самоубийств зависит как от адекватности теоретической концепции суицида и эффективности диагностических методов, так и от уровня организации суицидологической помощи. Предупреждение самоубийств должно решаться путём построения системы, объединяющей меры медицинского, психологического, социального, педагогического и правового характера. Трудность состоит в том, что большая часть суицидентов остается вне поля зрения суицидологов и психиатров, и не получает кризисной терапии.

Первые попытки практического предотвращения самоубийств относились к началу прошлого века и представляли собой благотворительные организации, основанные на добровольных началах (1906 г. – Нью-Йорк; 1906 г. – Лондон; 1928 г. – Берлин и др.). Это профилактическое направление продолжается в ряде стран и в настоящее время (Великобритания – «Общество самаритян», Турция, Южная Африка – «Общество анонимных суицидентов»). Новая организационная форма – сочетание, так называемого, «кризисного» центра

и телефонной службы – появилась в 1948 г. в Австрии; её авторы – Х. Хофф и Е. Рингель. Население информировалось о возможности в кризисных ситуациях установить анонимный телефонный контакт со специалистом, оказывающим помощь в разрешении психологических проблем. С 50-х годов прошлого столетия начали организовываться центры суицидологической помощи и телефоны доверия. Безусловно, низкий уровень самоубийств во многих зарубежных странах или его существенное снижение на протяжении последних 2-3 десятилетий в таких странах, характеризовавшихся ранее неблагоприятной суицидальной ситуацией, как Дания и Венгрия, во многом зависит от эффективности работы кризисных служб. Уже в 1990-е годы такие службы существовали во Франции в 150 городах, в Великобритании – в 300, в США – в 600. Причем они имеют тенденцию к расширению. В России работает в настоящее время порядка 20 психотерапевтических центров. При этом количество суицидологов и психотерапевтов в стране явно недостаточно [9].

Оптимальной представляется модель суицидологической службы, состоящей из четырех подразделений, расположенных вне психиатрических учреждений:

- 1) телефон доверия;
- 2) кабинет суицидолога в психоневрологическом диспансере (ПНД);
- 3) кабинет социально-психологической помощи в поликлинике (КСПП);
- 4) кризисный стационар в больнице общего профиля.

Такая структура суицидологической помощи была реализована на практике в г. Москве с 1980-х гг., внедрена в большинстве крупных городов СССР (в том числе в г. Минске) и доказала свою эффективность. Организация работы, задачи, штаты структур суицидологической службы разработаны сотрудниками Федерального суицидологического центра и изложены А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко [11, 12] в методических рекомендациях. Деятельность службы осуществляется по трем основным направлениям:

- 1) предотвращение первичных суицидов;
- 2) реадaptация лиц, совершивших суицидальные попытки;
- 3) пропаганда психогигиенических и правовых знаний о суицидальном поведении среди населения.

Основными задачами суицидологической службы являются:

- своевременное распознавание и купирование кризисных состояний;
- решение диагностических вопросов и применение мер профилактики самоубийств;
- кризисная терапия и реабилитация пациентов в постсуицидальном периоде;
- регистрация и учет самоубийств и покушений на самоубийство;
- проведение психопрофилактической работы с населением;
- оказание организационно-методической и консультативной помощи лечебно - профилактическим учреждениям по профилактике, раннему распознаванию и купированию кризисных состояний.

Эффективность работы суицидологической службы определяется не по формальному снижению количества суицидальных покушений в течение ближайшего года (это зависит в большей степени от наличия либо отсутствия в регионе налаженной межведомственной системы учета и регистрации суицидальных попыток среди населения и уровня диагностики суицидальных попыток врачами общепользовательской сети), а по количеству пациентов с различными формами суицидальных тенденций (не только оформленных в виде суицидального / саморазрушительного поведения), получивших необходимую квалифицированную помощь.

Телефон доверия является звеном экстренной психологической помощи, осуществляемой в любое время суток специалистами - консультантами лицам, находящимся в острых и трудноразрешимых конфликтных ситуациях [13, 14]. Преимущество телефонного звена помощи заключается в доступности, скорости и своевременности установления контакта, анонимных условиях оказания помощи. Рекомендуемые штатные нормативы телефона доверия: рассчитан на один миллион населения; предполагает наличие ставок – 2 врачей-психиатров (психотерапевтов), 2 медицинских психологов, 2 медицинских сестер, 0,5 должности медицинского статистика.

Цель: служба неотложной телефонной помощи прилагает усилия, чтобы страдающий, отчаявшийся или думающий о самоубийстве человек имел возможность установить немедленный контакт с человеком, готовым выслушать его как друга, и имеющим навыки оказания помощи в ходе беседы при уважении полной свободы абонента. Эта помощь распро-

страняется не только на первый телефонный контакт, но продолжается в течение всего психологического кризиса, пока человеку требуются совет и поддержка.

Принципы. Абонент должен быть уверен в полной конфиденциальности. Никакая информация, полученная от него, не может быть вынесена за пределы службы без его специального разрешения. Ни абоненты, ни работники служб неотложной телефонной помощи не должны подвергаться конфессиональному, религиозному, политическому или идеологическому давлению. Работники принимаются в службы только после тщательного отбора и обучения; они отбираются, прежде всего, на основании уровня развития эмпатии (способности понимать другого человека).

Методы. Штат службы неотложной телефонной помощи может состоять как из оплачиваемых работников, так и из волонтеров, причем последние играют основную роль в деятельности службы. Они работают как единая команда. Сотрудники службы проходят начальный курс обучения, после которого они работают в условиях продолжительной супервизии одного или нескольких человек, выделенных для этой цели в службе.

Г. Хэмбли [14] выделяет следующие задачи кризисного консультанта, работающего на Телефоне Доверия: 1) уловить «сигналы», оповещающие о наличии суицидальных мыслей или тенденций; 2) оценить степень суицидального риска; 3) проявить мягкую, ненавязчивую заботу о клиенте, помочь в принятии решения в пользу образа действий, исключающего самоубийство, хотя бы на данный момент времени. В.Ю. Меновщиков [15] подчеркивает важность умения как можно дольше поддерживать разговор с потенциальным суицидентом, поскольку это помогает установить с ним эмпатийные отношения. Излишняя заботливость, как и оспаривание высказываний абонента, вызывают у него опасение, что у него хотят отнять контроль над принятием решений. Г.В. Старшенбаум [16] подробно описывает особенности и условия оказания кризисной помощи по телефону.

Психологическая помощь по телефону обладает рядом преимуществ, которые, по сравнению с традиционной очной терапией, весьма значимы для кризисных пациентов [13, 17]:

Пространственные особенности. Телефонная связь позволяет оказывать психотерапевтическое воздействие на абонента, нахо-

дющегося на любом расстоянии от психотерапевта.

Временные особенности. Абонент может в любое удобное для него время незамедлительно соединиться с психотерапевтом, что особенно важно для лиц с низкой выносливостью к психологическому стрессу.

Максимальная анонимность. Контакт по телефону обеспечивает максимальную анонимность пациентов, что для многих из них является существенным.

Возможность прервать контакт. Телефонный абонент может прервать беседу с психотерапевтом в любой момент. Подобная возможность контролировать ситуацию общения имеет большое значение для лиц, нуждающихся в психологической безопасности.

Эффект ограниченной коммуникации. Исключительно акустический характер телефонной коммуникации способствует вербализации, а тем самым и лучшему осознанию переживаемой ситуации. Это, наряду с возможностью аффективного отреагирования, помогает пациенту интеллектуально овладеть травмирующей ситуацией, уменьшает чувство тревоги, облегчает реалистическое принятие ситуации и переход к конструктивной личностной позиции.

Эффект доверительности. Голос телефонного терапевта звучит в непосредственной близости от абонента, что придает особую интимность беседе, быстро формирует ее доверительную атмосферу, облегчает раскрытие глубоко личных проблем.

Цель телефонной терапии – предотвратить дальнейшее развитие остро возникших кризисных состояний, помочь разрешить психотравмирующую ситуацию и тем самым предотвратить возможное покушение на самоубийство.

Данная цель определяет две основные задачи телефонной терапии:

1) помощь в овладении и преодолении актуальной психотравмирующей ситуации, включая эмпатическую поддержку и когнитивное руководство;

2) коррекция неадаптивных личностных установок, обуславливающих развитие кризисных состояний и суицидальных тенденций. В свою очередь решение указанных задач требует соблюдения определенных принципов экстренной телефонной психотерапии.

Анонимность абонента укрепляет в пациенте нарушенное психотравмирующим событием чувство безопасности, повышает довери-

тельность при обсуждении интимно-личных проблем.

Установление взаимоотношений «сопереживающего партнерства» необходимо, поскольку эмоционально-нейтральные взаимоотношения воспринимаются кризисными пациентами как проявления неприятия и отвержения.

Доступность психотерапевта / психолога, достигающаяся сообщением абоненту графика работы телефонного терапевта и приглашением к обращениям, купирует переживания одиночества и беспомощности, обладающие высоким суицидогенным потенциалом.

Последовательность этапов терапии особенно важна, поскольку переход к очередному этапу помощи без завершения предыдущего ведет к нарастанию чрезмерных требований к пациенту, усиливает тем самым чувство его несостоятельности, снижает самооценку и, соответственно, усиливает суицидальный риск.

Разделение всех обращений в Центры телефонной помощи условно проводится на три группы:

- 1) обращение за психотерапевтической помощью;
- 2) обращение за информацией;
- 3) «молчащие» звонки.

Среди обратившихся за психотерапевтической помощью в телефонную службу выделяют три наиболее многочисленных группы: проблемные пациенты, кризисные пациенты и лица, находящиеся в состоянии хронической социально-психологической дезадаптации из-за личностных особенностей [18].

Первая психотерапевтическая беседа с острым кризисным пациентом имеет решающее значение в предотвращении дальнейшего кризиса. Она складывается из нескольких последовательных этапов, каждый из которых имеет свою специфическую задачу и определённый спектр терапевтических приёмов [18, 19].

Главная задача начального этапа беседы – установление контакта – убедить пациента в эмоциональном принятии и сочувствии, а также в обладании необходимыми профессиональными знаниями и жизненным опытом. Необходимо обеспечить клиенту *вентиляцию чувств*, принять его злость и готовность к манипулятивным действиям. Следует дать клиенту *гарантию* того, что терапевт может быть полезен ему и заинтересован в продолжении разговора.

Сам факт обращения абонента можно использовать для *подкрепления позитивных настроений*, выразив свое удовлетворение тем, что он поступил именно так. Как правило, на данном этапе пациент может раскрыть свои суицидальные переживания, что способствует повышению его ответственности за свое суицидальное поведение и уменьшает вероятность совершения попытки самоубийства – прием *вербализации суицидальных переживаний*.

При реакции острого горя высказывания терапевта должны носить характер сострадательной эмпатии, что пробуждает у абонента жалость к себе, которая купирует аутоагрессию.

В процессе беседы проводится исследование суицидального риска. Для этого у позволившего спрашивают, собирается ли он совершить суицид, готов ли у него план, имеется ли доступ к средствам самоубийства. Риск повышается, если абонент находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, и существенно уменьшается, если он готов заключить *договор об отказе от самоубийства*. Заключение договора завершает первый этап работы.

Второй этап направлен на интеллектуальное овладение ситуацией. Терапевт, сочувственно выслушивая обратившегося, уменьшает эмоциональную напряженность; задавая соответствующие вопросы, формирует в сознании пациента объективную и последовательную картину психотравмирующей ситуации в её развитии – прием *структурирования ситуации*. Во многих случаях у обратившихся имеется представление об уникальности их ситуации, страданий, личностных особенностей и ошибочных действий. Терапевт должен тактично подчеркнуть, что аналогичные ситуации и переживания встречаются достаточно часто – прием *преодоления исключительности ситуации*.

При острых кризисных ситуациях психотравмирующее событие зачастую воспринимается личностью как неожиданное, не имеющее понятных причин и поэтому непреодолимое. Раскрывая последовательность ситуации, терапевт показывает её связь с предшествующими событиями и, следовательно, возможность её изменения – приём *включения в контекст жизненного пути*.

Обратившиеся часто считают, что критические обстоятельства требуют от них немедленного, сиюминутного решения. В таких слу-

чаях терапевт подчеркивает, что у абонента есть время на обдумывание и принятие адекватного решения – прием *снятия остроты ситуации*. Рассказывая о своем жизненном пути, пациент сообщает о своих трудностях, которые ему удавалось преодолевать, о своих достижениях и психологических возможностях. Терапевт тактично подчеркивает эти позитивные механизмы, являющиеся мощным, но не всегда осознанным антисуицидальным фактором – прием *терапии успехами и достижениями*. Кроме того, на протяжении второго этапа беседы используются следующие психотерапевтические приемы:

– повторение содержания высказывания: абоненту сообщается, что его внимательно слушают и правильно понимают. Прием позволяет пациенту уточнить или переформулировать свои высказывания;

– отражение и разделение эмоций: терапевт высказывает сочувственное разделение таких суицидоопасных переживаний, как отчаяние, тревога, горе, чувства стыда, обиды и унижения. Прием стимулирует более открытое проявление эмоций, особенно показан при тоске, подавленности;

– поиск источников эмоций: абоненту предлагается установить непосредственные причины своего эмоционального состояния с помощью вопросов типа: «Что именно в этой ситуации Вас так ранит?». Прием помогает пациенту осознать связь между поступками значимого другого и собственными эмоциями.

Второй этап беседы можно считать завершённым, когда терапевт, обобщив всю полученную информацию, высказывает точную формулировку переживаемой пациентом ситуации – прием *формулировки ситуации*. Указанный прием помогает пациенту рационализировать происходящее, интеллектуально овладеть ситуацией и реалистически принять ее. Кроме того, благодаря данному приему, пациент знает, что его проблема понята другим человеком, что уменьшает переживания одиночества и безвыходности.

Третий этап – планирование действий, необходимых для преодоления критической ситуации. Основываясь на достигнутом ранее интеллектуальном овладении и реалистическом принятии ситуации, пациент подводится к осознанию того, какое разрешение ситуации наиболее для него приемлемо – прием *идентификации целей*. На этом этапе некоторые пациенты пытаются уйти от сути проблемы к

обсуждению своего состояния, в этом случае терапевту необходимо вернуть абонента к обсуждению конкретных планов – прием *фокусирования на ситуации*.

Специфическими психотерапевтическими приемами данного этапа являются интерпретация, планирование и удержание паузы.

Интерпретация: терапевт высказывает гипотезы о возможных способах разрешения ситуации.

Планирование: побуждение пациента к вербальному оформлению планов предстоящей деятельности.

Удержание паузы: молчание терапевта имеет целью предоставить пациенту возможность проявить инициативу, стимулировать вербализацию разрабатываемых им планов поведения.

Четвертый этап – коррекция суицидальных установок абонента. Обязательным является убеждение пациента в следующем:

– тяжелое эмоциональное состояние, переживаемое им в настоящий момент, – это временное состояние, в процессе терапии оно улучшится; другие люди в аналогичных обстоятельствах чувствовали себя так же тяжело, но потом их состояние полностью нормализовалось;

– жизнь пациента нужна его родным, близким, друзьям; его уход из жизни станет для них тяжелейшей травмой;

– каждый человек имеет право распоряжаться своей жизнью, но решать этот вопрос лучше после восстановления душевного равновесия.

При этом необходимо стимулировать воображение пациента перспективами оптимистического будущего – *терапия апперцепцией*. Этот прием требует от терапевта умения «рисовать словами», не столько рассказывать о будущем, сколько его «показывать».

У многих потенциальных суицидентов обнаруживаются представления о всемогуществе суицида как средства воздействия на значимого другого. Эта суицидогенная установка корригируется следующим образом. Терапевт пытается понять, что именно хочет сообщить значимому другому пациент своей попыткой самоубийства, и совместно с пациентом разрабатывает иной способ донесения до партнера этого сообщения.

Завершение терапии, как правило, вызывает у пациентов тревогу, которую необхо-

димо разделить; следует укрепить уверенность пациента в своих силах и обсудить, каким образом опыт разрешения данной кризисной проблемы будет полезен ему для преодоления жизненных трудностей в будущем.

К «запрещенным приемам» телефонного консультирования относят:

Высказывания-решения, перекладывающие ответственность с абонента на консультанта: 1) указания, приказы, направления; 2) предупреждения, угрозы, убеждения; 3) морализирование, поучения, наставления; 4) советы, предложения, решения; 5) убеждение путем спора, инструктирование, лекции.

Высказывания, снижающие самооценку собеседника: 1) осуждение, критика, несогласие, обвинение; 2) чрезмерное восхваление, «манипулятивное согласие», лицемерное одобрение, обещание награды; 3) высмеивание, стремление пристыдить; 4) интерпретация, анализ, постановка диагноза; 5) разубеждение, формальное утешение, поддержка как «заговаривание зубов»; 6) расследование, допрашивание.

Высказывание отрицания с целью снизить значение переживаний абонента: уход от проблемы, отвлечения, насмешка.

Необходимо предостерегать от типичных ошибок телефонного диалога. К ним относятся: чрезмерно быстрое определение проблемы; беседа о проблеме, а не о человеке; неприятие ценностей абонента; обсуждение ложной проблемы; взгляд сверху; чрезмерное отождествление, обвинение и позиция эксперта.

Подробно описываемый алгоритм работы консультанта важен в связи с тем, что контакт с суицидентом может быть первым и последним, а продолжение его зависит от того, какое впечатление произвел на суицидента консультант и насколько он помог пациенту снизить остроту проблемы.

Кабинет социально - психологической помощи (КСПП) предназначен для выявления и амбулаторной помощи лицам с суицидальным поведением, не находящимся на учете в ПНД. КСПП располагаются на базе городских и (в мегаполисах) студенческих поликлиник, в нем работают врач-психиатр (прошедший специализацию по суицидологии и психотерапии), медицинский психолог, медицинская сестра и социальный работник.

Показаниями для ведения пациентов в КСПП являются:

- непатологические и невротические ситуационные реакции;
- психопатические реакции, ситуационные декомпенсации психопатий;
- психогенные и невротические депрессии в невыраженной форме;
- патологические развития личности;
- психогенно обусловленные реакции больных психическими заболеваниями на фоне ремиссий.

Сведения о пациентах с острыми психотическими расстройствами передаются в ПНД. Согласно Закону Республики Беларусь от 07.01.2012 г. № 349-З "Об оказании психиатрической помощи", ст. 32 «Оказание психиатрической помощи в амбулаторных условиях», оказание психиатрической помощи в амбулаторных условиях осуществляется в случае, если состояние психического здоровья пациента или характер течения его психического расстройства (заболевания) не требуют постоянного круглосуточного наблюдения врача-специалиста и интенсивного лечения. Оказание психиатрической помощи в амбулаторных условиях осуществляется с согласия пациента или его законного представителя, за исключением оказания такой помощи на основании определения (постановления) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения.

Врач КСПП обязан:

1) проводить амбулаторное обследование, терапевтическое и реабилитационное ведение всех лиц, совершивших суицидальные попытки. В кабинет СПП пациенты могут обращаться самостоятельно, направляться из суицидологического кабинета ПНД, кризисного стационара и выявляться при диспансеризации;

2) фиксировать каждое обращение пациента в журнале амбулаторного приема, оформлять амбулаторную карту и выдавать при необходимости листы нетрудоспособности и справки об освобождении от учебы;

3) обеспечивать направление пациентов при наличии соответствующих показаний в психиатрическую больницу и кризисный стационар;

4) систематически контролировать работу медперсонала, проводить с ними занятия по профилактике самоубийств, пропагандировать психогигиенические знания среди населения путем проведения лекций и бесед;

5) вести медицинскую документацию, в амбулаторных картах отражать степень суицидального риска.

Кабинет суицидолога психоневрологического диспансера (ПНД). Контингент пациентов суицидолога составляют лица, страдающие психическими и поведенческими расстройствами с различными формами суицидального поведения. Лица с психическими расстройствами совершают самоубийства гораздо чаще, чем лица без психических расстройств. Так, суицидальный риск страдающих реактивной депрессией в 100 раз выше, чем у здоровых, при эндогенной депрессии – в 48 раз, при шизофрении – в 32 раза. Среди госпитализированных в психиатрический стационар повторные суицидальные действия совершают 60% больных в течение полугода после выписки из стационара [20]. Попытки самоубийства чаще совершают пациенты в возрасте 20-29 лет, а завершённые самоубийства достигают максимума в возрасте 50-59 лет для лиц обоего пола.

Высокий риск самоубийства обнаруживают пациенты с реактивными депрессиями и расстройствами личности (психопатиями) в связи с психотравмирующими ситуациями. Пациенты с параноидной шизофренией и психопатией возбудимого и астенического круга часто обнаруживают состояние хронической дезадаптации с высоким риском суицида (до 60%). У пациентов с биполярным аффективным расстройством, циклотимией, простой шизофренией отмечается периодические дезадаптационные кризисы, во время которых 30% пациентов совершают повторные суицидальные попытки.

Контингент пациентов, подлежащих обязательному наблюдению в суицидологическом кабинете ПНД, состоит из двух основных групп:

1) пациенты, страдающие хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, за которыми в соответствии со ст. 33 Закона Республики Беларусь от 07.01.2012 г. № 349-З "Об оказании психиатрической помощи" устанавливается диспансерное наблюдение, совершившие попытку самоубийства;

2) лица, страдающие хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, со стойкими суицидальными тенденциями.

В обязанности врача суицидологического кабинета входят:

– обследовать по направлению участковых психиатров пациентов с суицидоопасными тенденциями; осуществлять динамическое диспансерное наблюдение и лечение этих больных вплоть до ликвидации суицидального риска; при отказе больных от лечения у суицидолога давать участковому врачу подробные рекомендации по их дальнейшему терапевтическому ведению;

– активно выявлять на участках обслуживания пациентов, совершивших суицидальные попытки, и осуществлять их диспансерное наблюдение в течение года с момента покушения;

– участвовать в ведении и выписке пациентов территории обслуживания, помещенных в психиатрический стационар в связи с суицидальной попыткой; в последующем наблюдать их амбулаторно в течение года;

– обследовать лиц, направляемых из кабинетов социально-психологической помощи поликлиник, и решать вопрос о необходимости их лечения в суицидологическом кабинете диспансера. В случае такой необходимости осуществлять их лечение вплоть до ликвидации суицидального риска. При отсутствии показаний для лечения в суицидологическом кабинете направлять пациентов к участковым психиатрам; выдавать пациентам при необходимости листы временной нетрудоспособности;

– при наличии соответствующих показаний обеспечивать госпитализацию пациентов в психиатрическую больницу или в кризисный стационар;

– на еженедельных совещаниях врачей диспансера докладывать обо всех случаях самоубийств и покушений среди пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, с их кратким анализом и изложением превентивных рекомендаций;

– осуществлять координацию работы медицинского психолога, социального работника и медицинской сестры;

– в конце года представлять руководителю территориальной суицидологической службы и главному врачу диспансера, в котором расположен суицидологический кабинет, отчет о проделанной работе;

– врач-суицидолог в полном объеме должен вести медицинскую документацию.

Кризисный стационар располагается на базе соматической больницы и предназначен

для изоляции от психотравмирующей ситуации (в течение 2-4 недель), краткосрочной интенсивной терапии и реабилитации лиц, находящихся в состоянии психологического кризиса, с риском возникновения суицидальных тенденций и попыток. В него направляются лица с пограничными нервно-психическими расстройствами, лечение которым в психиатрической больнице не показано. Пациенты в кризисный стационар направляются из КСПП, ПНД, реанимационных и психосоматических отделений городских больниц, а также от службы телефона доверия. Основным методом лечения и реадaptации в кризисном стационаре является психотерапия, психологический тренинг, в необходимых случаях – медикаментозная терапия.

Показаниями для направления в кризисный стационар служат:

1) состояния и реакции с наличием суицидальных тенденций, а также потенциально опасные в отношении суицида:

– острые реакции на стресс;

– расстройства адаптации;

– психогенные и невротические депрессии, реактивные состояния;

– ситуационные декомпенсации расстройств личности (психопатий), патологические развития личности;

– психогенные реакции у пациентов с эндогенными психозами на фоне полноценных ремиссий и при наличии критики.

2) постсуицидальные состояния с признаками дезадаптации у лиц, совершивших непсихотические суицидальные попытки.

Противопоказаниями для направления в кризисный стационар служат тяжелые соматические и выраженные психотические состояния:

1) тревожная депрессия в пожилом возрасте;

2) ипохондрические раптоидные состояния;

3) галлюцинаторно-параноидные состояния с императивными галлюцинациями суицидального содержания;

4) острые состояния страха с ажитацией;

5) депрессивно-параноидные состояния с переживаниями вины или «угрозы жизни»; тяжелые дисфорические состояния с аутоагрессивными тенденциями;

6) депрессии у больных с неблагоприятной микросоциальной ситуацией;

7) острые депрессивные состояния, возникшие в ответ на психотравмирующую ситуацию у процессуальных больных в ремиссии.

Процесс реабилитации пациентов в условиях кризисного стационара носит многоэтапный характер. Первый этап связан с усиленной поддержкой пациента, установлением теплого, партнерского отношения с персоналом. Предусматривается устранение психической напряженности, тревожности, внутреннего беспокойства, чувства безысходности. В последующем работа направлена на осознание пациентом рациональных путей выхода из затруднительной ситуации, включение в психотерапевтическую среду отделения, переключение с чисто эгоистической оценки своего состояния на необходимость поиска широких социальных контактов.

На втором этапе психотерапевтического взаимодействия осуществляется переход пациента от пассивной, подчиняемой позиции к активной, партнерской. Основная работа психотерапевта заключается в умелом направлении внутренних ресурсов пациента на причинный анализ существующей психотравмирующей ситуации, вычленение главных и сопутствующих факторов, вызвавших социальную дезадаптацию. Очень важным следует признать умелое регулирование процесса «разрыхления» суицидальной линии поведения, привития чувства и убежденности в самостоятельном обнаружении выхода из затруднительного поведения. Такая направленность превентивной стратегии открывает большие возможности для личности на будущее: существенное усиление адаптационных способностей организма как бы предопределяет профилактику суицида, обеспечивает успех всей кризисной интервенции.

На третьем этапе достигается окончательное разрешение всех существовавших прежде душевных конфликтов, закрепление адаптационных механизмов, дальнейшая тренировка резервных возможностей индивида. Естественно, в столь краткий срок полная реконструкция личности труднодостижима, однако с переходом на регрессиентную стадию предусматривается последовательная психотерапия в амбулаторных условиях.

На этом этапе предпочтение отдается групповым методам социально - психологического, ролевого тренинга, аутогенной тренировки: они облегчают переход от неадаптивной

позиции к адаптивной, со сменой аффективной мотивации, углублением процесса социализации (тренировка в самоограничении, саморегулировании, выправление навыков общения в сторону повышения уровня эмпатии, умения понимать чужие интересы и запросы). Наряду с групповыми сеансами осуществляются приемы индивидуальной работы, учитывающие личностные особенности пациента и характер конфликтной ситуации: осознанное повышение уверенности, раскованности и самооценки, укрепление оптимизма, планомерный контроль поведения.

После выписки из кризисного стационара пациенты направляются для амбулаторного наблюдения соответственно по необходимости в суицидологический кабинет ПНД или КСПП.

Кризисный стационар развертывается, как правило, на 20-30 коек, в нем работают врач-суицидолог, медицинский психолог, социальный работник, медицинские сестры, санитарки, сестра-хозяйка. Г.В. Старшенбаум [16] рекомендует использовать в кризисном стационаре бригадный метод ведения пациентов.

В заключение следует привести сохраняющиеся на практике недостатки в организации помощи суицидентам, выявленные еще А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко [12]:

1) отсутствие налаженной системы учета и регистрации суицидальных попыток среди населения и недостаточная диагностика суицидальных попыток врачами общепольничной сети;

2) ограниченность специализированной социально-психологической и психотерапевтической помощи суицидентам, не состоящим на учете в ПНД;

3) недостаточная преемственность в ведении суицидентов между психиатрическим стационаром и диспансером;

4) неудовлетворительная выявляемость лиц с суицидальными тенденциями и суицидоопасными состояниями среди диспансерного контингента психически больных, и практически полное отсутствие такой выявляемости в населении;

5) отсутствие в здравоохранении амбулаторных и стационарных учреждений, вне структуры психиатрической службы, предназначенных для оказания комплексной социально-психологической помощи лицам, не нуждающимся в психиатрическом лечении, находящимся в конфликтных ситуациях и состояниях психологического кризиса.

Согласно Закону Республики Беларусь от 07.01.2012 г. № 349-З "Об оказании психиатрической помощи", ст. 34 «Оказание психиатрической помощи в стационарных условиях», оказание психиатрической помощи в стационарных условиях осуществляется в случае, если состояние психического здоровья пациента или характер течения его психического расстройства (заболевания) требуют постоянного круглосуточного наблюдения врача - специалиста и интенсивного лечения. Оказание психиатрической помощи в стационарных условиях осуществляется с письменного согласия пациента или его законного представителя, за исключением оказания такой помощи на основании:

- решения суда об удовлетворении заявления о принудительной госпитализации и лечении (далее – решение суда о принудительной госпитализации и лечении);

- определения (постановления) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения, вынесенного по основаниям и в порядке, предусмотренным Уголовным кодексом Республики Беларусь и Уголовно - процессуальным кодексом Республики Беларусь;

- заключения врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования в стационарных условиях и санкции прокурора на проведение принудительного психиатрического освидетельствования;

- заключения врача-специалиста государственной организации здравоохранения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования в стационарных условиях.

Несовершеннолетний пациент в возрасте до четырнадцати лет, а также лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, госпитализируются в психиатрический стационар с согласия законного представителя.

В случае возражения одного из родителей, усыновителей (удочерителей) несовершеннолетнего пациента в возрасте до 14 лет или при их отсутствии либо отсутствии иного его законного представителя, а также при отсутствии законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, госпитализация осуществляется по решению органа опеки и попечительства. Решение

органа опеки и попечительства может быть обжаловано в порядке, установленном законодательными актами.

Влияние самоубийства на родственников и медицинский персонал.

К. Лукас и Г.М. Сейден [21] акцентировали внимание на влиянии самоубийств на близких родственников (оставшихся в живых) и медицинский персонал. Эти аспекты недостаточно освещены в отечественной медицинской литературе.

Общество считает самоубийство действием, отклоняющимся от принятой нормы, и семья покончившего с собой подвергается сильному негативному давлению. Хотя в последнее время отмечается смягчение отношения общества и религии к этому явлению. Когда в средствах массовой информации появляются сообщения о покончивших с собой подростков, некоторые из молодых людей, воспринимают их как «приглашение» к совершению самоубийства.

Эмоциональные реакции на суицид. Близкие суицидента страдают по основным 3-м причинам [16, 22-25]:

- они скорбят по умершему;

- переживают психическую травму – как жертвы посттравматического стрессового расстройства;

- потому, что о самоубийстве не принято говорить и молчание о нем мешает исцелению.

Первая волна эмоций включает: шок, отрицание, беспомощность, облегчение (иногда) и обвинение. Вторая волна эмоций поражает близких: гневом, чувством вины, стыдом и страхом. Третья волна эмоций: близкие испытывают депрессию со снижением самооценки. Четвертая волна эмоций: включает широкий спектр психологических и психосоматических проблем, включая склонность к самому суициду.

Иногда близкий человек не может осознать значимость постигшего его события. Следующее за этим отрицание проявляется в отказе принять само событие – смерть объясняется как-то иначе. Ни один из близких самоубийцы не проходит через все переживания или стадии и не рассказывает обо всем. Таким образом, родственники человека, совершившего самоубийство, могут испытывать потребность в медицинской помощи.

Любой суицид приводит к более интенсивному переживанию горя близкими (в сравне-

нии с обычными), и обуславливает более трудный процесс принятия и интеграции утраты. Многие из оставшихся в живых, прежде всего, именно себя считают жертвами неожиданной и внезапной смерти близкого человека.

N. Farberow [26] характеризует эмоциональные переживания, свойственные оставшимся в живых после самоубийства близкого, следующим образом:

1. Интенсивное чувство утраты – переживания горя и скорби.
2. Гнев – из-за необходимости испытывать ответственность за случившееся.
3. Чувство «разлучения» – из-за того, что предложенная помощь была отвергнута.
4. Чувства тревоги, вины, стыда или смущения.
5. Облегчение, что исчезла раздражающе настоятельная необходимость в заботе или контроле за близким.
6. Чувство «брошенности».
7. Появление собственных саморазрушающих тенденций.
8. Гнев, порожденный господствующими предрассудками, что случившееся является пренебрежением нормами социальной и моральной ответственности.

Разнообразные проявления гнева в виде злости, ярости, возмущения или раздражения встречаются часто у выживших после самоубийства близкого. Они бывают направлены на конкретных лиц или учреждения, оказавшиеся безуспешными в усилиях спасти жизнь человека (врачей, полицейских, спасателей, друзей, приятелей, коллег, общество в целом), на самих себя и, наконец, на умерших. Оставшиеся в живых испытывают тревогу и чувство вины, оказываются в плену вопроса: «Почему это случилось именно со мной?» – отчаянно стремятся постичь смысл самоубийства. Задумываются – «Каким образом я должен вести себя после случившегося?» Большинство переживших самоубийство близкого нуждаются в помощи, многие были бы не прочь прибегнуть к профессиональной поддержке. Однако эта проблема не решена: – где, когда, кем?

Общие терапевтические принципы работы с выжившими после самоубийства близкого сводятся к следующему [21]:

1. Оживление – вдохание новой жизни в человека с серьезной психической травмой.
2. Восстановление – помощь, необходимая для работы – переживания горя.

3. Обновление – освобождение от тягостных последствий и зависимости от утраты.

Самоубийство пациента – это травматическое событие для медицинского персонала (врача) – чувство отчаяния, вины, профессионального и даже личного краха. Почти у 1/3 соприкасавшихся с самоубийцей развиваются посттравматическое расстройство или депрессия. Можно выделить 5 типов факторов, определяющих реакцию врача на самоубийство [21]:

1. Особенности взаимоотношений (зависимость, нарциссизм, амбивалентность).
2. Обстоятельство времени (ряд суицидов пациентов за короткое время).
3. Особенности значимых жизненных обстоятельств (врач испытал горе, депрессию, утрату родителей в детстве).
4. Особенности личности (стремление быть сильным и контролировать происходящее, трудности осознания собственных чувств).
5. Срезовые обстоятельства (отсутствие возможности обсудить случившееся с другими).

Женщины-врачи обычно переживают сильнее, и редко кто из них справляется с драматическими коллизиями в своей профессиональной деятельности без серьезных психологических последствий.

Помощь врачу должна оказываться по 2 направлениям:

- 1) в поддержании его профессиональной состоятельности и компетентности;
- 2) в поддержании возникших личностных переживаний. Медицинский персонал нуждается в психологической подготовке к самоубийствам, как и к смерти пациента вообще [21].

Основные направления предупреждения самоубийств в современной мировой практике. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Организация объединенных наций (ООН) предлагают проекты стратегий по предотвращению самоубийств в психиатрических учреждениях и больницах общего профиля, школах и исправительных учреждениях, для лиц, переживших суицид (тех, кто стал его свидетелем), а также рекомендации по освещению самоубийств в средствах массовой информации [27]. В работе по суицидальной превенции мероприятия можно осуществлять в рамках системы здравоохранения, либо направлять их на общество в целом [28, 29].

Перспективы системы здравоохранения	Перспективы общественного здоровья
<p>Цель / стратегия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение качества услуг здравоохранения. 2. Улучшение диагностики психических заболеваний, таких как депрессия, психозы, злоупотребление и зависимость от алкоголя и наркотиков, распознавание и оценка психосоциальных факторов стресса. 3. Повышение сознательного отношения работников здравоохранения к превенции самоубийств и психическим заболеваниям. 4. Адекватное лечение, последующее наблюдение и реабилитация психически больных, суицидентов и лиц в кризисном состоянии. <p>Группы-мишени:</p> <ul style="list-style-type: none"> – пациенты – родственники – руководители 	<p>Цель / стратегия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Реализация стратегий в плане: социального обеспечения, образования, школ и рабочих мест, психического здоровья, профилактики алкоголизма и наркомании и т.д. 2. Повышение уровня знаний посредством образования общества по направлениям: <ul style="list-style-type: none"> – суицидальное поведение и меры по его предотвращению; – раннее распознавание, профилактика и лечение психических заболеваний; – хронический психосоциальный стресс, вызванный бедностью, безработицей, насилием и т.д.; – защитные внешние факторы психического здоровья (хорошая семья, бытовые условия, в школе и на работе, окружение, свободное от наркотиков и т.д.). 3. Изменение негативного отношения общества к психическим заболеваниям и превенции самоубийств. 4. Контроль доступа к средствам суицида. 5. Ответственное отношение со стороны СМИ. <p>Группы-мишени: все население (в частности, такие специфические сферы как школа, рабочие места, домашние условия, воинская служба и т.д.)</p>

Рис. 2. Стратегия предотвращения самоубийств.

При подходе в рамках системы здравоохранения используется трех-факторная стратегия суицидальной превенции, направленная и на общество в целом [30]. Она состоит из следующих мероприятий: идентификация групп риска; повышение качества диагностики и лечения суицидальных пациентов, включая тех, кто предпринимал суицидальную попытку, обеспечение оптимальной реабилитации лиц, пытавшихся совершить самоубийство. Адекватное лечение психических заболеваний в психиатрических учреждениях и врачами общего профиля является одной из самых проверенных и испытанных стратегий в снижении суицидального риска [29]. Предупреждение самоубийств осуществляется по трем направлениям: лечение психически больных, разработка программ по превенции самоубийств, контроль за окружающей средой. Подход, направленный на общественное здоровье, включает: психосоциальную поддержку, изменение отношения к суицидальной личности и повышение уровня знаний по предотвращению самоубийств и психических заболеваний, меры,

направленные на окружающую среду, исследовательские программы [31]. В настоящее время наметились более эффективные методы превенции, медикаментозного и психологического (психотерапевтического) лечения суицидентов. Медикаментозное воздействие направлено в основном на лечение психических расстройств и соматических заболеваний, а не на «суицидальность» как таковую. Более близким к механизмам суицидальных действий является психотерапевтическое лечение:

1) когнитивно-бихевиоральная терапия, особенно терапия решения проблем;

2) диалектическая бихевиоральная терапия, устраняющая эмоциональную дисрегуляцию;

3) межличностная (интерперсональная) терапия.

Существует множество подходов к предотвращению самоубийства, но их выбор должен быть индивидуален. Большинство совершивших попытки самоубийства можно заставить отказаться от своих намерений. Если попытки самоубийства обусловлены психиче-

ским заболеванием, то часто бывает достаточно соответствующего лечения. В то же время психофармакологические препараты не могут решить проблему самоубийств.

Современное мнение о профилактике самоубийств сводится к трем её видам. Первичная профилактика – вряд ли возможна. Конфликтные ситуации и реакции короткого замыкания так часты и так трудно предсказуемы, что целенаправленная первичная профилактика практически неосуществима. Для вторичной профилактики поле деятельности значительно шире, она включает в себя помощь группам риска, разрешение текущих суицидогенных проблем. Предупреждением риска повторного суицида занимается третичная профилактика.

Рассмотрение социальных и психологических факторов, определяющих суицидальное поведение, изучение культурных ценностей, под влиянием которых формируется отношение общества к актам самоубийства, наряду с исследованием причин смерти и методов совершения диагностики суицида, помогают лучше понять детерминанты этого феномена, вкладываемый в него смысл, а также его практическое значение как проблемы здравоохранения и как индикатора качества социальной среды.

Важное значение имеют антисуицидальные факторы, которые в ряде случаев могут препятствовать совершению суицидальных действий. К таковым относятся [32]:

1. Убеждения в необходимости преодоления проблемы («как бы плохо я себя не чувствовал, я всегда уверен, что еще не все потеряно»).
2. Ответственность за семью («У меня есть обязательства перед моей семьей», «Я очень сильно люблю мою семью и никогда не оставляю их»).
3. Забота о детях («Дети нуждаются во мне, я должен жить ради них»).
4. Страх суицида («Я боюсь смерти и неизвестности», «Я боюсь, что останусь в живых после попытки покончить с собой и стану инвалидом»).
5. Страх социального отвержения («Меня беспокоит, что другие станут считать меня слабым и никчемным, если я попытаюсь покончить с собой»).
6. Моральные и религиозные установки («мои религиозные убеждения запрещают совершить суицид»).

Таким образом, развитие эффективного и специфического лечения лиц, пытавшихся покончить с собой, становится все более реальным. Не следует забывать, что здоровье и качество жизни населения зависят не только от медицинских работников, но и от трёх основных детерминант современного общества: материального благополучия, социальных структур и стиля жизни [29]. Последняя детерминанта представляется ведущей в этом перечне.

Комплексный план профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь на 2009–2012 годы и основные результаты его внедрения.

В целях снижения уровня суицидов среди населения Республики Беларусь, в соответствии с поручением Совета Министров Республики Беларусь от 05.10.2009 г. №38/204-471, МЗ Республики Беларусь был разработан и согласован с заинтересованными министерствами и ведомствами Комплексный план профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь на 2009–2012 годы (далее – План).

В Плате содержался перечень мероприятий, направленных на снижение уровня суицидов в республике. В него были включены разделы: организационно-методические мероприятия, укрепление кадрового потенциала, информационно-пропагандистское обеспечение и организация профилактической помощи.

Основными целями Плана являлись: стабилизация и снижение числа суицидов и попыток суицидов среди населения; улучшение психологической обстановки и повышение уровня здоровья, в том числе, нравственного, населения страны.

План предусматривал решение следующих задач: активизацию деятельности государственных органов, общественных, в том числе, религиозных (в особенности, доминирующих в стране конфессий: Белорусского экзархата Русской Православной церкви и Конференции католических епископов Беларуси) организаций в решении проблемы суицидов; повышение уровня подготовки специалистов различных профессий в области профилактики суицидов; повышение доступности для населения качественной, своевременной социальной, психологической, медицинской и духовной помощи.

С учетом того, что суициды являются следствием целого комплекса причин и факторов, основные из которых носят социальный

характер, Планом было предусмотрено расширение межведомственного взаимодействия и сотрудничества в области их профилактики, включая организацию в многопрофильных стационарных организациях здравоохранения областей и г. Минска стационарных отделений для оказания медицинской помощи лицам с риском совершения суицидов и совершившим суицидальные попытки (п. 11); проведение социологических опросов населения для выявления причин суицидального поведения населения и степени информированности населения о наличии служб профилактики суицидов и их возможностях (п. 14); привлечение к разработке мероприятий по профилактике суицидов экспертов ВОЗ с целью переноса опыта стран, имеющих позитивные результаты в профилактике суицидов (п. 15); организацию обязательного изучения вопросов кризисной психологии, факторов риска, признаков суицидального поведения и вопросов профилактики суицидов при проведении повышения квалификации и переподготовки педагогических работников, психологов, специалистов по социальной работе (п. 19); привлечение общественных и религиозных организаций к оказанию духовной и психологической помощи населению посредством их участия в информационно-просветительских телепрограммах и публикациях в других средствах массовой информации (п. 29); выявление у одиноко проживающих: пожилых, неработающих, инвалидов, злоупотребляющих алкоголем граждан психологических, медицинских, социальных проблем, информирование их о наличии службы экстренной психологической помощи «Телефон доверия» и срочной консультационной помощи по телефонам «Горячая линия» (п. 29); ограничение доступности к выходам на крыши высотных зданий, проникновения в строящиеся здания, сооружения (п. 31) и т.д. Координирующая роль по реализации основных направлений, изложенных в Комплексном Плане, в системе здравоохранения Беларуси принадлежала Государственному учреждению «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (директор в 2009-2012 гг. – д.м.н., профессор С.А. Игумнов). В рамках исполнения п. 13 Комплексного Плана «организация психиатрического научного подразделения для проведения научных исследований с целью разработки новых, высокоэффективных технологий в области оказания помощи при

кризисных состояниях, реабилитации и профилактики суицидов» в 2010 г. в структуре Республиканского НПЦ психического здоровья создана лаборатория клинико - эпидемиологических исследований (заведующий с момента создания – к.м.н., доцент А.П. Гелда).

На фоне реализации мероприятий «Комплексного плана профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь на 2009 – 2012 годы» уровень суицидов всего за три года снизился на 7,8 случаев на 100 тыс. населения (с 28,3 случаев на 100 тыс. населения (n=2375 суицидов) в 2009 г. до 20,5 случаев (n=1944) в 2012 г.). В последующие годы позитивная тенденция продолжается. В результате реализации мероприятий, заложенных в Плане, впервые за всю историю существования Беларуси как независимого государства, в 2014 г. уровень официальной регистрации суицидов в общей популяции республики стал меньше 20 случаев на 100 тыс. населения – 18,3 (2013 г. – 20,1). Это означает, что Беларусь вышла из группы стран с высоким уровнем суицидов.

В 2014 г. показатели суицидов по сравнению с 2013 г. снизились во всех группах населения: в общей популяции – на 8,7%, до 18,3 случая на 100 тыс. населения; в общей городской популяции – на 3,8%, до 12,6 случая на 100 тыс. городского населения; в общей сельской популяции – на 23,7%, до 37,2 случая на 100 тыс. сельского населения. Показатели суицидов, совершенных в общей популяции трудоспособного возраста страны за 2014 г. в сравнении с 2013 г., снизились на 1,7%, при сохранении уровня относительного показателя с 15,5 до 14,7 на 100 тыс. населения.

В ходе реализации мероприятий «Комплексного плана профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь на 2009–2012 годы» нами проведен статистический анализ суицидальной ситуации за период 1992–2012 гг..

Получена следующая модель динамики за период 1992–2002 гг. (дифференциальное уравнение, полученное методом авторегрессионного анализа):

$$St=10,894+0,69*St-1,$$

где: St – статистика суицидов за рассматриваемый год; St-1 – статистика суицидов за предшествующий год.

Качество модели: R2=87,6%; p<0,001.

В ходе статистического анализа суицидальной ситуации за период 2003-2012 г.г.

(данные смоделированы по исходному значению для 2003 г.) получена следующая модель динамики: $St=1,282+0,989*St-1$.

Качество модели: $R2 = 94,4\%$; $p<0,001$.

Выводы.

1. Закономерности динамики уровня суицидов для периодов 1992-2002 гг. и 2003-2012 гг. взаимно противоположны: первая соответствуют постепенному росту, вторая – выраженному последовательному спаду.

2. Прогнозируемые при помощи второй модели данные с экстраполяцией до 2020 г. позволяют утверждать, что при прочих равных условиях дальнейшая реализация задач, намеченных в Комплексном плане профилактики суицидального поведения, благоприятно скажется на суицидологической обстановке в стране, и уже в 2016 г. может вывести Беларусь из стран – «лидеров» по числу суицидов в категорию стран с уровнем суицидов не выше среднемирового (рассчитанного для 53 стран, предоставляющих сведения о завершенных суицидах в ВОЗ).

Чрезвычайно важным представляется сохранение и развитие разработанной эффектив-

ной модели межведомственного и межконфессионального взаимодействия в плане профилактики суицидов, партнерства государственных структур и общественных объединений, а также координация усилий в области международного сотрудничества, в особенности в рамках Союзного государства Беларуси и России, Таможенного Союза и ОДКБ. На уровне ведущих национальных научных центров, включенных в систему профилактики суицидального и саморазрушительного поведения населения, большие перспективы открывает активизация сотрудничества Республиканского НПЦ психического здоровья Минздрава Беларуси и Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России.

Важно отметить, что Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (принятая 15 апреля 2014 г., № 294) в качестве одного из целевых индикаторов предусматривает снижение смертности от самоубийств до 16 случаев на 100 тыс. населения. Такой показатель представляется вполне достижимым и в Беларуси.

Литература:

1. Bertolote J.M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective // World Psychiatry. – 2002. – Vol. 1, № 3. – P. 181-185.
2. The World Health Report 2004. Changing history. – Geneva, World Health Organization, 2004.
3. Игумнов С.А., Григорьева Н.К. Суицидальное поведение взрослого и подросткового населения в Российской Федерации и Республике Беларусь // II Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные вопросы социально-психологического здоровья», 3-6 ноября 2003 г., г. Минск. Матер, конгресс. – Минск: Социальный проект, 2003. – С. 59-60.
4. Игумнов С.А., Гелда А.П. Социально-психологические механизмы суицидального поведения подростков и молодежи в современном мегаполисе (на примере г. Минска) // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 18-19.
5. Старцев А.И., Короткевич Т.В., Рынков П.В., Кабанов В.А., Голубева Т.С. Итоги работы психиатрической службы Республики Беларусь в 2013 г. // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2014. – № 3 (17). – С. 154-161.
6. Государственный доклад «О санитарно - эпидемиологической обстановке в Республике Беларусь в 2013 году»: <http://www.rcheph.by/news/gosudarstvennyy->

References:

1. Bertolote J.M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective // World Psychiatry. – 2002. – Vol. 1, № 3. – P. 181-185.
2. The World Health Report 2004. Changing history. – Geneva, World Health Organization, 2004.
3. Igumnov S.A., Grigor'eva N.K. Suicidal'noe povedenie vzroslogo i podrostko-vogo naselenija v Rossijskoj Federacii i Respublike Belarus' // II Mezhdunarodnyj kong-ress «Molodoe pokolenie XXI veka: aktual'nye voprosy social'no-psihologicheskogo zdo-rov'ja», 3-6 nojabrja 2003 g., g. Minsk. Mater, kongress. – Minsk: Social'nyj proekt, 2003. – S. 59-60. (In Russ)
4. Igumnov S.A., Gelda A.P. Social'no-psihologicheskie mehanizmy suicidal'nogo povedeni-ja podrostkov i molodezhi v sovremennom mega-polise (na primere g. Minska) // Suicidology. – 2010. – № 1. – P. 18-19. (In Russ)
5. Starcev A.I., Korotkevich T.V., Rynkov P.V., Kabanov V.A., Golubeva T.S. Itogi raboty psihiatricheskoj sluzhby Respubliki Belarus' v 2013 g. // Psihiatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija. – 2014. – № 3 (17). – S. 154-161. (In Russ)
6. Gosudarstvennyj doklad «O sanitarno - jepidemiologicheskoj obstanovke v Respublike Belarus' v 2013 godu»: <http://www.rcheph.by/news/gosudarstvennyy->

- doklad-o-sanitarno-epidemiologicheskoy-obstanovke-v-respublike-belarus-v-2013-godu.html?sphrase_id=40531
7. Резолюция Республиканского совещания «Итоги работы психиатрической, наркологической и психотерапевтической служб Республики Беларусь за 2014 год и задачи на 2015 год» // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2015. – № 2 (20). – С. 149-160.
 8. Бородин С. В., Михлин А.С. Самоубийства за рубежом // Научные и организационные проблемы суицидологии. – М., 1983. – С. 20-32.
 9. Суициды в России и Европе / Под ред. Б.С. Положего. – М.: ООО Издательство «МИА», 2016. – 212 с.
 10. Гелда Т.С. Распространенность самоубийств в Республике Беларусь в 1990-2004 г.: региональные различия // Медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 47-52.
 11. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978. – С. 6-28.
 12. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения // Методические рекомендации. – М., 1980.
 13. Амбрумова А.Г., Полеев А. М. Телефонная психотерапевтическая помощь – Телефон Доверия в системе социально психологической службы / Методические рекомендации. – М., 1988.
 14. Хэмбли Г. Телефонная помощь. – Одесса, 1992.
 15. Меновщикова В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. – М., 2002.
 16. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: "Когито-Центр", 2005. – 376 с.
 17. Амбрумова А.Г., Полеев А.М. Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике / Методические рекомендации. – М., 1986.
 18. Полеев А.М. Неотложная психотерапевтическая помощь в системе комплексной превенции самоубийств: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1989. – 24 с.
 19. Пермякова И.А. Клинические проявления психических нарушений и их психотерапевтическая коррекция у лиц, впервые совершивших суицидальную попытку: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. – Томск, 1996. – 24 с.
 20. Цупрун В.Е. Терапия больных шизофренией с суицидальным поведением (возрастной аспект) // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. Сборник научных трудов. – М., 1989. – С. 102-107.
 21. Лукас К., Сейден Г.М. Молчаливое горе. Жизнь в тени самоубийства. – М., 2000.
 - doklad-o-sanitarno-epidemiologicheskoy-obstanovke-v-respublike-belarus-v-2013-godu.html?sphrase_id=40531 (In Russ)
 7. Rezoljucija Respublikanskogo soveshhanija «Itogi raboty psihiatricheskoy, narkologicheskoy i psihoterapevticheskoy sluzhby Respubliki Belarus' za 2014 god i zadachi na 2015 god» // Psihiatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija. – 2015. – № 2 (20). – S. 149-160. (In Russ)
 8. Borodin S. V., Mihlin A.S. Samoubijstva za rubezhom // Nauchnye i organizacionnye problemy suicidologii. – M., 1983. – S. 20-32. (In Russ)
 9. Suicidy v Rossii i Evrope / Pod red. B.S. Polozhego. – M.: OOO Izdatel'stvo «MIA», 2016. – 212 s. (In Russ)
 10. Gelda T.S. Rasprostranennost' samoubijstv v Respublike Belarus' v 1990-2004 g.: regional'nye razlichija // Medicinskij zhurnal. – 2009. – № 3. – S. 47-52. (In Russ)
 11. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Suicid kak fenomen social'no-psihologicheskoy dezadaptacii lichnosti // Aktual'nye voprosy suicidologii. – M., 1978. – S. 6-28. (In Russ)
 12. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija // Metodicheskie rekomendacii. – M., 1980. (In Russ)
 13. Ambrumova A.G., Poleev A. M. Telefonnaja psihoterapevticheskaja pomoshh' – Telefon Doverija v sisteme social'no psihologicheskoy sluzhby / Metodicheskie rekomendacii. – M., 1988. (In Russ)
 14. Hjembli G. Telefonnaja pomoshh'. – Odessa, 1992. (In Russ)
 15. Menovshhikov V.Ju. Psihologicheskoe konsul'tirovanie: rabota s krizisnymi i problemnymi situacijami. – M., 2002. (In Russ)
 16. Starshenbaum G.V. Suicidologija i krizisnaja psihoterapija. – M.: "Kogi-to-Centr", 2005. – 376 s. (In Russ)
 17. Ambrumova A.G., Poleev A.M. Neotlozhnaja psihoterapevticheskaja pomoshh' v suicidologicheskoy praktike / Metodicheskie rekomendacii. – M., 1986. (In Russ)
 18. Poleev A.M. Neotlozhnaja psihoterapevticheskaja pomoshh' v sisteme kom-pleksnoj prevencii samoubijstv: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. – M., 1989. – 24 s. (In Russ)
 19. Permjakova I.A. Klinicheskie pojavlenija psihicheskikh narushenij i ih psihoterapevticheskaja korrekcija u lic, vpervye sovershivshih suici-dal'nuju popytku: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk: 14.00.18 / NII PZ TNC SO RAMN. – Tomsk, 1996. – 24 s. (In Russ)
 20. Cuprun V.E. Terapija bol'nyh shizofreniej s suicidal'nym povedeniem (vozzrastnoj aspekt) // Sravnitel'no-vozzrastnye issledovanija v suicidologii. Sbornik nauchnyh trudov. – M., 1989. – S. 102-107. (In Russ)
 21. Lukas K., Sejden G.M. Molchalivoje gore. Zhizn' v teni samoubijstva. – M., 2000. (In Russ)

22. Старшенбаум Г.В. Программа реадaptации лиц с суицидоопасными реакциями // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. – Л., 1986. – С. 132-134.
23. Старшенбаум Г.В. Формы и методы кризисной психотерапии. Методические рекомендации. – М., 1987.
24. Старшенбаум Г.В. Возрастные аспекты кризисной психотерапии // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989. – С. 120-124.
25. Старшенбаум Г.В. Психотерапия лиц с суицидоопасными кризисными состояниями: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 24 с.
26. Farberow N.L. The many faces of suicide. – N.-Y., 1980.
27. World Health Organization. The World Health Report 2001 – Mental Health: new understanding, new hope. – Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
28. Suicide. An unnecessary death / Ed. D. Wasserman. – UK: Martin Dunitz, 2001. – 286 p.
29. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств: пер. с англ. / Под ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – 310 с.
30. Evidence-based practice in suicidology; a source book / M. Pompili, R. Tatarelli, Eds. – Cambridge: Hogrefe Publishing, 2011. – 371 p.
31. Mental Health Policy and Practice / M. Knapp, D. Mc Daid, E. Mossialos, G. Thornicroft, Eds. – N.-Y.: Open University Press, 2007. – 441 p.
32. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. – СПб: Речь, 2005. – 436 с.
22. Starshenbaum G.V. Programma readaptacii lic s suicidoопасnymi reakcijami // Reabilitacija bol'nyh nervno-psihicheskimi zabojevanijami i alkogolizmom. – L., 1986. – S. 132-134. (In Russ)
23. Starshenbaum G.V. Formy i metody krizisnoj psihoterapii. Metodicheskie rekomendacii. – M., 1987. (In Russ)
24. Starshenbaum G.V. Vozrastnye aspekty krizisnoj psihoterapii // Sravnitel'no-vozzrastnye issledovanija v suicidologii. – M., 1989. – S. 120-124. (In Russ)
25. Starshenbaum G.V. Psihoterapija lic s suicidoопасnymi krizisnymi sostojanijami: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. – M., 1991. – 24 s. (In Russ)
26. Farberow N.L. The many faces of suicide. – N.-Y., 1980.
27. World Health Organization. The World Health Report 2001 – Mental Health: new understanding, new hope. – Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
28. Suicide. An unnecessary death / Ed. D. Wasserman. – UK: Martin Dunitz, 2001. – 286 p.
29. Naprasnaja smert': prichiny i profilaktika samoubijstv: per. s angl. / Pod red. D. Vasserman. – M.: Smysl, 2005. – 310 s. (In Russ)
30. Evidence-based practice in suicidology; a source book / M. Pompili, R. Tatarelli, Eds. – Cambridge: Hogrefe Publishing, 2011. – 371 p.
31. Mental Health Policy and Practice / M. Knapp, D. Mc Daid, E. Mossialos, G. Thornicroft, Eds. – N.-Y.: Open University Press, 2007. – 441 p.
32. Egorov A.Ju., Igumnov S.A. Rasstrojstva povedenija u podrostkov: kliniko-psihologicheskie aspekty. – SPb: Rech', 2005. – 436 s. (In Russ)

THE SYSTEM OF PREVENTION OF SUICIDE BEHAVIOR: EXPERIENCE OF BELARUS

S.A. Igumnov^{1,2}, A.P. Helda^{3,4}, S.I. Osipchik⁴

¹V.Serbssky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

²Belarusian State University, Minsk, Belarus

³Institute for Postgraduate Education, State Committee of Forensic Expertise, Minsk, Belarus

⁴Republican Research and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

During the period of 1990-2013 Republic of Belarus was the country with high level of suicides - more than 20 cases per 100,000 population. The peak of the suicide rates in general population has been registered in 1996, when 3632 suicides have been committed in Belarus and the suicide rate was 35.8 cases per 100,000 population. The peak of the suicide rates in urban population has been registered in 1996, when the suicide rate accounted for 29.1 cases per 100,000 urban population. The peak of the suicide rates in rural population has been registered in 2003, when the suicide rate was 57.4 cases per 100,000 rural population. During the period 1995 – 2005 the suicide rates in general population have not reached the numbers lower than 30 cases per 100,000 population.

The marked and persistent tendency of suicide rates reducing has occurred in 2004. The suicide rates have fallen below 30 in 2006 and accounted for 29 cases per 100,000 population. This tendency has become remarkably clear in 2009 following the implementation of the Comprehensive Plan for Suicidal Behavior Prevention in the Republic of Belarus. During the next three years, from 2009 to 2012, the suicide rates have decreased by 7.8 cases per 100,000 population (from 28.3 (abs. fig.: 2735 cases) to 20.5 cases per 100 000 (abs. fig.: 1944 cases)). Thus in 2014 it was the first time in the history of Belarus as an independent state that the official suicide rates in general population have become less than 20 cases per 100,000 population – 18.3 (in 2013 – 20.1).

Keywords: level of suicides, population, prevention.

УДК: 616.89.008.44

СУИЦИДЫ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ: УРОКИ СЕРИИ СЛУЧАЕВ

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

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

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – 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, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

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

Ретроспективно изучены социально-демографические и клинические особенности 6 пациентов ПНД, жертв суицида, за 5 лет (2010-2014 гг.). Все страдали шизофренией, инвалиды без своих семей, часто госпитализированы, страдали хронической недостаточно леченной депрессией без психосоциальной работы, не консультированы суицидологом при его доступности; избрали брутальный способ самоубийства (выбросились из окна) без очевидной подготовки и планирования, совершали суицидальные попытки в прошлом. Выделенная группа высокого суицидального риска требует целевых биопсихосоциальных профилактических мероприятий.

Ключевые слова: суицид, шизофрения, факторы риска, амбулаторные пациенты, повседневная психиатрическая практика.

Отдельный человек – неразрешимая загадка, зато в совокупности люди представляют собой некое математическое единство и подчинены определенным законам.

А. Конан Дойль

Научно-практическая проблема диагностики и профилактики суицидального поведения (СП) душевнобольных, составляющих клиническую группу-мишень типовых антикризисных мероприятий [1-4, 6], особо важна при сдвиге парадигмы психиатрической помощи от изоляции пациента в психиатрической больнице (ПБ) к психосоциальному восстановлению на фоне активного процесса [5].

Цель исследования: определить социально-демографические и клинические характеристики погибших от суицида пациентов ПНД, особенности суицидов, количество и качество психиатрической помощи для выделения прогностических факторов риска суицидов

и резервов антикризисных мероприятий в психиатрическом ЛПУ.

Материал и методы: изучена медицинская документация (амбулаторные карты) всех зарегистрированных за 5 лет (2010-2014 гг.) погибших от суицидов в одном из столичных ПНД (ныне – филиала ГПБ): четверых мужчин и двух женщин в возрасте от 22 до 63 лет. Среднеарифметический возраст суицидентов 39,5 лет (мужчин – 31, женщин – 56 лет). Для сравнения – в Российской Федерации 42,5 и 44 года соответственно. У пяти – образование среднее (специальное), одного – высшее (ни дня не работал по специальности). Жили в отдельных квартирах многоэтажных (роковое, как окажется, обстоятельство) типовых домах в зоне обслуживания ПНД при «удовлетворительном» материальном достатке (хватало на еду, коммунальные платежи) с престарелыми матерями. Лишь одна жертва – замужем не одно десятилетие (ведомый ранее муж-пьяница стал с годами вторичным абстинентом и не-

формальным опекуном), взрослые дети жили отдельно; у второй женщины (разведенной) – малолетняя дочь фактически воспитывалась бабушкой.

Все исследуемые страдали шизофренией (F.20, МКБ-10): n=5 – параноидной непрерывной; n=1 – эпизодической, с нарастанием дефекта (n=1) и «неблагоприятным прогнозом» (n=1) неизменно с начала наблюдения. Длительность последнего в диапазоне 1,5-24 года, у половины (n=3) жертв ≤ 3 лет при таком же периоде нелеченого психоза. Все – инвалиды без права работы в связи с психическим расстройством 1-30 лет. До верификации диагноза постоянно не работали 3-5 лет. Ни у одного из пациентов не было индивидуальной программы реабилитации. Жертвы госпитализированы 2-7 раз, один был на принудительном лечении (убийство малолетнего сына, побудившего первый осмотр психиатра); суммарно госпитализированы 38 раз (1673 койко-дней) без учета принудительного лечения. Единичные недобровольные госпитализации в психозе в первые годы наблюдения – у двух пациентов.

Результаты и обсуждение.

Социально-демографические характеристики суицидентов отличны по половому распределению от выборки в общем населении (соотношение среди покончивших с собой мужчин / женщин в Москве 3:1), но соответствуют типовому портрету хронического больного шизофренией [7]: при выше среднестатистического (для Москвы) образовательном уровне – инвалиды с малым трудовым стажем, не имеющие своей семьи и живущие на грани бедности (но не нищеты). Большинство жертв (5 из 6) суицида – трудоспособного возраста, как в населении в целом: в РФ средний возраст жертвы суицида 42,5 (мужчины) и 44 года (женщины), что объясняет экономическое бремя самоубийства, и выявляет возрастную группу-мишень профилактических мероприятий. Женщина пенсионного возраста (63 года) – представитель группы пожилых, уровень суицидов в которой выше многократно, чем в первой. Все выбросились с 6-12 этажей во все сезоны, один накануне дня рождения. В одном случае актуальна психотравма с возможным отягощением соматогении (пациент потерял за 2 дня до суицида опекающую его мать, сбежал из больницы, где лечился от «бронхита»). Никто не оставил предсмертной записки. Известия о суицидах получены от близких, обра-

тившихся за справкой для отпевания, в одном случае (молодой суицидент) начато расследование. У всех жертв (кроме детоубийцы) повторные (2-4) суицидальные попытки (самоотравления, включая психотропные препараты, приведшие в реанимационные отделения, с последующей выпиской домой) в течение диагностированного расстройства: последние (у двух из пяти) < 1 года перед трагедией. Неизвестны суицидальные попытки в период нелеченой болезни (психоза), но детоубийство – «инициальный деликт» Stransky. Все – под диспансерным наблюдением врача (неизменного последние 2-3 года) 10-14 раз в год, получая не менее 3-4-х лекарств в схеме терапии 2-4 раза в день: нейролептики (20% – атипичные – без учета генерической формы клозапина «для сна» 50-100 мг / сутки) в средних дозах, антидепрессанты (обычно ТЦА первого поколения в субтерапевтических дозах, то есть < 150 мг амитриптилинового эквивалента в день), транквилизаторы, корректоры экстрапирамидных расстройств (ЭПР) – тригексифенидил (циклодол) 4-6 мг / сутки в неизменных схемах в течение последнего года. Все пациенты представлены регулярно на ВКК – в связи с обоснованием профилактического приема корректоров (ни у и одного не отмечены ЭПР). Отметим высокий риск токсичности при намеренной передозировке и особо в сочетании препаратов.

На протяжении последнего года врачи отмечали «вялость» и «подавленность», «плохой сон» пациентов без указания наличия (отсутствия) суицидального риска. Последний визит в связи с выпиской очередной порции лекарств к врачу не позже месяца до трагедии. Ни один пациент не осмотрен суицидологом (не направлен врачами) при наличии «кабинета» (одного из первых в столице) в ПНД.

Возможно (табл. 1) сравнение данных о суицидах пациентов в том же ПНД за 5-летний период (1991-1995 гг.) двадцатилетней давности (неопубликованная работа В.Е. Цупруна).

Смертность пациентов ПНД втрое выше, чем среди москвичей в целом (1000 на 100000 населения), и малую часть ее составляют суициды. Суициды пациентов определили бы уровень 0,2 на 100000 москвичей в зоне обслуживания ПНД, то есть «вклад» зарегистрированных душевнобольных в официальную статистику без погибших, если были, в психиатрической больнице <5% с допущением равного распределения суицидов в округах города.

Суициды пациентов ПНД

Показатели	1991-1995 гг.*	2009-2014 гг.
Количество суицидов / жертвы с диагнозом шизофрении	49 / 49	5 / 5
Доля среди умерших за год пациентов ПНД (%)	7,5	0,5
Уровень суицидов на 100 000 пациентов ПНД / больных шизофренией	*10 / 190	6 / 20

Примечание: *Рост за предыдущее пятилетие на 15%.

Доля суицидов в массиве смертности пациентов ПНД снижена более чем на порядок, и сравнялась почти с таковой в столице: в 2014 г. – 0,4% (в РФ <1,2%) суммарной смертности (2,5% – в 1991-1995 гг.) населения.

Отчетная форма 36 [цит. по 8] позволяет высчитать уровни суицидов зарегистрированных душевнобольных (без разделения на нозографические единицы) и сопоставить их с таковыми в общем населении (по сведениям Росстата). Так, доли пациентов в 2012 и 2013 гг. в массиве суицидентов составили в Москве 6,6 и 7,6% соответственно при неизменном количестве жертв (5,4 и 4,7% в РФ). В 1993 г. уровень суицидов (78) зарегистрированных психически больных вдвое превышал таковой в населении; пациенты ПНД определили 15% суицидальной смертности в стране [9]. Некоторое снижение количества суицидов в 2010-2013 гг. в России (на 20%) сопровождается и снижением контингента зарегистрированных психиатрической службой (мало отрадный факт). За 2009-20013 гг. уровень суицидов душевнобольных снижен на 4 (до 4,5), в общем населении – на 1 (в РФ на 3 и 7 соответственно). Различия уровней суицидов в Москве и Российской Федерации среди душевнобольных и в общем населении достигали в 2009-2013 гг. 1,5-2,5 и 4 раза соответственно. В более «благополучной» в аспекте уровней суицида Москве отмечено сходное (на 20%) снижение уровней суицидов душевнобольных и в общем населении, в РФ >10%. Доли жертв суицидов среди зарегистрированных душевнобольных в Москве и России составили в 2010-2013 гг. не более 0,015 и 0,03% соответственно. Количество суицидов лиц, находящихся под диспансерным наблюдением (более «тяжелых», требующих интенсивного наблюдения и лечения), превышает таковое пациентов консультативно-лечебной группы в 2 (в РФ) – 5 (в столице) раз при примерно равной численности указанных групп.

Доли суицидов в массиве зарегистрированного суицидального поведения (сумма суицидов и суицидальных попыток) не превышает 1/3 с тенденцией к снижению. На один суицид приходится не менее трех попыток (отдаленные последствия неизвестны), что соответствует литературным данным [4, 10]. В общем населении соотношение суицидов к попыткам не менее 1:10 (тиражируемые, но мало верифицированные данные), что указывает на брутальность избранных психически больными методов (наша выборка тому пример), не требующих при этом подготовки.

Больные шизофренией и расстройствами шизофренического круга составляют около 1/4 зарегистрированных психически больных в Москве (<15% РФ). Наши выборки (все суициденты) и литературные данные [4] указывают особо высокий уровень суицидов при шизофрении (в поле зрения психиатра и статистики – самые тяжелые, под диспансерным наблюдением): до 300 на 100000 больных, на порядок выше, чем усредненный в населении тех же стран. Суицидальный риск больных (шизофренией – тоже), возможно, снижается параллельно с общемировым трендом и в связи с улучшением психиатрической помощи, стимулирующей и выявляющей антисуицидальные факторы и механизмы совладания [5]. Однако снижение уровня суицидов в 10 раз за 20 лет при сходном количестве больных шизофренией в ПНД (табл. 1) нашей выборки указывают возможную статистическую недостоверность и не, но не противоречит низкому качеству повседневной психиатрической помощи и уменьшению охвата «добровольно - обязательным» лечением в ПНД [7]. Усредненный уровень суицидов больных шизофренией равен максимальным показателям москвичей старшего возраста и вдвое превышает таковой у мужчин трудоспособного возраста. Снижение уровней суицидов происходит на фоне сниже-

ния таковых в столице за указанные пятилетия втрое (с 15 до 5). Если >5% больных (уточненные данные меньше вдвое приводимых учебниками) погибают в течение верифицированного процесса (жизни?) [4, 10], при усредненном 15-летнем активном процессе [11], когда пациенты «на виду» психиатра (помимо трудноуловимых суицидов в период нелеченой болезни и остаточном состоянии), риск составляет не менее 0,3% в год (указанный выше уровень 300 на 100000 больных), что составило бы в 2013 г. для отечественной субпопуляции столичных больных 193 жертвы (1678 в РФ) при зарегистрированных 41 (1354 в РФ). При, возможно, лучшей выявляемости шизофрении в столице, количество суицидов меньше расчетной впятеро, но близко в целом по стране.

Риск суицида различен по ходу шизофрении с тенденцией к снижению [12]. Наибольший риск (до 10%) приходится на первые годы диагноза [10]. Так, ½ жертв в нашей выборке отнесена к «первому эпизоду» (≤ 5 лет верифицированного диагноза) шизофрении при 15-20% представленности на участках ПНД [7]. Наша выборка указывает и на сохраняющийся риск на всем протяжении процесса [4] больных ПНД. Шизофрения – «амбулаторная болезнь» [13]: >80% времени в году даже эпизодически госпитализированные пребывают вне больницы. Госпитализация для 2/3 охваченных фармакотерапией (хотя бы один курс за год) больных шизофренией, а их $\leq 1/2$ на участках ПНД, – исключительное событие [7]. До 90% суицидов совершены в ремиссии [4], риск суицидов амбулаторных больных 0,1% в год [14].

Трудность оценки риска и прогноза суицидального поведения больных (шизофренией) объяснена относительно малой (слава Б-гу) частотой и «внезапностью и импульсивностью» суицидов [15], на что обычно ссылаются в «оправдательных заключениях» психиатрических ЛПУ. Выбор метода суицида у всех пациентов – более brutalный по сравнению с самоотравлениями в анамнезе. Наиболее значимыми факторами риска, однако, признаны суицидальная попытка в анамнезе («поведение в будущем лучше всего прогнозировано поведением в прошлом») и депрессия [1-4, 10]. Повторные самоотравления (психотропными препаратами) с тяжелыми медицинскими последствиями (признак выраженного намерения умереть) и хронифицированная атипичная (по распространенности – скорее «типичная») депрессия в рамках неполной ремиссии отмечены

в амбулаторных картах отнюдь не избегающих ПНД пациентов. Депрессия, возможно, питала чувство безнадежности и в плане результата недостаточно адекватной монотонной антидепрессивной терапии при формальном её следовании (по косвенным показателям посещаемости ПНД). Не исключен избирательный прием препаратов. В этой связи так показано привлечение к контролю комплаенса, эффекта и переносимости лечения, риска СП близких пациента, естественных участников терапевтического «триалога», выраженность психопатологии и социальной дезадаптации хронических и так называемых молодых хронических больных-инвалидов [7] – достаточные факторы риска суицида и без актуальной психотравмы, и несоблюдения лекарственного режима. Суициденты нашей выборки объединены и высоким потреблением психиатрических ресурсов, в связи с частыми (не менее 5 раз за последние 5 лет наблюдения) госпитализациями (пять из шести пациентов), представляя группу «потребителей больших объемов психиатрической помощи» [7]. Шестой пациент длительно госпитализирован в связи с ООД (убийством).

Небольшая выборка высвечивает типовые недостатки психиатрической (антикризисной) помощи – нарушение преемственности (пациенты выписаны домой после суицидальных попыток); депрессию врачи стереотипно констатировали, но адекватно не лечили; отсутствовал динамический мониторинг суицидального поведения; в забвении психосоциальная работа. «Замыленный» глаз врача, годами наблюдающего внешне застывшую картину «непрерывного процесса» (гипердиагностика «непрерывной параноидной шизофрении» в психиатрических ЛПУ пока неистребима) и «дефект» больного – дополнительный фактор риска. Вместе с тем в наборе диагнозов психиатра обычно отсутствует суицидоопасная «постшизофреническая депрессия», отягощающая бремя расстройства. В формальной записи о кончине пациента ни слова о деталях трагедии и упоминания соболезнования близкому, требующего, вероятно, мер третичной профилактики (поственции) или, безусловно, сочувствия.

Показательны агрессия в отношении близкого в нелеченом психотическом состоянии (деликт-психоз) и проблемы душевнобольной матери малолетнего ребенка.

Анализ серии случаев указывает на необходимость систематизации статистики суици-

дального поведения в психиатрических ЛПУ с последующим обсуждением в коллективе, с пациентами и их близкими, выделения группмишенной пациентов с сочетанными клинико-социальными проблемами, нуждающихся в целевом биопсихосоциальном подходе, снижающем риск СП [4]. Исключение из номенклатуры врачебных специальностей «суицидолога» лишь подчеркивает необходимость овладения основами антикризисной помощи врачом (клиническим психологом, социальным работником и т.д.) Пока же психиатрический персонал вне зависимости от стажа и опыта мало осведомлен о риске и профилактике СП [16], а повседневная практика ведения и лечения больных группы риска – неизменно низкого качества [4, 5]. «Кабинет суицидолога» мало полезен, коли иные врачи не насторожены. Снижающийся охват пациентов стигматизирующей, малопривлекательной и не отвечающей насущным нуждам пациентов типовой психиатрической помощи [19] повышает риск СП особенно – амбулаторных больных на этапе стихийного психосоциального восстановления. Роль суицидологической службы как внедиспансерного звена психиатрической службы лишь нарастает.

Итак, тренд к снижению уровней суицидов душевнобольных (больных шизофренией) в России и Москве в частности, как и в общем населении в 2009-2013 гг. мало связан с положительными подвижками качества и количества специализированной помощи, но более с некой социально-экономической стабилизацией в стране (исследование завершено в преддверие эпицентра очередного кризиса), отражаемой на уровнях суицида в населении в це-

лом как части общемировой тенденции. Ремиссионное (тимопатическое) состояние пациентов с изначально низкой жизнестойкостью и малым защитным эффектом психофармакотерапии, открыто психосоциальному дистрессу, триггеру суицидогенеза и «психически здоровых» [1-3].

Предстоит – для обоснования и разработки дифференцированных лечебно - профилактических программ на основе полипрофессионального (бригадного) и межведомственного биопсихосоциальных подходов – детально и дифференцировано изучить динамические связи уровней суицидов (суицидальных попыток) в населении и особой субпопуляции душевнобольных в отдельных поло-возрастных группах, рамках нозографических единиц МКБ, с учетом социального и микросоциального контекста. В суммарный индекс девиантного поведения душевнобольного как одного из критериев эффективности специализированной службы следует ввести, помимо СП, показатели убийства и агрессии (физической и вербальной).

Ограничение исследования: данные о СП (динамике и статике) пациентов, как и населения в целом не полны [17, 18]; ретроспективный анализ амбулаторных карт недостаточен для психологической аутопсии.

Благодарность. Соавторы благодарят за помощь в сборе и обработке медико - статистического материала дорогую коллегу Елену Евгеньевну Лебедеву, «птенца гнезда Амбрумовой», и поздравляют ее со славным полувекowym юбилеем работы.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Профилактика суицидального поведения: Методические рекомендации. – М., 1980. – 24 с.
3. Диагностика и профилактика суицидального поведения больных шизофренией: Методические рекомендации / Под научным руководством А.Г. Амбрумовой. – М., 1987. – 17 с.
4. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: Эпидемиология и факторы риска // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1 (10). – С. 15-28.

References:

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija: Metodicheskie rekomendacii. – M., 1980. – 48 s. (In Russ)
2. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Profilaktika suicidal'nogo povedenija: Metodicheskie rekomendacii. – M., 1980. – 24 s. (In Russ)
3. Diagnostika i profilaktika suicidal'nogo povedenija bol'nyh shizofreniej: Metodicheskie rekomendacii / Pod nauchnym rukovodstvom A.G. Ambrumovoj. – M., 1987. – 17 s. (In Russ)
4. Lyubov E.B., Tsuprun V.M. Suicide and schizophrenia: rates and risk factors // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 1 (10). – P. 15-28. (In Russ)

5. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3 (12). – С. 3-16.
6. Цупрун В.Е. Покушения на самоубийство и вопросы их профилактики среди контингента больных психоневрологического диспансера: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984. – 15 с.
7. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 264 с.
8. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Сидорюк О.В. и др. Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005-2013 гг.): Статистический справочник. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. – С. 552-559.
9. Жариков Н.М., Иванова А.Е., Анискин Д.Б., Чуркин А.А. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – № 6. – С. 9-15.
10. Nordentoft M., Madsen T., Fedyszyn I. Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis // J. Nerv. Ment. Dis. – 2015. – Vol. 203. – P. 387-392.
11. Киселев Л.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний. – Рига: Зинатне, 1988. – 236 с.
12. Castelein S., Liemburg E.J., de Lange J.S. Suicide in recent onset psychosis revisited: Significant reduction of suicide rate over the last two decades – a replication study of a Dutch incidence cohort // PLoS One. – 2015. – Vol. 10 (6). – e0129263.
13. Шмаонова Л.М. Возможности эпидемиологического метода и некоторые результаты популяционного исследования шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1983. – Том 83. – С. 707-716.
14. Brugnoli R., Novick D., Haro J.M. et al. Risk factors for suicide behaviors in the observational schizophrenia outpatient health outcomes (SOHO) study // MC Psychiatry. – 2012. – Vol. 12. – P. 83.
15. Allebeck P., Varla A., Kristjansson E, Wistedt B. Risk factors for suicide among patients with schizophrenia // Acta Psychiatr. Scand. – 1987. – Vol. 76. – P. 414-419.
16. Любов Е.Б. и группа исследователей. Персонал психиатрических больниц о суицидальном поведении: опыт, осведомленность и отношение // Независимый психиатрический журнал. – 2015. – № 3. – С. 69-74.
17. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Уманский С.М., Кузнецов П.В. Проблемы и задачи суицидологического учета (организация регистра) // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 10-11.
18. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы России: структура и функция // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3 (16). – С. 3-17.
5. Lyubov E.B., Tsuprun V.E. Suicidal behaviour and schizophrenia: promising preventative and curative biopsychosocial interventions // Suicidology. – 2013. – Vol 4, № 3 (12). – P. 3-16. (In Russ)
6. Cuprun V.E. Pokushenija na samoubijstvo i voprosy ih profilaktiki sredi kontingenta bol'nyh psihonevrologicheskogo dispansera: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 1984. – 15 s. (In Russ)
7. Gurovich I.Ja., Ljubov E.B. Farmakojepidemiologija i farmakojekonomika v psihiatrii. – M.: Medpraktika-M, 2003. – 264 s.
8. Demcheva N.K., Jazdovskaja A.V., Sidorjuk O.V. i dr. Jepidemiologicheskie pokazateli i pokazateli dejatel'nosti psihiatricheskih sluzhb v Rossijskoj Federacii (2005-2013 gg.): Statisticheskij spravochnik. – M.: FGBU «FMICPN im. V.P. Serbskogo» Minzdrava Rossii, 2015. – S. 552-559. (In Russ)
9. Zharikov N.M., Ivanova A.E., Aniskin D.B., Churkin A.A. Samoubijstva v Rossijskoj Federacii kak sociopsihiatricheskaja problema // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 1997. – № 6. – S. 9-15. (In Russ)
10. Nordentoft M., Madsen T., Fedyszyn I. Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis // J. Nerv. Ment. Dis. – 2015. – Vol. 203. – P. 387-392.
11. Kiselev L.S., Sochneva Z.G. Zakonomernosti nachala, techenija i ishodov osnovnyh psihicheskikh zabojevanij. – Riga: Zinatne, 1988. – 236 s. (In Russ)
12. Castelein S., Liemburg E.J., de Lange J.S. Suicide in recent onset psychosis revisited: Significant reduction of suicide rate over the last two decades – a replication study of a Dutch incidence cohort // PLoS One. – 2015. – Vol. 10 (6). – e0129263.
13. Shmaonova L.M. Vozmozhnosti jepidemiologicheskogo metoda i nekotorye rezul'taty populjacionnogo issledovanija shizofrenii // Zhurnal nevropatologii i psihiatrii. – 1983. – Tom 83. – S. 707-716. (In Russ)
14. Brugnoli R., Novick D., Haro J.M. et al. Risk factors for suicide behaviors in the observational schizophrenia outpatient health outcomes (SOHO) study // MC Psychiatry. – 2012. – Vol. 12. – P. 83.
15. Allebeck P., Varla A., Kristjansson E, Wistedt B. Risk factors for suicide among patients with schizophrenia // Acta Psychiatr. Scand. – 1987. – Vol. 76. – P. 414-419.
16. Ljubov E.B. i gruppa issledovatelej. Personal psihiatricheskih bol'nic o suicidal'nom povedenii: opyt, osvedomlennost' i otnoshenie // Nezavisimyj psihiatricheskij zhurnal. – 2015. – № 3. – S. 69-74. (In Russ)
17. Zotov P.B., Rodjashin E.V., Umanskij S.M., Kuznetsov P.V. Problemy i zadachi suicidologicheskogo ucheta (organizacija registra) // Tyumen Medical Journal. – 2011. – № 1. – S. 10-11. (In Russ)
18. Lyubov E.B., Kabizulov V.S., Tsuprun V.E., Chubina S.A. Regional antisuicide facilities in Russia: structure and function // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 3 (16). – P. 3-17. (In Russ)

19. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Том 24. – Вып. 1. – С. 5–9.

19. Gurovich I. Ja. Napravlenija sovershenstvovanija psihiatricheskoj pomoshhi // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2014. – Tom 24. – Vyp. 1. – S. 5–9. (In Russ)

SUICIDE IN OUTPATIENT MENTAL HEALTH CARE HOSPITAL: LESSONS FROM CONSECUTIVE CASE SERIES

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

Moscow Research Institute of Psychiatry, Russia

Socio-demographic and clinical characteristics of 6 outpatients (4 men), suicide victims was studied retrospectively during 5 years period. All disabled schizophrenic (ICD-10) patients were high users of mental health services (i.e., with frequently hospitalizations), suffered from chronic under treatment chronic depressive symptoms, have committed suicide by defenestration whereby they throw themselves out of a high window, with history of attempted suicide. The target group of high suicide risk requires biopsychosocial preventive measures.

Keywords: suicide, schizophrenia, risk factors, outpatients, routine psychiatric practice.

УДК: 616.89-008

ПОТЕНЦИАЛЬНОЕ ЖЕЛАНИЕ ОБРАЩЕНИЯ К СПЕЦИАЛИСТУ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЮНОШЕЙ: ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

А.В. Меринов, Т.А. Меденцева

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

Контактная информация:

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

Меденцева Татьяна Александровна – студентка шестого курса ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Электронный адрес: tatiana_medentseva@mail.ru

Работа посвящена изучению желания обратиться к специалисту в области психического здоровья среди молодых людей. Исследована группа юношей, ответ которых на данное утверждение в предлагаемом опроснике для выявления аутоагрессивных паттернов оказался положительным. Результаты исследования достаточно убедительно демонстрируют, что респонденты имеют заметно более высокий суицидальный потенциал. Суицидальные мысли в исследуемой группе обнаружены у 31,2% респондентов (в контрольной – 14,0%). Частота депрессивных состояний характеризовала именно исследуемую группу юношей – 75,0%. Отмечались частые моменты безысходности – у 47,9% юношей изучаемой группы (в группе контроля – 21,9%). Примерно такие же данные были получены при исследовании аналогичных групп девушек с желанием обращения к специалисту в области психического здоровья. Данный факт говорит в пользу того, что положительный ответ на этот вопрос является весьмастораживающим моментом, часто «предманифестным» указанием на возможные серьезные проблемы. 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: суицидальное поведение, скрининг аутоагрессивного поведения, желание обращения к психиатру, психологу.

Сам вопрос обращения за помощью к специалисту в области психического здоровья в

нашей стране, к сожалению, так и не стал для большинства обыденным [1]. Многие пациен-

ты годами обдумывают эту возможность, а для кого-то – даже необходимость, но, к сожалению, очень часто необходимый момент бывает упущен. Нередко по причине смерти посредством суицида.

В нашей стране по поводу душевных проблем люди чаще используют «советы» друзей и друзей, родственников и просто знакомых, что, безусловно, не способно разрешить серьезные проблемы. Мало помогают и психоактивные вещества, а также многочисленные сетевые сообщества, которые в ряде случаев усугубляют ситуацию [2]. Стигматизация «обратившегося» к психиатру, психотерапевту, по прежнему сильна в нашей стране [3, 4]. Многие, задумавшие обратиться к специалисту обозначенного профиля, встречают непонимание и протестные реакции окружения по этому поводу. Суть которых сводится к необходимости самостоятельного разрешения проблем и долгого «парахристианского» терпения. И если, человек, уже обратившийся, для людей занимающихся суицидологической превенцией, является определенной группой риска, просто «играющие» этой мыслью далеко не всегда рассматриваются как таковые [5]. Мы сейчас не говорим о прочих специалистах, более удаленных от суицидологической практики, многие из которых данные идеи относят к просто «модным» и точно «несерьезным». В своей предыдущей работе [6], мы рассмотрели связь такового желания и суицидологических индикаторов в женской группе. Данное исследование «закрывает» вопрос влияния гендера. Ни для кого не секрет, что среди мужчин бытует мнение, что, если ты сам не справляешься со своими трудностями, значит ты не мужчина. А если пошел к психологу или психиатру, то «значит вообще слабак». Такое заблуждение часто лишает юношей возможности адекватно разобраться в ситуации, из которой он не может выйти самостоятельно.

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

Исходя из поставленной цели, главной задачей исследования был поиск значимых отличий в суицидологическом «профиле» между группами юношей, заинтересованных и неза-

интересованных в обращении к специалистам в области психического здоровья.

Материалы и методы.

Для решения поставленных задач были обследованы 47 молодых людей (студентов старших курсов медицинского ВУЗа), у которых было выявлено желание обратиться за помощью к *специалисту в области психического здоровья* (СПЗ). В качестве контрольной группы использованы студенты, у которых данного желания никогда не возникало – в количестве 179 человек. Обе группы были сопоставимы по прочим значимым социально - демографическим показателям. Критерием исключения из исследуемой группы являлся факт обращения к психиатру, психотерапевту или психологу в прошлом.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [7]. 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» [7], широко используемая в рамках Транзакционного анализа.

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

Результаты и их обсуждение.

Для начала рассмотрим представленность и «тропность» аутоагрессивных паттернов, их предикторов в изучаемой группе. Значимые отличия отражены в таблице 1.

Из данных, представленных в таблице, следует, что между изученными группами имеется существенное количество важных отличий. Прежде всего, обращает на себя внимание, что суицидальные идеации в два раза чаще обнаруживались у юношей, имеющих потенциальное желание обращения к СПЗ. Этот факт, уже сам по себе, весьмастораживает в плане выраженной связи изучаемых явлений.

Таблица 1

Сравнение представленности аутоагрессивных паттернов и их предикторов среди юношей, имеющих и не имеющих желание обратиться к специалисту в области психического здоровья ($p < 0,05$)

Признак	Желающие обратиться к СПЗ (n=48) n (%)	Не желающие обратиться к СПЗ (n=178) n (%)	Значение критерия χ^2	Значение df	p
Классические суицидальные паттерны					
Суицидальные мысли	15 (31,2%)	25 (14,0%)	7,683	1	0,0107
Несуицидальные аутоагрессивные паттерны					
Наличие в анамнезе несчастных случаев	19 (39,6%)	40 (22,5%)	5,738	1	0,0259
Наличие обморожений	8 (16,7%)	11 (6,2%)	5,399	1	0,0411
Наличие хронических болезней	33 (68,7%)	78 (43,8%)	9,401	1	0,0042
Предикторы аутоагрессивного поведения					
Частое переживание вины	18 (37,5%)	49 (27,5%)	1,802	1	0,0006
Навязчивое чувство стыда	17 (35,4%)	23 (12,9%)	13,134	1	0,0014
Депрессивные состояния в анамнезе	36 (75,0%)	57 (32,0%)	28,835	1	0,0005
Моменты безысходности	23 (47,9%)	39 (21,9%)	12,844	1	0,0014
Наличие физического недостатка	19 (39,6%)	30 (16,8%)	11,502	1	0,0022
Стыд своего тела	32 (66,7%)	58 (32,6%)	18,325	1	0,006
Наличие комплекса неполноценности	26 (54,2%)	30 (16,9%)	28,239	1	0,002
Отсутствие смысла в жизни	10 (20,8%)	13 (7,3%)	7,571	1	0,0132
Длительные угрызения совести	14 (29,2%)	34 (19,1%)	2,290	1	0,0126
Переедание или отказ от пищи	25 (52,1%)	55 (30,9%)	7,419	1	0,0107
Моменты одиночества	32 (66,7%)	43 (24,2%)	41,370	1	0,0005

Но учитывая стиль исследования, можно предположить, что данная находка может являться как причиной, так и следствием изучаемого «желания обращения». В любом случае, выявленный паттерн доказывает серьезность вкладываемого смысла респондентами в ответ на задаваемый вопрос.

Что касается несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, то в исследуемой группе они также значительно преобладают над таковыми в контрольной группе. Наличие несчастных случаев и частые обморожения частично можно «оправдать» половой принадлежностью исследуемой группы. Но, тем не менее, это демонстрирует нам интенсивность «непрямого» и, зачастую, социально приемлемого пути реализации антивитаальных импульсов.

Что касается предикторов аутоагрессивного поведения, то они, как и у лиц женского по-

ла [6], «расположились» вполне предсказуемо. Юноши, имеющие желание обратиться к СПЗ, значительно чаще испытывали чувство стыда, вины и безысходности, длительные угрызения совести. Их же характеризует преобладание депрессивных реакций, отсутствие смысла жизни, часто переживаемое чувство одиночества. Что, в совокупности, позволяет говорить о присутствии в группе прогностически неблагоприятных предрасполагающих эмоциональных состояний. Кроме того, значимые отличия обнаруживались и в отношении переживания собственной неполноценности, сомнений в своей привлекательности, что лишь усиливало неблагоприятный эмоциональный фон группы. Все вышеперечисленное указывает на явное сходство исследуемых нами разнополюх групп по рассматриваемым признакам и не объясняется «женскими» характерологическими особенностями.

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

Признак	Желающие обратиться к СПЗ	Не желающие обратиться к СПЗ	P<
Специфика родительских посланий			
Не существуй	17,94±5,84	15,39±6,08	0,01
Не вырастай	18,55±5,78	15,72±6,0	0,04
Не будь ребёнком	21,47±6,7	18,48±6,51	0,006
Не будь близок	19,49±6,78	15,92±6,89	0,002
Не делай это	16,68±7,13	13,7±6,5	0,007
Не чувствуй	25,51±6,33	21,3±7,004	0,0002
Не будь нормальным	17,02±5,89	13,6±6,43	0,02
Преобладающие механизмы психологических защит			
Отрицание	5,02±1,9	6,01±2,97	0,03
Компенсация	4,5±1,91	3,78±2,16	0,0004

Данные, касающиеся личностно - психологических характеристик респондентов исследуемой группы, приведены в табл. 2.

При оценке исследуемых по шкале родительских предписаний [6], мы обнаружили весьма специфические профили родительских посланий. Группы достоверно отличались в отношении целого комплекса «проклятий».

Первое послание наиболее токсично в суицидологическом плане. Ребёнок начинает испытывать чувство вины за свое появление, ощущает себя вечным должником и подсознательно ищет наказания [8]. Это может проявляться в склонности к риску, экстремальным видам спорта, тяги к алкоголю и наркотикам. Еще одно «проклятье», обратившее на себя внимание – «Не будь нормальным». Оно может иметь высокую активность, если родителями поощряется неадекватное, ненормальное поведение ребенка. Возможно, именно из-за этой позиции взрослые не придают должного значения малейшим нарушениям в психике ребенка, даже взрослого [9], рассматривая их как «вариант семейной нормы».

Также обращает на себя внимание, что следующие послания идут как бы, вразрез друг с другом. С одной стороны, родители требовали от ребенка некой «взрослости» и пытались внушить, что свои проблемы он должен решать исключительно сам, а с другой стороны, проклятием «Не вырастай», родители пытались всеми силами «приручить к себе свое чадо»: то

есть решать все его проблемы и, тем самым, сохраняли в подростковом инфантильность, которую можно назвать особо «опасной», когда мы говорим о мужском поле [6]. Подобная сценарная «неразбериха», вполне, может являться основой для выраженного личностного диссонанса, либо создавать ситуацию «двойного зажима».

Что касается других «проклятий», то они тоже весьма специфичны в плоскости рассматриваемой проблемы. Когда человек получает запреты на близость с кем-то (иными словами ему нельзя доверять никому, делиться своими проблемами), то возможность реального обращения к специалисту, которому, безусловно, требуется доверять, весьма затруднительна. Что, возможно, и не позволяет сделать такой необходимый, в ряде случаев, шаг. Послание «Не делай это» логичным образом довершает картину. Возможно, лучшим совокупным девизом исследованной группы является: «Лучше сидеть, терпеть и не высовываться».

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

Первый механизм является наиболее универсальным способом избавления от внутреннего конфликта путем активного выключения из сознания неприятной информации. Таким образом, обнаруживаемые нами реминисцен-

ции по поводу желания обращения к СПЗ, вероятно, отражают желание «выхода» респондентами за пределы действия защитного механизма, способного решить вытесняемые проблемы, а не прятаться от них.

Относительно второго механизма психологической защиты – «Компенсации», – она является бессознательной, нативно - самостоятельной попыткой преодоления реальных или воображаемых недостатков. Он развивается как самый поздний механизм защиты. В контексте исследуемых респондентов его преобладание в условиях желания обращения без фактического обращения можно трактовать весьма однозначно – как бессознательную попытку выхода из сложившегося «тупика» посредством собственных сил и средств, создавая «хорошую мину при уже плохой игре».

Литература:

1. Ландышев М.А., Петров Д.С. Тенденции психического здоровья населения Рязанской области в период реформ психиатрической службы // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – № 2. – С. 70-75.
2. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. Социальная сеть как аспект суицидальной активности среди детей и молодежи (на основе анализа социальной сети «ВКонтакте») // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 37-39.
3. Руженкова В.В. Некоторые аспекты стигматизации суицидентов специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 1. – С. 17-18.
4. Куценко Н.И., Зотов П.Б. Адресность предъявления суицидальных тенденций больными рассеянным склерозом // Медицинская наука и образование Урала. – 2008. – № 6. – С. 67-69.
5. Drego P. The cultural parent // Transactional Analysis Journal. – 1983. – Vol. 13. – P. 224-227.
6. Меринов А.В., Меденцева Т.А., Меринов Н.Л. Потенциальное желание обращения к специалисту в области психического здоровья: значение для суицидологической практики // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 4 (21). – С. 61-66.
7. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06. – М., 2012. – 48 с.
8. Лукашук А.В., Сомкина О.Ю., Байкова М.А., Филиппова М.Д. Значение и место сценарных посланий в реализации суицидального поведения // Тюменский медицинский журнал. – 2016. – Том 18, № 1. – С. 3-11.
9. Stewart I., Joines V. TA Today. A new introduction to Transactional. – Nottingham; Chapel Hill: Lifespace Publ., 1987. – 342 p.

Выводы:

1. Юноши, у которых было выявлено желание обратиться за помощью к специалисту в области психического здоровья, являются группой с значительно более высоким аутоагрессивным потенциалом. У них наблюдается преобладание суицидальных и несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, а также большое количество предикторов самодеструктивного поведения.

2. Высокая диагностическая значимость рассматриваемого вопроса для суицидологической практики не вызывает сомнений.

3. Вопрос желания обращения за помощью к специалисту в области психического здоровья, наряду с общепризнанными, может быть пригоден для суицидологического скрининга больших юношеских групп.

References:

1. Landyshev M.A., Petrov D.S. Tendentsii psikhicheskogo zdorov'ya naseleniya Ryazanskoy oblasti v period reform psikhiatricheskoy sluzhby // Rossiyskiy mediko-biologicheskii vestnik im. Akad. I.P. Pavlova. – 2015. – № 2. – S. 70-75. (In Russ)
2. Demdoui N.Yu., Denisov Yu.P. Sotsial'naya set' kak aspekt suitsidal'noy aktivnosti sredi detey i molodyezhi (na osnove analiza sotsial'noy seti «Vkontakte») // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 3. – P. 37-39. (In Russ)
3. Ruzhenkova V.V. Nekotorye aspekty stigmatizatsii suitsidentov spetsialistami, uchastvuyushchimi v okazanii psikhiatricheskoy pomoshchi // Tyumen Medical Journal. – 2014. – Vol. 16, № 1. – P. 17-18. (In Russ)
4. Kutsenko N.I., Zotov P.B. Adresnost' pred'yavleniya suitsidal'nykh tendentsiy bol'nymi rasseyannym sklerozom // Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala. – 2008. – № 6. – S. 67-69. (In Russ)
5. Drego P. The cultural parent // Transactional Analysis Journal. – 1983. – Vol. 13. – P. 224-227.
6. Merinov A.V., Medentseva T.A., Merinov N.L. Potential desire access to a specialist in the field of mental health: implications for practice suicidological // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 4 (21). – P. 61-66. (In Russ)
7. Merinov A.V. Autoagressivnoe povedenie i otsenka suitsidal'nogo riska u bol'nykh alkogol'noy zavisimost'yu i chlenov ikh semey: Avtoref. dis. ... d-ra. med. nauk: 14.01.27; 14.01.06. – M., 2012. – 48 s. (In Russ)
8. Lukashuk A.V., Somkina O.Y., Baykova M.A., Filippova M.D. The value and place of scenario messages in the implementation of suicidal behavior // Tyumen Medical Journal. – 2016. – Vol. 18, № 1. – P. 3-11. (In Russ)
9. Stewart I., Joines V. TA Today. A new introduction to Transactional. – Nottingham; Chapel Hill: Lifespace Publ., 1987. – 342 p.

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

A.V. Merinov, T.A. Medentseva

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

This study was focused on the desire to consult a specialist in mental health among young people. Investigated by a group of young men whose answer to the statement in the proposed questionnaire to identify autoaggressive patterns was positive. Our results conclusively demonstrate that the respondents have significantly higher suicidal potential. Suicidal thoughts in the study group discovered the 31,2% of the respondents against the 14,0% of the control. Frequency of depressive States characterized precisely studied a group of young men – 75,0%. Experienced frequent moments of despair – 47,9% of young men in the study group against 21,9% in the control group. Similar data were obtained in the study of similar groups of girls with a desire for access to a specialist in the field of mental health. This fact speaks in favor of a positive answer to this question is rather what is disturbing, often "premanifest" indicating a possible serious problem. This question, despite its seeming "lightness", it is appropriate to use in screening studies as suicidal in practice and in other studies of young boys and girls regarding their psycho-emotional state.

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

УДК: 616.89-008.44

ПИКТОГРАФИЧЕСКИЙ ЭКСПРЕСС-ТЕСТ «РИСК СУИЦИДАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ»

С.В. Харитонов, С.В. Рызова, В.Е. Цупрун

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

Контактная информация:

Харитонов Сергей Викторович – доктор 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: 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

Рызова Светлана Владимировна – медицинский психолог ГКУЗ "Психиатрическая клиническая больница №12 Департамента здравоохранения города Москвы". Адрес: г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 47. Телефон: (499) 193-05-66; электронный адрес: ryzovas@gmail.com

В настоящем исследовании применялся оригинальный рисуночный Пиктографический экспресс-тест по оценке суицидального риска. Исследование осуществлялось с применением рандомизации и являлось «слепым». В исследовании приняло участие 94 пациента с разными диагнозами, вне психотических переживаний. Все пациенты имели ту или иную суицидальную активность, определяемую по ступеням шкалы суицидального риска А.Г. Амбрумовой. Определено, что у пациентов, обдумывавших способы и методы суицида, выполнение экспресс теста после получения последней инструкции занимало в среднем 5,9 секунды, в то время как у пациентов, не имевших таких планов, 16,1 секунды при высоком уровне статистической достоверности результатов. Также среди пациентов, не имевших признаков удовлетворяющих критериям второй ступени шкалы суицидального риска, часто встречались отказы от выполнения задания.

Таким образом, наличие разработанных или разрабатываемых планов по реализации суицидального поведения способствует более быстрому и осмысленному выполнению инструкций теста, что представляется диагностически важным феноменом.

Ключевые слова: пиктографический, экспресс, тест, суицид, проективный, диагностика.

Проблема прогнозирования суицидального риска является одной из наиболее чувствительных областей психиатрии. С одной сторо-

ны, опросники и тесты разработаны и рекомендовали себя неплохо в качестве вспомогательных средств диагностики. С другой сторо-

ны, при желании обследуемого человека ему легко исказить результаты, отвечая на вопросы недостаточно искренне или заведомо неискренне. Казалось бы очевидное решение проблемы в применении проективных тестов, что особенно актуально при оценке суицидального риска у детей. Но и здесь есть проблема, связанная с интерпретацией результатов и репрезентативностью предлагаемых методов.

Наиболее известными из проективных методов, способных давать более-менее приемлемый уровень прогнозирования суицидального риска, являются тесты Розенцвейга, ТАТ и тест Роршаха.

В основе теста фрустрации Розенцвейга лежит теория фрустрации и агрессии, суть которой в разделении людей на несколько типов в зависимости от направленности их агрессии. Так же как и в ТАТ в тесте Розенцвейга, в качестве стимульного материала использованы картинки, представляющие персонажей в фрустрирующей ситуации [1]. Показатели теста отражают не столько структурные личностные образования, сколько индивидуальные динамические характеристики поведения. По этой причине тест не нашел применения в психопатологической диагностике, однако обнаружил удовлетворительную способность по оценке суицидального риска. По данным В.А. Руженкова и соавт. [2] наиболее часто у суицидентов фиксируются экстрапунитивные типы реагирования с фиксацией на препятствии и самозащите. Аналогичные выводы приводятся и в других работах. Так, по данным Ж.Л. Демченко и Н.А. Сюрис [3] у большинства лиц склонных к аутоагрессии в тесте Розенцвейга фиксируются увеличение реакций самозащиты, и в меньшей степени фиксируются препятственно - доминантные реакции. В тоже время, собственно суицидальный риск этот тест не измеряет, и его применение требует времени, что значительно осложняет ведение экспресс – скрининга.

Тест ТАТ, разработанный еще в начале 30-х годов прошлого столетия, так же как и тест Розенцвейга в качестве стимульного материала задействует черно-белые фотографические изображения людей в разных ситуациях. Испытуемому предлагается составить на основе этих изображений сюжетные рассказы. Существует несколько модификаций ТАТ, каждая из которых имеет свои достоинства и недостатки. Как и тест Розенцвейга, непосредственной

оценки риска совершения суицидального действия ТАТ не позволяет сделать, и требует времени для проведения и последующей обработки [4].

В тесте Роршаха стимульный материал представлен стандартными таблицами с черно-белыми и цветными аморфными изображениями. Испытуемые по своему усмотрению дают описания этих картинок [5]. На основе разных аспектов ответа испытуемых экспериментатор, в зависимости от предпочитаемой им школы интерпретации этого теста дает оценки по многим параметрам личностных характеристик испытуемого. В одном из подходов, обозначенных как интегративная система, предлагается включать более 90 переменных, которые описывают психологическое функционирование испытуемого. Среди многочисленных шкал и индексов метода Роршаха выделяется индекс – «суицидальное созвездие». Авторы полагают, что если значение по данной суицидальной шкале у испытуемого достигает критического (более 7 баллов), то это говорит о том, что испытуемый либо ранее предпринимал суицидальные попытки, либо в ближайшее время (в течение 2 месяцев) он с большой степенью вероятности совершит суицид [6]. Однако более подробных исследований по данному показателю нам не удалось обнаружить в литературе, и, как видно, его расчеты требуют значительных затрат времени.

Среди многообразия решений в проективных исследованиях есть еще одно, недостаточно разработанное в психологических школах, тем не менее, некогда служившее формой коммуникации, и ранее хорошо известное – пиктограмма. Сегодня можно с уверенностью сказать, что пиктограмма, являлась одним из важнейших языков древности, и в большей мере применялась для описания деятельности человека. По крайней мере, наш опыт работы в Каирском музее Египта свидетельствует, что большинство пиктографических текстов описывают именно деятельность человека и много реже применяются для непосредственного оперирования абстрактными и отвлеченными понятиями.

Археологические находки свидетельствуют, что в Шумеро-Аккадской культуре Месопотамии, в культуре Хараппы, как и в ранних американских культурах, пиктограмма сохранялась длительное время. Практика использования пиктограмм (как вариант идеограмм)

актуальна и в настоящее время. Пиктограммы часто служат нам гораздо лучше, чем словесные инструкции. Нетрудно представить, что будет происходить на дорогах, если вместо привычных дорожных знаков (идеограмм) будут словесные надписи. Во-первых, чтение слов займет больше времени. Во-вторых, слово не лучший из способов апелляции к деятельностным алгоритмам. В то время как пиктограмма проста и понятна по типу «вижу-делаю» (то есть в наглядно-действенном отношении).

В связи с ожидаемой успешностью применения пиктограммы как проективного метода, и ее высоковероятной связи с деятельностными аспектами психической жизни, нами был предложен диагностический метод, направленный на оценку риска аутоагрессивных действий [7].

Материал исследования.

Материалом исследования послужили результаты проведенных тестов и клиническая оценка психического состояния 94 пациентов стационарированных в 12 ГКПБ г. Москвы и обратившихся в Московский НИИ психиатрии.

Средний возраст по группе составил $40,8 \pm 1,4$ года. Мужчин в выборке было 21, женщин – 73. В нозологическом отношении выборка была разнородной. В исследование, в случайном порядке (рандомизация методом конвертов), отбирались пациенты по мере их поступления. Распределение пациентов по нозологическим категориям в соответствии с МКБ-10 было следующим: F43 – n=29, F21 – n=12, F41 – n=21, F06 – n=5, F33 – n=9, F20 – n=5, F34 – n=13.

Критериями включения в исследование являлись:

1. Ранее высказывались идеи о нежелании жить.
2. На момент обследования нет признаков выраженных интеллектуально-мнестических расстройств.

3. Нет признаков аггравации или симуляции психических расстройств.
4. Нет соматогений в фазе обострения.
5. На момент проведения теста нет признаков алкогольного и/или наркотического опьянения.

Критерии исключения:

1. Психическая заторможенность.
2. Нарушения мышления.
3. Психотические переживания на момент проведения исследования.
4. Ограничения моторики, физически препятствующие проведению теста.
5. Отказ от исследования.

Методы исследования.

Среди методов исследования применялись клинический метод и, в частности, применялась шкала А.Г. Амбрумовой [8] по оценке выраженности суицидального риска где:

Первая ступень – пассивные суицидальные мысли – характеризуется представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности. Примером этому являются высказывания: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться»; «если бы со мной произошло что-нибудь, и я бы умер ...» и т. д.

Вторая ступень – суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности, т. е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана её реализации. Продумываются способы суицида, время и место действия.

Третья ступень – суицидальные намерения – предполагает присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Проективный экспресс-тест, разработанный нами. Для наглядности вариант ответа представлен на рис. 1.



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

Испытуемым 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?"

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

При проведении исследования специалист осуществлявший тестирование не знал результатов клинического исследования пациента, как и пациенты не знали о характере исследования (таким образом, исследования являлось «слепым»).

Результаты и их обсуждение.

Из 94 испытуемых 77 человек имели суицидальную активность, удовлетворяющую критериям первой степени шкалы суицидального риска А.Г. Амбрумовой; 17 пациентов имели уровень суицидальной активности соответствовавшей критериям второй степени суицидальной активности.

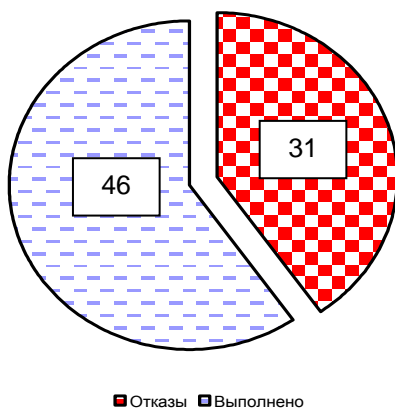


Рис. 2. Соотношение между выполнившими задание и отказавшихся среди обследованных с 1 степенью суицидальной угрозы шкалы А.Г. Амбрумовой.

Из 77 пациентов с пассивными суицидальными мыслями (1 степень) 31 человек отказались или не смогли выполнить задание, или обилие вопросов, которое у них возникало, не

позволяло считать тест выполненным (приступали к выполнению задания после более, чем 30 секунд обсуждений).

Таким образом, задание выполнили только 46 пациентов с суицидальным риском соответствующим критериям 1 степени суицидального риска (рис. 2).

В среднем время, которое затрачивали пациенты данной группы на то чтобы начать делать рисунок, составило – 16,1 секунды, при дисперсии = 11,7; стандартное отклонение = 3,4; стандартная ошибка (среднего) = 0,5; коэффициент вариации = 0,2; среднее геометрическое = 15,7; среднее гармоническое = 15,3; мода = 15; медиана = 15,5; асимметрия = 0,3.

Пациенты с суицидальной активностью, соответствовавшей критериям второй степени шкалы А.Г. Амбрумовой, в среднем начинали делать рисунок через 5,9 секунды после получения инструкции, при дисперсии = 7,3; стандартном отклонении = 2,7; стандартной ошибке (среднего) = 0,7; коэффициенте вариации = 0,5; среднем геометрическом = 4,2; среднем гармоническом = 3,4; медиане = 4; асимметрии = 0,66; эксцессе = 2,8. Отказов от выполнения данного задания не было, как и вопросов о его технических аспектах реализации.

Из 17 обследуемых с суицидальной активностью на уровне 2 степени шкалы только у одного пациента рисунок не содержал явных признаков аутодеструкции. В свою очередь, среди пациентов с уровнем суицидальной активности, соответствовавшей 1 степени, из 77 человек ни один не сделал рисунков содержащих признаки аутодеструкции.

При статистическом анализе определено, что в группе пациентов, имевших суицидальный риск на уровне 1 степени шкалы А.Г. Амбрумовой, статистически достоверно чаще фиксировались отказы от выполнения задания по сравнению с пациентами с суицидальным риском соответствовавшим 2 степени одноименной шкалы. При уровне критерия Хи-квадрат = 6,489 ($p < 0,05$), критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса составил – 5,041 ($p < 0,05$), точный критерий Фишера (двусторонний) = 0,00660 ($p < 0,05$).

При исследовании оценки силы связи между вероятностью выполнения задания при 2 степени суицидального риска определен средний уровень связи между этими фактора-

ми. При критериях ϕ , V Крамера и критерию К Чупрова = 0,228, критерий Пирсона (C) = 0,222 и нормированном значении коэффициента Пирсона (C') = 0,314.

При оценке соответствия тематики сделанных рисунков в интерпретации обследованных определено, что рисунки, содержащие указания на аутоагрессию, характерны для лиц, имевших суицидальную активность на уровне 2 ступени, и не характерны для лиц с 1 ступенью. Уровень достоверности по критерию Хи-квадрат = 87,33 ($p < 0,01$), критерию Хи-квадрат с поправкой Йейтса = 80,8 ($p < 0,01$), точному критерию Фишера (двусторонний) = 0,0000 ($p < 0,05$).

При исследовании оценки силы связи между вероятностью выполнения рисунка с признаками аутоагрессивного содержания при 2 ступени суицидального риска определен, как очень сильный по критериям ϕ , V Крамера и критерию К Чупрова = 0,964, и как сильная по критерию Пирсона (C) = 0,694.

При исследовании различий во времени, требуемом испытуемым для начала выполнения рисунка после получения инструкции, между группами пациентов со 2 и с 1 ступенями суицидального риска получены статистические данные, свидетельствующие о достоверно более высокой скорости начала выполнения задания у пациентов со 2 ступенью суицидального риска. По тесту Колмогорова-Смирнова максимальная разница = 0,88 при уровне значимости $p < 0,001$. По тесту Манна-Уитни $Z = 5,52$ при уровне значимости $p < 0,001$.

Выводы.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что пиктографический экспресс-тест достаточно точно выявляет пациентов с суицидальной активностью, когда есть место продумыванию планов совершения суицида. При этом практически не имеет ложноположительных диагностик (когда тест фиксирует суицидальный риск, а его на самом деле нет). По крайней мере, ложноположительных диагностик в нашем исследовании вообще не было, ложноотрицательные оценить по данной выборке затруднительно.

В тоже время, ни один из пациентов с пассивными суицидальными мыслями не выполнил рисунка, который можно интерпретировать, как содержащий признаки аутоагрессии,

и который пациенты так интерпретировали бы сами.

В очень многих случаях пациенты с пассивными суицидальными мыслями оказывались не в состоянии начать выполнять задание более 30 секунд (что расценивалось нами как отказ). Либо они сообщали о неготовности выполнить данное задание вообще. Либо задавали слишком много вопросов после получения инструкции (что скорее выглядело, как беспокойство) и по этой причине долго не могли начать выполнение рисунка.

Данные полученные в результате статистической обработки позволяют делать вывод о том, что между наличием ментализаций плана суицида и скоростью начала выполнения задания существует достоверная связь. И она существенно выше, чем у лиц, не имеющих такого рода идей. Даже, если они и высказывают отдельные мысли свойственные для 1 ступени суицидального риска по шкале А.Г. Амбрумовой.

С другой стороны, требуется аккуратность в интерпретации результатов данного теста пока не будут накоплены более точные статистические данные, включая данные по разным возрастным категориям и прочим группам.

Задержка времени, требуемая пациентам с уже готовым планом действий в отношении суицидального поведения, понятным образом выше, чем у пациентов, не имеющих такого плана. В тоже время, в наших данных разброс по времени задержки в группе со 2 ступенью активности был достаточно велик, как и в группе с 1 ступенью и скорости часто перекрывались. Вероятно, в скорости выполнения предложенного нами теста, кроме активных ментализаций суицида, имеют значение еще и индивидуальные свойства личности, нервной системы, влияние психотропных средств, психического заболевания и т.д. Поэтому, нам представляется более аккуратным на данный момент применять не столько временной критерий в интерпретации результатов теста, сколько осуществлять его качественный анализ. А именно отвечать на вопрос – при выполнении инструкции есть признаки, что испытуемый выполняет действия по уже имеющейся идеи, обрамляя ее в рисунок, либо выражает признаки растерянности, и не понимает, как приступить к выполнению такого зада-

ния, протестует или иными способами старается уклониться от выполнения задания?

В целом, складывается впечатление, что данный тест в качестве экспресс-метода пред-

варительной диагностики может быть полезен и в клинической практике и при скрининге разных групп риска, как быстрый и в достаточной мере чувствительный инструмент.

Литература:

1. Розенцвейг С. Тест Розенцвейга (детский и взрослый варианты). – М.: Речь. – Психологический практикум, 2002. – 62 с.
2. Руженков В.А., Лобов Г.А., Боева А.В. Аутодеструктивное поведение юношей призывного возраста (клиника, классификация, прогноз) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Том 16, № 4. – С. 97-102.
3. Демченко Ж.Л., Сюрис Н.А. К вопросу об аутоагрессивном поведении военнослужащих // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 14, № 3. – С. 29-30.
4. Леонтьев Д.А. Тематический апперцептивный тест. – М.: Речь. Серия – «Диагностика», 2004. – 254 с.
5. Рауш де Траубенберг Н.К. Тест Роршаха: Практическое руководство. – М.: Когито-Центр, 2005. – 255 с.
6. Ассанович М.А. Оценка некоторых поведенческих характеристик у больных невротическими расстройствами методом Роршаха (на основе Интегративной Системы): Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – Гродно, 2002. – 24 с.
7. Харитонов С.В. Опросник "Шкалы динамического контроля суицидального риска" (ШДК) и Пиктографический Экспресс-Тест. URL: <http://kpp.okis.ru/shdk-suicidalnogo-riska-.html>. Дата обращения 30.05.2016.
8. Амбрумова А.Г. Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. – М.: Московский научно-исследовательский институт, 1980. – 48 с.

References:

1. Rozenvejg S. Test Rozenvejga (detskij i vzroslyj varianty). – M.: Rech'. – Psihologicheskij praktikum, 2002. – 62 s. (In Russ)
2. Ruzhenkov V.A., Lobov G.A., Boeva A.V. Autodestruktivnoe povedenie junoshej prizyvnoogo vozrasta (klinika, klassifikacija, prognoz) // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2006. – Tom 16, № 4. – S. 97-102. (In Russ)
3. Demchenko Zh.L., Sjuris N.A. K voprosu ob autoagressivnom povedenii voennosluzhashchih // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 14, № 3. – S. 29-30. (In Russ)
4. Leont'ev D.A. Tematicheskij apperceptivnyj test. – M.: Rech'. Serija – «Diagnostika», 2004. – 254 s. (In Russ)
5. Rausch de Traubenberg N.K. Test Rorschaha: Prakticheskoe rukovodstvo. – M.: Kogito-Centr, 2005. – 255 s. (In Russ)
6. Assanovich M.A. Ocenka nekotoryh povedencheskih harakteristik u bol'nyh nevroticheskimi rasstrojstvami metodom Rorschaha (na osnove Integrativnoj Sistemy): Avtoref. dis... kand. med. nauk: 14.00.18. – Grodno, 2002. – 24 s. (In Russ)
7. Haritonov S.V. Oprosnik "Shkaly dinamicheskogo kontrolja suicidal'nogo riska" (ShDK) i Piktograficheskij Jekspress-Test. URL: <http://kpp.okis.ru/shdk-suicidalnogo-riska-.html>. Data obrashhenija 30.05.2016. (In Russ)
8. Ambrumova A.G. Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija. Metodicheskie rekomendacii. – M.: Moskovskij nauchno-issledovatel'skij institut, 1980. – 48 s. (In Russ)

PICTOGRAPHIC RAPID TEST IS "THE RISK OF SUICIDAL ACTIONS"

S.V. Kharitonov, S.V. Ryzova, E.V. Tzuprun

Moscow research Institute of psychiatry, Russia

The present study used the original drawing Pictographic rapid test for the assessment of suicide risk. The study was carried out with the use of randomization and was "blind". In testing was attended by 94 patients with different diagnoses, outside of psychotic experiences. All patients had a certain kind of suicidal activity, determined by the levels of the scale of suicide risk A. Ambrumova. Determined that patients abduvlen ways and methods of suicide execution the Express test after receiving the last instructions, took an average of 5.9 seconds, in that time, as in patients who did not have such plans for 16.1 seconds at high level of statistical reliability of the results. Also, among patients who did not have signs meeting the criteria of the second stage of the scale of suicidal risk, often met failures in performing the task.

Thus, the presence of developed or developing plans for the implementation of suicidal behavior contributes to a faster and more meaningful implementation of instructions of the test, which appears to be diagnostically important phenomenon.

Keywords: pictographic, express, test, suicide, projective, diagnostic.

СПЕЦИФИКА ОТНОШЕНИЙ К СМЕРТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИЙ В ОБЛАСТЯХ РОССИИ И БЕЛАРУСИ С УМЕРЕННЫМ И ПОВЫШЕННЫМ СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ

К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, С.Н. Озол,
С.А. Чубина, Е.Л. Николаев, И.В. Городецкая

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, г. Москва, Россия
ФГБУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия
ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия
ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева», г. Тула, Россия
ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
УО «Витебский государственный ордена Дружбы Народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Контактная информация:

Чистопольская Ксения Анатольевна – младший 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: ktchist@gmail.com

Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук, профессор. Место работы и должность: заведующий отделом клинической психологии ФГБУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: 115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34. Электронный адрес: enikolopov@mail.ru

Озол Сергей Николаевич – аспирант кафедры психиатрии ФГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390026 г. Рязань, ул. Высоковольтная, д.9. Электронный адрес: ozolsergey7@gmail.com

Чубина Софья Александровна – врач-психиатр, психотерапевт. Место работы и должность: заведующая отделением ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева». Адрес: 301105, Тульская область, Ленинский район, п. Петелино. Телефон: (495) 963-75-72. Электронный адрес: sonyaost@yandex.ru

Николаев Евгений Львович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой социальной и клинической психологии, декан лечебного факультета ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: 428015, г. Чебоксары, Московский проспект, д. 15. Электронный адрес: pzdorovie@bk.ru

Городецкая Ирина Владимировна – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: декан лечебного факультета УО «Витебский государственный ордена Дружбы Народов медицинский университет». Адрес: 210023, Республика Беларусь, г. Витебск, пр-т Фрунзе, 27. Телефон: (0212) 26-10-56. Электронный адрес: gorodecka-iv@mail.ru

В статье представлены результаты исследования студентов медицинских университетов в областях умеренного (Центральный федеральный округ, г. Рязань (n=121) и Тула (n=83), Россия) и повышенного (Приволжский федеральный округ, г. Чебоксары (n=74), Россия; Витебская область, г. Витебск (n=63), Беларусь) суицидального риска. Выявлена специфика отношений к смерти в регионах суицидального риска. Так, по данным дисперсионного анализа ANOVA, post hoc критерия Геймса-Хоуэлла, студенты медики из Чебоксар от студентов из других городов отличались сниженным нейтральным принятием смерти ($F=13,13$; $p<0,001$), низким страхом последствий смерти для личности ($F=6,37$; $p<0,001$), низким страхом последствий смерти для личных стремлений ($F=4,95$; $p<0,01$) и низким страхом последствий для близких ($F=3,27$; $p<0,05$), а студенты медики из Витебска – повышенным страхом последствий для тела ($F=3,75$; $p<0,05$).

Сформирован обобщенный профиль отношений к смерти у студентов медиков: в двух суицидальноопасных регионах выделились оси корреляций жизнестойкости: контроль и принятие риска, во всех группах оказался важен стиль привязанности – тревога и/или избегание; в 3 группах из 4 было важно принятие смерти как бегства – это был негативный фактор, высота которого сочеталась с низкими показателями психологического благополучия. На примере студентов из г. Рязань показано более благоприятное отношение к смерти при проживании самостоятельно, в отличие от жизни в родительской семье. На основе полученных данных делается вывод о необходимости введения курсов танатологии в медицинских ВУЗах.

Ключевые слова: отношение к смерти, страх личной смерти, привязанность, студенты медики.

Танатология – наука о смерти и умира-нии, распространенная за рубежом, но почти неизвестная у нас, несмотря на то, что ее осно-вателем считается И.И. Мечников, писавший о необходимости такой дисциплины и важности взгляда на смерть без страха в «Этюдах опти-мизма»: «Сознание неизбежности смерти, ко-торого лишены животные и которое так часто делает людей несчастными, есть зло поправи-мое и именно благодаря науке. Более чем веро-ятно, что она научит жить сообразно принци-пам ортобиоза и доведет жизнь до момента наступления инстинкта естественной смерти, когда не будет страха перед неизбежностью конца» [1]. Он считал эту науку важной для студентов-медиков, которые много работают в патоанатомии, но имеют недостаточно опыта в обращении с умирающими людьми. Танатоло-гия начала бурно развиваться в США после Второй мировой войны благодаря Герману Фейфелю [2]. В настоящее время тема смерти считается важной для публики, и курсы тана-тологии читаются в школах и университетах, в том числе и в медицинских.

В нашей стране такого опыта пока нет, хо-тя проблема, описанная И.И. Мечниковым, остается, особенно в обучении студентов-медиков. Есть предположение, что у них воз-никает конфликт между профессиональным взглядом на смерть и жизненным опытом. Э.Г. Салищев писал: «...нельзя доверять врачам, изучавшим анатомию только по учебникам... Это не врачи. Это брехуны или сверхчеловеки. А нормальный медик – это человек, прошед-ший через мертвецкую. И проработавший там самостоятельно и бесстрашно. И главное – са-мостоятельно» [3].

Мы взяли исследовать отношение к смер-ти у студентов-медиков: какова его специфика, как данная категория специалистов справляется с темой смерти на психологическом уровне. В предыдущем исследовании было показано [4], что студенты-медики отличаются от студентов других специальностей более развернутой кар-тиной связей отношений к смерти с жизнестой-костью, стилем привязанности и временной ориентацией, и поставили перед собой задачу раскрыть всеобщность этого явления на выбор-ке студентов-медиков из разных регионов.

Была поставлена задача обнаружить специфику отношения к смерти в зонах повы-шенного суицидального риска. Гипотеза за-ключалась в том, что в суицидальных регионах

взгляд на смерть будет менее благоприятным. Для этого были взяты выборки из двух городов Центрального федерального округа Россий-ской Федерации: Тулы и Рязани (уровень суи-цидов в 2011 году – 13,7 на 100 тыс. нас.), Че-боксар из Приволжского федерального округа (уровень суицидов в 2011 году – 27,8 на 100 тыс. нас.) и Витебска, Беларуси (уровень суи-цидов в Витебской области в 2011 году – 31,4 на 100 тыс. нас.). Север Беларуси (в частности, Витебская область) на протяжении истории характеризуется более высоким уровнем суи-цидов [5], а в Чувашии преобладает тюркская этническая группа, которая также исторически отличается более высоким уровнем самоубийств и особым, терпимым отношением к этому явле-нию [6, 7], что подтвердилось и в нашем иссле-довании студентов из Чебоксар [8]. Кроме того, мы решили проверить различия отношений к смерти у студентов-медиков, живущих дома и в общежитии (на примере Рязани).

Мы предположили, что «домашние» студенты будут отличаться более благополучным взгля-дом на смерть.

Методика.

Выборка: в исследовании участвовали 121 студент 5 курса из Рязанского государствен-но медицинского университета им. И.П. Павло-ва (40 студентов, живущих дома, и 81 студент, живущий в съемной квартире (реже – в обще-житии)), 83 студента 1 и 2 курсов Медицинско-го института Тульского государственного уни-верситета, 74 студента 3 курса Чувашского государственного университета им. И.Н. Улья-нова и 63 студента 3 курса Витебского госу-дарственного медицинского университета.

Инструменты.

Использовались следующие опросники: временной перспективы личности Ф. Зимбардо [9], «Опыт близких отношений – переработан-ный опросник» [10], жизнестойкости [11], «Отношение к смерти» и «Страх личной смер-ти» [12]. Обработка результатов проводилась в SPSS 17.0 с применением корреляционного анализа Пирсона, дисперсионного анализа ANOVA, post hoc критерия Геймса-Хоуэлла и непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования.

1. Профили отношений к жизни и смерти у студентов-медиков из разных городов.

Развернутая система связей между пере-менными была получена на основе корреляци-онного анализа.

Корреляция методик «Отношение к смерти» и «Страхи смерти» с методиками исследования временной перспективы, привязанности и жизнестойкости: г. Рязань (n=121)

Показатель	Негативное прошлое	Гедонистическое настоящее	Позитивное прошлое	Фаталистическое настоящее	Тревожный стиль	Избегающий стиль	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
Принятие - приближение			0,26**	0,32**						
Избегание			0,54***				0,23**			
Страх		0,29**	0,23**		0,2*					
Принятие бегства	0,35***			0,45***	0,21*	0,36***	-0,34***	-0,28**	-0,37***	-0,36***
Нейтральное принятие			-0,18*							
Личность		0,49***			0,25**					
Тело	0,24**	0,22*		0,27**	0,27**				-0,24**	
Стремления		0,52***			0,24*					
Трансценд.		0,4***	0,24*							
Близкие		0,26**				-0,21*				
Забвение	0,43***			0,38***	0,4***	0,47***	-0,44***	-0,33***	-0,3**	-0,39***

Достоверность корреляций: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Как видно (табл. 1), для рязанских студентов-медиков оказались значимы переменные «Принятие смерти как бегства» (положительные корреляции с «Негативным прошлым», «Фаталистическим настоящим», «Тревожным» и «Избегающим» стилями привязанности, отрицательные – со всеми шкалами «Жизнестойкости»), «Тревожный стиль привязанности» (корреляции со «Страхом смерти», «Последствиями для личности», «Тела», «Личных стремлений» и «Страхом забвения»), собственно «Страх забвения» (положительные корреляции с «Негативным прошлым», «Фаталистическим настоящим», «Тревожным» и «Избегающим» стилями привязанности, отрицательные – со всеми шкалами «Жизнестойкости»).

Также для студентов оказались важны шкалы временной перспективы «Позитивное прошлое» (корреляции с «Принятием-приближением смерти», «Избеганием темы смерти», «Страхом смерти» и небольшая отрицательная корреляция с «Нейтральным принятием смерти») и «Гедонистическое настоящее» (корреляции со «Страхом смерти», «Послед-

ствиями смерти для личности», «Тела», «Личных стремлений», «Трансцендентных последствий» и «Последствий для близких»). Очевидно, позитивная временная перспектива играла у них роль защит, вступая в конфликт с профессиональным, нейтральным взглядом на смерть.

Как видно (табл. 2), для тульских студентов-медиков важны «Принятие смерти как бегства» (положительные корреляции с «Негативным прошлым» и «Избегающим стилем привязанности»), отрицательные – с «Позитивным прошлым» и всеми шкалами «Жизнестойкости»), «Страх забвения» (положительные корреляции с «Негативным прошлым», «Фаталистическим настоящим», «Тревожным стилем привязанности»), отрицательные – со всеми шкалами «Жизнестойкости»), «Избегающий стиль привязанности» (отрицательные корреляции с «Избеганием темы смерти», «Последствиями смерти для личности», «Личных стремлений», «Последствиями для близких»), позитивная корреляция с «Принятием смерти как бегства»), а также временная ориентация «Позитивного прошлого» (положительные

корреляции с «Избеганием темы смерти», «Страхом смерти», с «Последствиями для тела», «Личных стремлений», «Трансцендентными последствиями», «Последствиями для близ-

ких», отрицательная – с «Принятием смерти как бегства»).

У студентов-медиков из г. Чебоксары (табл. 3) можно выделить две оси, на которые нанизываются отношения к смерти.

Таблица 2

Корреляция методик «Отношение к смерти» и «Страхи смерти» с методиками исследования временной перспективы, привязанности и жизнестойкости: г. Тула (n=83)

Показатель	Негативное прошлое	Позитивное прошлое	Фаталистическое настоящее	Тревожный стиль	Избегающий стиль	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
Принятие-приближение			0,25*						
Избегание		0,29**			-0,22*	0,28*			
Страх		0,32**	0,24*						
Принятие бегства	0,38**	-0,5***			0,33**	-0,33**	-0,24*	-0,33**	-0,34**
Личность					-0,24*				
Тело		0,33**	0,28*						
Стремления		0,28*			-0,24*				
Трансцендентное		0,29**							
Близкие		0,45***			-0,33**				
Забвение	0,27*		0,29**	0,3**		-0,35**	-0,41***	-0,33**	-0,41***

Достоверность корреляций: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Таблица 3

Корреляция методик «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» с методиками исследования временной перспективы личности, опыта привязанности и жизнестойкости: г. Чебоксары (n=74)

Показатель	Позитивное прошлое	Фаталистическое настоящее	Тревожный стиль	Избегающий стиль	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
Избегание	0,35**		-0,29*		0,35**			
Страх						-0,37**	-0,27*	-0,29*
Принятие бегства			0,28*	0,41***	-0,38**	-0,33**	-0,33**	-0,39**
Личность						-0,25*		
Тело		0,36**	0,28*			-0,34**		
Стремления						-0,28**		
Трансцендентное		0,33**	0,29*			-0,36**		-0,26*
Забвение			0,4**		-0,33**	-0,41***		-0,34**

Достоверность корреляций: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Корреляция методик «Отношение к смерти» и «Страхи смерти» с методиками исследования временной перспективы, привязанности и жизнестойкости: г. Витебск (n=63)

Показатель	Негативное прошлое	Гедонистическое настоящее	Будущее	Тревожный стиль	Избегающий стиль	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
Принятие-приближение					-0,31*				
Избегание					-0,5***				
Страх				,47**			-0,33*	-0,47**	-0,34*
Принятие бегства					0,34*				
Нейтральное принятие	0,3*	0,49***	0,31*			0,29*		0,32*	0,33*
Личность				0,4**				-0,27*	
Тело								-0,26*	
Стремления				0,36**				-0,27*	
Забвение			-0,27*	0,38**	0,38**	-0,26*		-0,29*	-0,3*

Достоверность корреляций: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$

Благодаря им проявляется жизненная позиция: это шкала «Контроль» из опросника жизнестойкости (ответственность подавляет неприятные мысли о смерти, выводит их из фокуса внимания) и шкала «Принятие смерти как бегства» из методики «Отношение к смерти» – эта шкала, так же как и шкала «Страх смерти», – «подавляется» «Жизнестойкостью». Не очень благоприятные показатели были получены по шкале «Тревожный стиль привязанности» из опросника «Опыт близких отношений – переработанный опросник».

Студенты, набравшие больше баллов по данной шкале, принимали смерть как бегство, больше боялись последствий смерти для своего тела, неизвестности после смерти (трансценденции) и забвения.

Для витебских студентов медиков (табл. 4) оказались значимы переменные «Нейтральное принятие» (корреляции с «Негативным прошлым», «Гедонистическим настоящим», «Будущим», «Вовлеченностью», «Принятием риска» и «Жизнестойкостью»), «Страх забвения» (обратные корреляции с «Будущим», «Вовлеченностью», «Принятием риска» и «Жизнестойкостью»), прямые корреляции с «Тревожным» и «Избегающим» стилями привязанности), а также «Тревожный стиль привязанности» (корреляции со «Страхом смерти»,

«Страхом последствий для личности», «Личных стремлений» и «Страхом забвения») и «Принятие риска» (обратные корреляции со «Страхом смерти», «Страхом последствий для личности», «Тела», «Личных стремлений» и «Страхом забвения», прямая корреляция с «Нейтральным принятием»).

Таким образом, в двух суицидально опасных регионах выделились оси жизнестойкости: контроль и принятие риска, во всех группах оказался важен стиль привязанности – тревога и/или избегание, в 3 группах из 4 было важно принятие смерти как бегства – это был негативный фактор, высота которого сочеталась с низкими показателями психологического благополучия.

2. Специфика отношений к жизни и смерти у студентов медиков в областях СНГ с умеренным и повышенным суицидальным риском.

Анализ различий (табл. 5) также показал отличие суицидально опасных регионов: студенты из Чебоксар меньше боялись смерти («Последствий для личности», «Личных стремлений», «Близких») и были менее нейтральны к ней (наиболее благополучный взгляд на смерть); студентов из Витебска больше беспокоила телесность смерти.

Анализ различий выборок из Рязани, Тулы, Чебоксар и Витебска, ANOVA, критерий post hoc Геймса-Хоуэлла

Показатель		Рязань	Тула	Чебоксары	Витебск	Ф Уэлча	Рязань-Тула	Рязань-Чебоксары	Рязань-Витебск	Тула-Чебоксары	Тула-Витебск	Витебск-Чебоксары
Негативное прошлое	M	2,7	2,8	3,1	2,8	5,30**		-0,42**		-0,29*		
	SD	0,88	0,74	6,4	0,79							
Гедонистическое настоящее	M	3,3	3,3	3,5	3,5	3,69*						
	SD	0,56	0,55	0,59	6,7							
Будущее	M	3,8	3,6	3,6	3,6	1,97						
	SD	0,58	0,55	0,47	0,56							
Позитивное прошлое	M	3,8	3,7	3,9	3,9	1,54						
	SD	0,59	0,72	5,2	0,65							
Фаталистическое настоящее	M	2,4	2,7	2,8	2,6	6,21**		-0,43**				
	SD	0,69	0,69	0,67	0,62							
Тревожный стиль привязанности	M	2,9	3,1	3,0	3,0	0,48						
	SD	1,27	1,17	1,07	0,93							
Избегающий стиль привязанности	M	2,7	3,0	3,0	2,9	1,54						
	SD	1,19	1,16	1,02	0,96							
Вовлеченность	M	2,9	2,9	2,9	2,9	0,13						
	SD	0,53	0,42	0,55	0,40							
Контроль	M	2,8	2,7	2,7	2,8	0,93						
	SD	0,47	0,46	0,47	0,40							
Принятие риска	M	2,7	2,7	2,6	2,8	1,37						
	SD	0,53	0,48	0,42	0,42							
Жизнестойкость	M	8,5	8,3	8,2	8,5	0,67						
	SD	1,40	1,20	1,29	1,05							
Принятие приближение	M	3,5	3,6	3,7	3,9	1,49						
	SD	1,27	1,18	1,04	1,00							
Избегание темы смерти	M	4,5	4,4	4,9	4,6	1,16						
	SD	1,58	1,70	1,44	1,51							
Страх смерти	M	4,0	4,1	4,0	4,0	0,09						
	SD	1,36	1,20	1,07	1,17							
Принятие бегства	M	3,1	3,3	3,2	3,3	0,37						
	SD	1,46	1,34	1,20	1,23							
Нейтральное принятие	M	5,7	5,5	4,8	5,5	13,13***		0,91***		0,68***		0,75***
	SD	0,88	0,97	1,05	0,76							

Уровень значимости: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$

Анализ различий выборок из Рязани, Тулы, Чебоксар и Витебска, ANOVA, критерий post hoc Геймса-Хоуэлла

Показатель		Рязань	Тула	Чебоксары	Витебск	F Уэлча	Рязань-Тула	Рязань-Чебоксары	Рязань-Витебск	Тула-Чебоксары	Тула-Витебск	Витебск-Чебоксары
Последствия для личности	M	4,5	4,5	3,6	4,4	6,37***		0,93***		0,91**		0,83**
	SD	1,35	1,27	1,60	1,42							
Последствия для тела	M	2,9	3,0	3,3	3,7	3,75*			-0,78*		-0,69*	
	SD	1,68	1,44	1,52	1,59							
Последствия для стремлений	M	4,9	4,9	4,0	4,7	4,95**		0,85**		0,88**		
	SD	1,44	1,34	1,71	1,45							
Трансцендентные последствия	M	4,2	3,9	3,8	4,2	1,18						
	SD	1,82	1,70	1,57	1,47							
Последствия для близких	M	5,1	4,7	4,4	4,9	3,27*		0,73*				
	SD	1,52	1,69	1,65	1,26							
Забвение	M	2,6	2,6	2,5	3,0	2,06						
	SD	1,71	1,29	1,31	1,43							

Уровень значимости: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$

Студенты из Чебоксар также отличались от студентов из Тулы и Рязани повышенными баллами по шкале «Негативное прошлое», от студентов из Рязани – повышенными баллами по шкале «Фаталистическое настоящее». В остальном выборки были схожи.

3. Стиль жизни и отношение к смерти (на примере студентов-медиков из г. Рязань).

В Рязани были выделены группы студентов, которые живут дома или в общежитии (снимают квартиру), предположив, что «домашние» студенты будут более благополучны касательно отношений к смерти, так как находятся в более благоприятной, удобной для них обстановке. По критерию Манна-Уитни, живущие дома были выше по показателям «Тревожный стиль привязанности» ($p=0,024$), «Принятие смерти как бегства» ($p=0,023$), в то время как приезжие студенты оказались выше по «Избеганию темы смерти» ($p=0,033$), «Нейтральному принятию смерти» ($p=0,041$), «Страху последствий для личности» ($p=0,05$) и «Страху последствий для близких» ($p=0,023$). Таким образом, наша гипотеза была опровергнута. Видимо, вследствие большей самостоятельности (как в выборе профессии, так и в

стиле жизни) приезжие студенты оказались носителями более профессионального и здорового взгляда на смерть: они избегали ее и относились к ней нейтрально, в смерти боясь за себя и за близких, в то время как домашние студенты были более тревожны в близком общении, и принимали смерть как бегство.

Обсуждение результатов.

Развернутое исследование студентов - медиков подтвердило, что у врачей существует свой стиль отношений к смерти, важной чертой которого является стиль привязанности (чаще тревожный и реже – избегающий). Тревожный стиль привязанности, как правило, связан с усилением страхов смерти, а избегающий стиль – с их ослаблением. Факт значимости стилей привязанности для отношений к смерти у медиков можно понять, если учесть, что работа врачей связана с непосредственным общением с больным человеком, которого нужно тщательно и деликатно опросить и осмотреть, чтобы понять причину его недуга. При этом страхи смерти необходимо должны присутствовать в сознании врача, и он должен уметь совладать с ними.

Врач должен отвергать смерть как бегство, так как это противоречит его деятельности –

избавлению от смерти. На деле мы видим, что студентам-медикам не хватает жизнестойкости и нейтрального (наиболее «благоприятного», [13]) принятия смерти, в них много страха, причем защитные страхи смерти («последствия для личности», «стремлений», «для близких») смешаны у них с неадаптивными страхами: «забвения», «трансцендентных последствий», «последствий для тела» [12]. Личный опыт (временные перспективы) конфликтуют у них с жизнестойкостью («Жизнестойкость» связана со сниженными страхами смерти, а временные перспективы, как негативные, так и позитивные – с повышенными). Сравнение студентов медицинских, социальных и технических дисциплин также показало, что у медиков снижены показатели психологического благополучия (снижены показатели жизнестойкости и повышены баллы по тревожному и избегающему стилю привязанности, выявлен высокий страх смерти и особенно страх забвения) [14]. Сравнение студентов медиков и психологов обнаружило, что первые «переживают меньшую персональную включенность в жизнь, полагая, что она в малой степени поддается планированию и контролю; склонны в большей степени воспринимать смерть как негативное, тревожное, пугающее событие и стремятся избегать любых напоминаний о ней в повседневной жизни» [15]. На наш взгляд, все это говорит о необходимости введения курса танатологии для студентов медиков и включения предмета в курсы повышения квалификации.

То, что взгляд на смерть может меняться в зависимости от стиля жизни, говорят результаты исследования студентов медиков, живущих

дома и снимающих жилье: независимый стиль жизни способствует более здоровому взгляду на смерть. Напротив, жизнь в суицидальном регионе (результаты студентов из Чебоксар и Витебска) является фактором риска для врача: снижаются показатели «Нейтрального принятия» и защитных страхов смерти.

Выводы и перспективы:

1. Анализ профессиональной группы врачей из разных регионов показал относительную однородность механизмов совладания с мыслями о смерти у студентов-медиков в разных областях России и Беларуси.

2. Важными элементами структуры защит у студентов-медиков стал тревожный (и/или избегающий) стиль привязанности, отказ от принятия смерти как бегства и жизнестойкость, однако личный опыт (временная ориентация) медиков конфликтует с профессиональным взглядом на смерть.

3. Сравнение студентов-медиков из областей с умеренным и повышенным суицидальным риском показало подверженность медиков в зонах риска к менее благоприятному взгляду на смерть (со снижением «Нейтрального принятия смерти» и защитных страхов смерти).

4. Сравнение студентов-медиков, живущих дома и снимающих жилье (или живущих в общежитии) в г. Рязань, показало, что стиль жизни влияет на отношение к смерти, и самостоятельность способствует более профессиональному и здоровому взгляду на смерть.

5. Данные исследования свидетельствуют о необходимости введения курсов танатологии в обучение студентов-медиков.

Литература:

1. Мечников И.И. Этюды оптимизма. – М.: Наука, 1988.
2. The meaning of death / Ed. by H. Feifel – New York: McGraw-Hill, 1959.
3. Сборник трудов в память Э.Г. Салищева. – Томск: Изд-во «Товарищество Скоропечати А.А. Левенсон», 1904.
4. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Храмельашвили В.В., Казанцева В.Н. Отношение к смерти у студентов медицинских, гуманитарных и технических специальностей: вопрос суицидального риска [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. №3. URL: http://psyedu.ru/journal/2014/3/Enikolopov_et_al.ph tml (дата обращения: 30.03.2016)

References:

1. Mechnikov I.I. Jetjudy optimizma. – M.: Nauka, 1988. (In Russ)
2. The meaning of death / Ed. by H. Feifel – New York: McGraw-Hill, 1959.
3. Sbornik trudov v pamjat' Je.G. Salishheva. – Tomsk: Izd-vo «Tovarishhestvo Skoropechati A.A. Levenson», 1904. (In Russ)
4. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Hramelashvili V.V., Kazanceva V.N. Otnoshenie k smerti u studentov medicinskih, gumanitarnyh i tehniceskikh special'nostej: vopros suicidal'nogo riska [Elektronnyj resurs] // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru. 2014. №3. URL: http://psyedu.ru/journal/2014/3/Enikolopov_et_al.ph tml (data obrashhenija: 30.03.2016) (In Russ)

5. Разводовский Ю.Е., Кондрихин С.В. Региональный паттерн смертности от самоубийств в Европейской части России и Беларуси // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 1 (18). – С. 8-18.
6. Николаев Е.Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. – Чебоксары: Издательство Чувашского университета, 2006.
7. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). – М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010.
8. Чистопольская К.А. Ениколопов С.Н. Николаев Е.Л. Семикин Г.И. Особенности отношения к смерти у молодых людей в Чебоксарах // 4-я международная научно-практическая конференция «Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии / Под ред. В.Г. Будзы, Е.Ю. Антохина, П.О. Бомова. – Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2014. – С. 143-146.
9. Сырцова А., Митина О.В. Возрастная динамика временных ориентаций личности // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 41–54.
10. Чистопольская, К. А., Ениколопов, С.Н., Николаев, Е.Л., Семикин, Г.И., Казанцева, В. Н. Адаптация методики "Опыт близких отношений – переработанный опросник" на русскоязычной выборке и изучение стилей привязанности молодых людей в остром постоуициде // Психологическая диагностика: научно-методический и практический журнал. – 2015. – № 1. – С. 6-23.
11. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006.
12. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Храмелашвили В.В., Казанцева В.Н., Журавлева Т.В. Адаптация опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» на русскоязычной выборке // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2. – С. 60-69.
13. Wong P.T. Meaning management theory and death acceptance // Existential and spiritual issues in death attitudes / A. Tomer, G.T. Eliason, P.T. Wong, eds. – N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. – P. 65–87.
14. Чистопольская К.А. Ениколопов С.Н. Игнатенко С.А. Озол С.Н., Семикин Г.И. Отношение к жизни и смерти у студентов медицинских, социальных и инженерных дисциплин // Современные представления о психической норме и патологии: Психологический, клинический и социальный аспекты: учебное издание / Под ред. Н.Л. Белопольской. – Москва: Когито - Центр, 2015. – С. 139-152.
15. Гончарова С.С., Петражицкая Е.А. Аутентичность студентов с различным отношением к смерти // Наука в современном обществе. – 2014. – № 6. – С. 21-25.
5. Razvodovsky Y.E., Kondrichin S.V. The regional pattern of suicide mortality in European part of Russia and Belarus // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 1 (18). – P. 8-18. (In Russ)
6. Nikolaev E.L. Pogranichnye rasstrojstva kak fenomen psihologii i kul'tury. – Cheboksary: Izdatel'stvo Chuvashskogo universiteta, 2006. (In Russ)
7. Polozhij B.S. Suicidal'noe povedenie (kliniko-jepidemiologicheskie i jetnokul'tural'nye aspekty). – M.: FGBU «GNC SSP im. V.P. Serbskogo», 2010. (In Russ)
8. Chistopol'skaja K.A. Enikolopov S.N. Nikolaev E.L. Semikin G.I. Osobennosti otnoshenija k smerti u molodyh ljudej v Cheboksarah // 4-ja mezhdunarodnaja nauchno-prakticheskaja konferencija «Dushevnoe zdorov'e naselenija na granice Evropy i Azii / Pod red. V.G. Budzy, E.Ju. Antohina, P.O. Bomova. – Orenburg: Orenburgskaja gosudarstvennaja medicinskaja akademija, 2014. – S. 143-146. (In Russ)
9. Syrcova A., Mitina O.V. Vozrastnaja dinamika vremennyh orientacij lichnosti // Voprosy psihologii. – 2008. – № 2. – S. 41–54. (In Russ)
10. Chistopol'skaja, K. A., Enikolopov, S.N., Nikolaev, E.L., Semikin, G.I., Kazanceva, V. N. Adaptacija metodiki "Opyt blizkih otnoshenij – pererabotannyj oprosnik" na russkojazychnoj vyborke i izuchenie stilej privjazannosti molodyh ljudej v ostrom postsuicide // Psihologicheskaja diagnostika: nauchno-metodicheskij i prakticheskij zhurnal. – 2015. – № 1. – S. 6-23. (In Russ)
11. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestojkosti. – M.: Smysl, 2006. (In Russ)
12. Chistopolskaja K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Khramelashvili V.V., Kazantseva V.N., Zhuravleva T.V. Adaptation of Death Attitude Profile-Revised and Fear of Personal Death Scale in Russian-speaking sample // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 2. – P. 60-69. (In Russ)
13. Wong P.T. Meaning management theory and death acceptance // Existential and spiritual issues in death attitudes / A. Tomer, G.T. Eliason, P.T. Wong, eds. – N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. – P. 65–87.
14. Chistopol'skaja K.A. Enikolopov S.N. Ignatenko S.A. Ozol' S.N., Semikin G.I. Otnoshenie k zhizni i smerti u studentov medicinskih, social'nyh i inzhenernyh disciplin // Sovremennye predstavlenija o psihicheskoj norme i patologii: Psihologicheskij, klinicheskij i social'nyj aspekty: uchebnoe izdanie / Pod red. N.L. Belopol'skoj. – Moskva: Kogito-Centr, 2015. – S. 139-152. (In Russ)
15. Goncharova S.S., Petrazhickaja E.A. Autentichnost' studentov s razlichnym otnosheniem k smerti // Nauka v sovremennom obshhestve. – 2014. – № 6. – S. 21-25. (In Russ)

THE SPECIFICS OF DEATH ATTITUDES IN MEDICAL STUDENTS IN REGIONS OF MODERATE AND HIGH SUICIDAL RISK IN RUSSIA AND BELARUS

K.A. Chistopolskaya, S.N. Enikolopov, S.N. Ozol, S.A. Chubina, E.L. Nikolaev, I.V. Gorodetskaya

The article cites the results of the study in medical students in the regions with moderate (Central Federal District, Ryazan (n=121) and Tula (n=83), Russia) and high (Privolzhskiy Federal District, Cheboksary (n=74), Russia, and Vitebsk Region, Vitebsk (n=63), Belarus) suicidal risk. The specifics of death attitudes and fears is found in regions with high suicidal risk: according to ANOVA, Games-Howell post hoc test, medical students from Cheboksary differed from students of other towns. They were lower in Neutral Acceptance of Death ($F=13.13$, $p<0.001$), lower in Fear of Consequences of Death on Personality ($F=6.37$, $p<0.001$), lower in Fear of Consequences of Death on Personal Aspirations ($F=4.95$, $p<0.01$) and lower in Fear of Consequences of Death on Family and Friends ($F=3.27$, $p<0.05$). Medical students from Vitebsk were higher in Fear of Consequences of Death for Body ($F=3.75$, $p<0.05$). The generalized profile of death attitudes in medical students is formulated. In two regions with higher suicidal risk correlation axes of Hardiness were formed: Control and Challenge; in all groups attachment style (anxious and/or avoidant) was important in relation to death attitudes; in three groups out of four Escape Acceptance of Death was a strong negative factor, the height of which associated with low indices of psychological well-being. On the example of Ryazan sample more benign death attitudes is shown in students living independently as distinct from those living in parental family. On the basis of the acquired data the conclusion is made about the necessity of thanatology courses in medical universities.

Keywords: death attitudes, fears of personal death, attachment, medical students.

УДК: 616.89-008

УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Д.Ф. Хритинин, М.А. Сумарокова, А.В. Есин, Д.В. Самохин, Е.П. Щукина

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Хритинин Дмитрий Федорович – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН. Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Телефон: (495) 247-30-88.

Сумарокова Мария Александровна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: младший научный сотрудник НОКЦ «Психическое здоровье» ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

Есин Александр Вячеславович – аспирант кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

Самохин Дмитрий Владимирович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: младший научный сотрудник НОКЦ «Психическое здоровье» ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

Щукина Елена Павловна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: ассистент кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

Целью исследования является изучение влияния семейных отношений в родительской семье и личностных особенностей на суицидальное поведение студентов медицинских ВУЗов для разработки профилактических мероприятий. Обследовано 140 студентов медицинского ВУЗа в возрасте от 18 до 27 лет. Из них 57 человек сообщили о наличии суицидальных мыслей в настоящем или прошлом (40,71%). Причинами этого являлись как личностно-психологические факторы, так и особые социальные условия. У студентов с суицидальными наклонностями были выявлены следующие особенности – мнительность, тревожность, исполнительность, аккуратность, высокая выраженность неуверенности в себе сочетающиеся с эмоциональным «тоскливым»

напряжением, требующим разрядки. Гармоничные семейные отношения способствовали не только формированию личности с развитыми защитными механизмами, но и являлись мощным антисуицидогенным фактором.

Ключевые слова: суицид, молодой возраст, профилактика суицида, семья, студент.

В настоящее время многие авторы отмечают утяжеление психологической ситуации в обществе и увеличение числа лиц с психическими расстройствами, в том числе тех, у которых отмечается суицидальное поведение [1, 2, 3]. Ежегодно в мире более 800000 человек кончают жизнь самоубийством [1].

Уровень суицидов в России, несмотря на отмеченную в последние годы положительную динамику, остается высоким: в 2012 году – 20,8 случаев на 100000 населения [4]. Наибольший из пиков суицидов приходится на возраст 25-29 лет – 11,7 на 100000 населения (2012 г.) [4]. По данным ВОЗ, количество суицидов среди лиц 15-24 лет за последние 15 лет увеличилось вдвое, и ученые продолжают фиксировать тревожное повышение числа самоубийств во всем мире в этой возрастной группе [1]. В 2013 году массив суицидальной смертности молодых лиц в России составил 11,4% [2], при этом реальный уровень от самоубийств может до двух раз превышать отмеченный статистикой [4]. Периоды кризисов оказывают значительное влияние на уровни самоубийств в России [4]. Во многих европейских странах самоубийство молодежи занимает 2-3 место среди причин смерти в этом возрасте [5]. Необходимо отметить, что среди лиц совершивших суицидальные попытки лишь незначительная часть страдает психическими расстройствами [6].

Среди молодых лиц особую подгруппу составляют студенты отечественных ВУЗов. Студентов отличает высокий уровень психических и физических нагрузок, возрастающих в экзаменационную сессию, дефицит времени при повышенных требованиях к решению конфликтных ситуаций [7]. Основными факторами суицидального поведения, характерными для российского студента являются личностно-семейные конфликты, неудачная любовь, оскорбления, состояние здоровья, конфликты, связанные с асоциальным поведением, работой, учебой, материально-бытовые трудности, наркомании и токсикомании [7]. По данным анализа суицидальных попыток молодежи, поводом к суицидальным действиям в большей части является конфликт с родителями: у юношей – 52% от общего количества юношей,

среди девушек – 41% от общего количества девушек. Так или иначе, отношения с родителями играют одну из важных ролей в становлении личности [3]. Отсутствие теплых, эмоциональных связей в семье, отсутствие автономии у ребенка, ригидные установки родителей, потеря индивидуальности, полное растворение в семье могут спровоцировать суицидальную активность [3]. Воспитание в неполной семье в ряде ситуаций может рассматриваться как прогностически просуицидальный фактор. Тем не менее, факт значительного количества суицидальных идей в относительно благополучной группе молодых лиц из полных семей подтверждает мнение, что далеко не каждая полная семья является комфортной средой для благоприятного и гармоничного развития личности ребенка, и простая констатация полноты родительской семьи не служит условием, гарантирующим отсутствие суицидального риска [4]. Роль гармоничного воспитания в профилактике суицидального поведения невозможно переоценить. Неправильное воспитание и неполная семья способствуют возникновению психической дезадаптации, что, в свою очередь, нередко приводит к формированию суицидального поведения у молодых лиц.

Цель исследования: изучение влияния семейных отношений в родительской семье и личностных особенностей на суицидальное поведение студентов медицинских ВУЗов для разработки профилактических мероприятий.

Материалы и методы.

Обследовано 140 студентов медицинского ВУЗа. Средний возраст обследованных составил $21,94 \pm 1,14$ лет, из них 74,1% девушек и 25,9% юношей.

Критериями включения стали информированное согласие, обучение в медицинском ВУЗе, возраст от 18 до 27 лет.

Критериями исключения являлись выраженное органическое поражение ЦНС, наличие тяжелой соматической патологии.

Нами использовались следующие методы: клинико - психопатологический, клинико - катamnестический, динамического наблюдения, стандартизированного изучения психопатологических данных (опросники СМИЛ, SF-36,

ГТР-7), статистический, проводилась клиническая оценка личностных особенностей обследованных.

Семейное положение обследованных: с родителями проживало 64,3% студентов, 13,6% проживали с молодым человеком / девушкой или с супругами, 22,1% жили одни. 80,7% молодых людей не состояло в браке, 8,6% были разведены, 10,7% состояли в официальном браке. У 6,4% обследованных были дети (один ребенок).

Из обследованных 57 человек сообщили о наличии суицидальных мыслей в настоящем или прошлом (40,71%).

В соответствии с этими данными выделены 2 группы: в первую вошли студенты испытывающие и/или испытывавшие суицидальные мысли (n=57), в контрольную группу отнесены обследованные, никогда не выявлявшие у себя суицидальных мыслей (n=83). В обеих группах преобладали девушки. Основные социально-демографические показатели представлены в табл. 1.

Таблица 1

Основные социально-демографические показатели в исследованных группах

Параметры	Группа 1 (выявлены суицидальные мысли)	Группа 2 (контрольная)
Численность	57	83
Юноши	40,4%	20,5%
Девушки	59,6%	79,5%
Средний возраст	22,03±1,02	21,91±1,13

Результаты и их обсуждение.

Студенты с суицидальным поведением в 1,5 раза чаще состояли в браке, чем лица контрольной группы – 14,0% и 8,4% соответственно (табл. 2). Разводы выявлены только в первой группе обследованных – 21,1%. Это может свидетельствовать о важности в изучаемом возрасте семейных отношений, формировании собственной семьи, а неудачи в этой сфере могут приводить к возникновению суицидальных мыслей. Суицидальные мысли так же чаще встречались у пациентов с детьми, что отличает наши данные от приводимых в литературе. В них, напротив, показано выраженное антисуицидальное действие наличия супругов и детей. Причинами таких различий могут быть как личностно-психологические особенности студентов медицинского ВУЗа, так и особые

социальные условия в которых обучаются студенты – более высокая учебная нагрузка, более высокий уровень стресса (взаимодействие с больными людьми, танатосом), часто встречающиеся материальные трудности и другие.

Так же студенты из первой группы чаще проживали отдельно от родителей. В этом случае мы можем предположить следующие суицидальные факторы – уменьшение поддержки от семьи или её отсутствие в связи с конфликтом, вызвавшим отдельное проживание (табл. 2).

Таблица 2

Семейный статус и условия проживания исследуемых лиц, в %

Параметры	Группа 1 (n=57)	Группа 2 (n=83)
Семейный статус		
Не состоят и не состояли в браке	64,9%	91,6%
Женаты/замужем	14,0%	8,4%
Разведены	21,1%	0,0
Дети	12,3%	2,4%
Проживание		
С родителями	49,1%	74,7%
Своя семья (официальный или гражданский брак)	19,3%	9,6%
Один/одна	31,6%	15,7%

Результаты теста СМИЛ показали, что в первой группе значения шкал 1, 4 и 7 были достоверно выше (табл. 3).

Таким образом, у студентов с суицидальными наклонностями по сравнению с контрольной группой были выявлены следующие особенности: мнительность, тревожность, исполнительность, аккуратность, высокая выраженность неуверенности в себе, сочетающиеся с эмоциональным «тоскливым» напряжением, требующим разрядки. Уровень тревоги по опроснику ГТР был достоверно выше в первой группе, что совпадает с данными, полученными по опроснику СМИЛ. В исследуемой группе уровень тревоги составил 6,78±0,49, в контрольной – 4,39±0,26 баллов.

При исследовании наследственной отягощенности психическими заболеваниями, образования и социального статуса родителей, а также материального положения семьи статистически достоверных различий между группами обнаружено не было. Возможно, это связано с особенностями выборки.

Личностные особенности обследованных студентов (тест СМИЛ)

Шкала	Группа 1 (n=57)	Группа 2 (n=83)	P
1 – сверхконтроль, ипохондрия	67,27±2,42	52,59±1,89	0,03
2 – депрессия	58,36±2,29	58,80±1,82	0,40
3 – истерия	58,00±2,46	56,78±1,91	0,07
4 – психопатия	71,99±2,01	57,39±1,67	0,04
5 – маскулинность / феминность	66,09±2,20	64,03±1,77	0,07
6 – паранойя	60,36±2,22	56,76±1,75	0,13
7 – психоастения	65,18±2,38	53,67±1,84	0,01
8 – шизофрения	57,45±2,10	58,73±1,70	0,17
9 – гипомания	57,64±3,07	55,05±2,22	0,26
10 – социальная интроверсия	47,20±2,71	51,09±1,60	0,22

Изучена субъективная оценка отношений в родительской семье. Использовалась субъективная трехбалльная шкала, где 1 балл – хорошие отношения, 2 – плохие, а 3 – совсем плохие. В первой группе очень плохие семейные отношения встречались в каждой пятой семье – 21,1% (группа 2 – 0%), хорошие лишь в 70,1% случаев (группа 2 – 91,6%).

Подробнее исследовано влияние семейных отношений на личностные особенности, способствовавшие появлению суицидальных тенденций. Далее приведены показатели, по которым выявлены статистически достоверные ($p < 0,05$) различия. При изучении влияния на первую шкалу СМИЛ (сверхконтроль, ипохондрия) выявлено, что при хороших отношениях в семье средний балл составил 47,00±7,51, при очень плохих – 68,00±2,21. По шкале 4 обнаружены следующие особенности: средний балл при хороших отношениях – 55,00±9,29, при очень плохих – 79,00±6,57. Шкала 7: при хороших отношениях – 59,83±2,66, при плохих – 68,00±5,12. Таким образом, можно предположить, что проблемы в семейных отношениях приводили к формированию личностных черт, снижающих активность антисуицидальных барьеров.

Психотравмирующие ситуации в семье статистически достоверно чаще встречались в первой группе (табл. 4).

Среди психотравмирующих ситуаций наибольшей была доля частых ссор. Они встречались в 4,6 раз чаще в первой группе,

чем во второй. Эти данные подтверждают вышеприведенные результаты, так как конфликтные отношения в семье определяют формирование патологических паттернов поведения у молодых лиц. Эти паттерны могут закрепляться при последующих семейных ссорах, проблемах в социальных взаимодействиях и отсутствии адекватной поддержки со стороны семьи и близких.

По данным исследования, у студентов частые ссоры вели к повышенной импульсивности, нарушению самоконтроля. По шкале 4 СМИЛ обнаружены достоверные различия: среди студентов с гармоничными отношениями в семье средний балл составил 58,12±3,22, у студентов, сообщивших о частых ссорах – 74,86±2,97 ($p = 0,03$).

Таблица 4

Психотравмирующая ситуация в семье, в %

Группа	Психотравмирующая ситуация			
	не выявлено	частые ссоры	неполная семья	приход отчима / мачехи
1 (n=57)	29,8	61,4	5,3	3,5
2 (n=83)	83,1	13,3	3,6	0

Изучены особенности воспитания в родительских семьях. Было установлено, что среди лиц с суицидальным поведением (группа 1) доминировали (66,7%) дисгармоничные условия воспитания. Это значительно отличало по-

казатели группы 2, где, напротив, психологический климат и отношения в родительской семье к исследуемым носили здоровый, гармоничный характер (79,5%).

Студенты с гармоничным и дисгармоничным воспитанием значительно отличались и по личностным характеристикам, что было объективно отражено в показателях шкал ипохондрии, депрессии, истерии, паранойи, шизоидности и гипомании. Наиболее значимыми были отличия по шкале ипохондрии – $55,08 \pm 2,30$ баллов при гармоничном воспитании и $84,98 \pm 5,98$ при дисгармоничном воспитании ($p=0,006$). Для шкалы психопатии значения составили $60,83 \pm 2,76$ и $88,00 \pm 4,57$ баллов соответственно ($p=0,002$), для шкалы психоастении – $58,00 \pm 3,41$ и $84,00 \pm 2,83$ ($p=0,049$).

Обобщая полученные в работе данные можно сформулировать следующие заключение: у 40,71% студентов медицинского ВУЗа в

настоящем или прошлом выявлялись суицидальные мысли. Студентов с суицидальными наклонностями по сравнению с контрольной группой отличают – мнительность, тревожность, исполнительность, аккуратность, высокая выраженность неуверенности в себе, сочетающиеся с эмоциональным «тоскливым» напряжением, требующим разрядки.

В формировании личностных характеристик большое значение имеют отношения в родительской семье и условия воспитания. Особенно выражено их влияние на такие личностные черты как тревожность, мнительность, неуверенность в себе, склонность к навязчивым мыслям, импульсивность, выраженная конфликтность. Такие особенности усложняют разрешение кризисных ситуаций, снижая порог возникновения суицидальных идей. В целом, полученные данные указывают направления превентивной и коррекционной работы.

Литература:

1. Самоубийство // Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения, апрель 2016 г.
2. Антонова А.А., Бачило Е.В., Барыльник Ю.Б. Факторы риска развития суицидального поведения (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Том 8, № 2. – С. 403-409.
3. Семенова Е.А. Выявление и профилактика суицидальных тенденций в рамках нервно-психических расстройств у студентов-медиков при сравнительном анализе с ведущими вузами // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2014. – № 38. – С. 32-40.
4. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любовь Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект // Суицидология. – 2014. – Том 5, №1 (14). – С. 3–11.
5. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики. – СПб: Военно-медицинская академия, 2007. – 528 с.
6. Амбрумова А.Г. Теоретико-методологические и организационные проблемы суицидологической превенции // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. – М., 1984. – С. 8-26.
7. Меденцева Т.А., Лукашук А.В., и соавт. Неполная родительская семья: влияние на аутоагрессивные и личностно-психологические особенности девушек, воспитанных в них // Наука молодых. – 2016. – № 1. – С. 83-88.

References:

1. Samoubijstvo // Informacionnyj bjulleten' Vsemirnoj organizacii zdavoohranenija, aprel' 2016 g. (In Russ)
2. Antonova A.A., Bachilo E.V., Baryl'nik Ju.B. Faktory riska razvitija suicidal'nogo povedenija (obzor) // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. – 2012. – Tom 8, № 2. – S. 403-409. (In Russ)
3. Semenova E.A. Vyjavlenie i profilaktika suicidal'nyh tendencij v ramkah nervno-psihicheskikh rasstrojstv u studentov-medikov pri sravnitel'nom analize s vedushhimi vuzami // Lichnost', sem'ja i obshhestvo: voprosy pedagogiki i psihologii. – 2014. – № 38. – S. 32-40. (In Russ)
4. Morev M.V., Shmatova J.E., Lyubov E.B. Dynamics of suicide mortality in Russia: the Regional level // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, №1 (14). – P. 3–11. (In Russ)
5. Nechiporenko V.V., Shamrej V.K. Suicidologija: voprosy kliniki, diagnostiki i profilaktiki. – SPb: Voенno-medicinskaja akademija, 2007. – 528 s. (In Russ)
6. Ambrumova A.G. Teoretiko-metodologicheskie i organizacionnye problemy suicidologicheskoy превенции // Problemy profilaktiki i reabilitacii v suicidologii. – M., 1984. – S. 8-26. (In Russ)
7. Medenceva T.A., Lukashuk A.V., i soavt. Nepolnaja roditel'skaja sem'ja: vlijanie na autoagressivnye i lichnostno-psihologicheskie osobennosti devushek, vospitannyh v nih // Nauka molodyh. – 2016. – № 1. – S. 83-88. (In Russ)

CONDITIONS OF SUICIDAL BEHAVIOR FORMATION AMONG MEDICAL COLLEGE STUDENTS

D.F. Chritinin, M.A. Sumarokova, A.V. Esin, D.V. Samokhin, E.P. Shchukina

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

The aim of the study is to investigate the influence of relationships in the parental family and personal characteristics of medical students on their suicidal behavior in order to develop prevention activities. The study involved 140 medical college students aged 18 to 27 years old. Of these, 57 people reported having suicidal thoughts in the present or the past (40.71%). The reasons for such features can be both personal and psychological characteristics and specific social conditions. The students with suicidal tendencies demonstrated the following features - suspiciousness, anxiety, diligence, punctuality, high expression of lack of confidence combined with an emotional "dreary" stress requiring discharge. Harmonious family relations not only contributed to the development of protective mechanisms in individual, but also were a potent antisuicidal factor.

Keywords: suicide, young age, suicide prevention, family, student.

УДК: 616.89-008

**СУИЦИДЫ И СМЕРТНОСТЬ ОТ РАКА В РОССИИ:
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРЕНДОВ**

Ю.Е. Разводовский, П.Б. Зотов

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь
ГАУЗ ТО Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город», г. Тюмень, Россия

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, e-mail: razvodovsky@tut.by

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий ОПП и РБ ГАУЗ ТО Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город». Адрес: Россия, 625041, г. Тюмень, ул. Барнаульская, д. 32. Телефон: (3452) 270-552

Проведен сравнительный анализ динамики половых коэффициентов самоубийств и смертности от различных видов злокачественных новообразований в России в период с 1956 по 2005 годы. Показано наличие положительной связи между динамикой уровня суицидов и динамикой уровня смертности от всех видов рака у мужчин, кроме рака тонкого кишечника и рака предстательной железы. У женщин имеет место положительная корреляция между динамикой уровня суицидов и динамикой уровня смертности от всех видов рака. Существование связи между суицидами и смертностью от рака на популяционном уровне косвенно свидетельствуют в пользу гипотезы, рассматривающей смертность от рака в качестве индикатора социальной дезинтеграции.

Ключевые слова: суициды, рак, смертность, Россия.

Рак и суициды имеют некоторые общие психологические и физиологические корреляты. Как самоубийства, так и злокачественные новообразования ассоциируются со стрессом и такими негативными эмоциями как страх, депрессия, злость [1-5]. В частности было установлено, что депрессивные люди имеют в 2,3 раза более высокий риск умереть от рака по сравнению с нормотимиками [6]. Данные литературы свидетельствуют о наличии взаимосвязи между психотравмирующими событиями жизни и развитием некоторых видов рака. Так, с помощью специально разработанного опрос-

ника было установлено, что женщины, страдавшие раком молочной железы, по сравнению с контролем в 11,6 раза больше испытывали стрессовых событий в течение 5 лет предшествовавших выявлению рака [6]. Было также показано, что неблагоприятные события жизни повышают риск рецидива рака молочной железы в 5,7 раза [7].

Существует несколько биологических механизмов, посредством которых стресс может повышать риск развития злокачественных новообразований. Хронический стресс сопровождается повышением уровня кортизола, ко-

торый является супрессором иммунной системы и приводит к атрофии лимфоидной ткани, снижению гуморального и клеточного иммунитета [3, 6]. Кроме того, многие виды рака, такие, например, как рак молочной железы, яичников, простаты, являются гормонально зависимыми. Хронический стресс нарушает гормональный статус и повышает риск канцерогенеза [8]. Таким образом, психосоциальный дистресс и депрессия могут являться этиологическими факторами суицидального поведения и развития злокачественных новообразований. Одним из аспектов связи самоубийств и смертности от злокачественных заболеваний является суицидальная активность больных раком [9]. Согласно данным ряда зарубежных авторов риск самоубийства онкологических пациентов в 2-4 раза выше, чем у здоровых лиц того же возраста [2, 3, 10]. Доля больных, совершивших суицидальные попытки в течение всего периода наблюдения по поводу онкологического заболевания, может достигать 0,32% [1, 11].

Наличие общих коррелятов у смертности в результате самоубийств и злокачественных новообразований является хорошей предпосылкой присутствия положительной связи между этими переменными на популяционном уровне. В самом деле, положительная корреляционная связь между уровнем суицидов и уровнем смертности от рака была установлена в 37 странах Европы [8]. Причем эта связь была более выражена для стран Восточной Европы ($r=0,85$; $p<0,001$), нежели для стран Западной Европы ($r=0,42$; $p<0,05$). В другой работе было показано существование положительной связи между раком и суицидами в Украине ($r=0,86$; $p<0,001$), и отсутствие такой связи в США ($r= - 0,37$; $p<0,01$) [12]. На основании этих данных была предложена гипотеза, согласно которой смертность от рака, также как и суициды может являться индикатором социальной дезинтеграции. Однако в более позднем анализе временных серий было показано отсутствие связи между уровнем смертности от злокачественных новообразований и уровнем суицидов в Беларуси, что противоречит гипотезе социальной дезинтеграции [13].

Учитывая неоднозначность результатов предыдущих исследований, целью настоящей работы был сравнительный анализ динамики половых коэффициентов самоубийств и смертности от различных видов злокаче-

ственных новообразований в России в период с 1956 по 2005 годы.

Материалы и методы исследования.

Половые коэффициенты смертности от злокачественных новообразований и самоубийств основаны на данных Росстата. Сравнительный анализ трендов производился с помощью анализа парных корреляций Спирмана [14]. Поскольку временные ряды, как правило, имеют выраженный линейный тренд, сравнительный анализ двух «сырых» временных серий может дать ложную корреляцию. В этой связи прикладной анализ временного ряда предполагает исключение из него тренда и других закономерных составляющих, для того чтобы остатки не отличались от процесса "белого шума". Процесс удаления детерминированной составляющей временного ряда называется "выбеливанием". Для оценки и удаления тренда из временного ряда обычно используется метод простых разностных операторов. Суть метода заключается в переходе от исходного ряда к ряду разностей соседних значений ряда (дифференцирование). Этот метод сведения временного ряда к стационарному виду является частным случаем общего метода, предложенного Боксом и Дженкинсом и получившим название АРПСС (авторегрессии – проинтегрированного скользящего среднего) [15]. После приведения временного ряда к стационарному виду, оценивается кросс-корреляция между «выбеленными» временными сериями.

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

Результаты и их обсуждение.

Корреляционный анализ Спирмана свидетельствует о наличии статистически значимой связи между динамикой уровня суицидов и динамикой уровня смертности от всех видов рака, кроме рака пищевода, желудка, тонкого кишечника у мужчин (табл. 1). У женщин статистически значимая положительная связь имеет место между динамикой уровня суицидов и динамикой уровня смертности от рака прямой кишки, костей, а также рака молочной железы.

Положительная корреляция между динамикой суицидов и смертности от рака, обнаруженная с помощью анализа парных корреляций по Спирману, не предполагает причинно-следственных взаимоотношений между ними, поскольку эти переменные независимы по отношению друг к другу.

Связь между суицидами и смертностью от рака. Результаты корреляционного анализа Спирмана и кросс-корреляционного анализа «выбеленных» временных серий

Локализация	Корреляционный анализ Спирмана				Кросс-корреляционный анализ			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	r	p	r	p	r	s.e.	r	s.e.
C00-14 рак губы, полости рта и глотки	0,71	0,000	0,14	0,312	0,24	0,14	0,25	0,14
C15 рак пищевода	-0,75	0,000	-0,37	0,008	0,04	0,14	0,24	0,14
C16 рак желудка	-0,70	0,000	-0,37	0,008	0,11	0,14	0,20	0,14
C17 рак тонкого кишечника	-0,65	0,000	-0,40	0,008	-0,13	0,14	0,13	0,14
C18 рак толстого кишечника	0,60	0,000	0,14	0,345	0,02	0,14	0,17	0,14
C19 рак прямой кишки	0,71	0,000	0,40	0,004	0,26	0,14	0,41	0,14
C32 рак гортани	0,63	0,000	-0,22	0,132	0,30	0,14	0,20	0,14
C33-C34 рак трахеи, бронхов, легких	0,55	0,000	0,06	0,659	0,14	0,14	0,30	0,14
C40 рак костей	0,59	0,000	0,51	0,000	0,17	0,14	0,61	0,14
C43 рак кожи	0,71	0,000	0,22	0,133	0,16	0,14	0,13	0,14
C50 рак молочной железы	-		0,38	0,007	-	0,14	0,21	0,14
C53 рак шейки матки	-		-0,31	0,030	-	0,14	0,32	0,14
C54 рак матки	-	0,000	-0,68	0,000		0,14	0,18	0,14
C61 рак предстательной железы	0,69	0,000	-	-	0,03	0,14	-	0,14
C64-68 рак мочевых органов	0,69	0,000	-0,21	0,143	0,25	0,14	0,21	0,14
C91-96 лейкемия	0,52	0,000	0,23	0,110	0,12	0,14	0,46	0,14

Следовательно, в данном случае речь может идти о совпадающих тенденциях, общий тренд которых обусловлен влиянием каких-то внешних факторов.

Анализ графических данных показал, что изучаемые временные ряды не являются стационарными, поскольку имеют выраженный тренд. С помощью процедуры дифференцирования этот тренд был устранен, благодаря чему временные ряды были приведены к стационарному виду.

Кросс-корреляционный анализ «выбеленных» временных серий показал наличие положительной связи между динамикой уровня суицидов и динамикой уровня смертности от всех видов рака у мужчин, кроме рака тонкого кишечника и рака предстательной железы. Вместе с тем, статистически значимой является только корреляция между суицидами и раком гортани, в то время как между суицидами и раком губ, полости рта и глотки, раком прямой кишки и раком мочевых органов находится на

границе статистической значимости. У женщин имеет место положительная корреляция между динамикой уровня суицидов и динамикой уровня смертности от всех видов рака, однако статистически значима она для рака прямой кишки, рака трахеи, бронхов, легких, рака шейки матки, рака костей и лейкемии.

Присутствие связи между трендами суицидов и смертности от отдельных видов рака согласуется с результатами предыдущих исследований, установивших связь между суицидом и раком на популяционном уровне. Учитывая, что суицидальная активность пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, занимает относительно небольшой удельный вес в структуре суицидов, полученные данные косвенно свидетельствуют в пользу гипотезы, рассматривающей смертность от рака в качестве индикатора социальной дезинтеграции.

Вместе с тем, некоторые данные, полученные в ходе настоящего исследования, не укладываются в рамки гипотезы социальной дезин-

теграции. В частности, остается не совсем понятным, почему связь между суицидами и смертностью от злокачественных новообразований существует только для отдельных видов рака. Кроме того, отдельной интерпретации требуют гендерные различия связи между суицидами и раком на популяционном уровне. В частности, более тесная связь между этими показателями среди женщин противоречит существующим представлениям относительно того, что женщины менее подвержены негативным эффектам психосоциального дистресса, чем мужчины.

В этой связи уместным будет отметить, что суицид в большей степени является психосоциальным феноменом и индикатором уровня социальной дезинтеграции. Это положение подтверждается динамикой уровня суицидов в рассматриваемый период, которая характеризовалась резкими колебаниями, обусловленными различными социальными преобразованиями. Злокачественные новообразования с

точки зрения биопсихосоциальной модели в большей степени являются биологическим феноменом и, следовательно, уровень смертности по данной причине будет в большей степени подвержен влиянию внешних физических факторов, таких, например, как степень загрязнения окружающей среды, доступность и качество медицинской помощи, пищевой статус и др. Кроме того, канцерогенезу в большей степени свойственен латентный период, то есть, рак развивается через некоторое время после воздействия неблагоприятного фактора.

Таким образом, наличие связи между суицидами и смертностью от некоторых видов рака на популяционном уровне косвенно свидетельствуют в пользу гипотезы, рассматривающей смертность от рака в качестве индикатора социальной дезинтеграции. Неоднозначность полученных в ходе настоящего исследования данных обуславливает необходимость дальнейшего изучения данного вопроса.

Литература:

1. Allebeck P., Bolund C. Suicides and suicide attempts in cancer patients // *Psychol. Med.* – 1991, Nov. – Vol. 21, № 4. – P. 979-984.
2. Chatton-Reith J., el May H., Raymond L. The risk of suicide in cancer patients derived a cancer registry // *Rev. Epidemiol. Sante Publique.* – 1990. – Vol. 38, № 2. – P. 125-131.
3. Labisi O. Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients // *J. Psychosoc. Oncil.* – 2006. – Vol. 24, № 1. – P. 43-50.
4. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rate in Belarus // *Psychiatr. Danub.* – 2006. – Vol. 18 (Suppl. 1). – P. 64.
5. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): Дисс... докт. мед. наук / ГУ "НИИ ПЗ Томского НЦ СОРАМН. – Томск, 2005.
6. Chen C.C., David A.S., Nunnerley H. Mitchel D., Dawson J.L., Berry H., et al. Adverse life events and breast cancer: a case control study // *BMJ.* – 1999. – Vol. 311. – P. 1527-1530.
7. Ramirez A.J., Craig T.K.J., Watson J.P. et al. Stress and relapse of breast cancer // *BMJ.* – 1989. – № 298. – P. 291-293.
8. Kondrichin S.V., Lester D. Cancer and suicide // *Perceptual and Motor Skills.* – 2001. – Vol. 92. – P. 468.
9. Зыков В.В., Мальцев А.Е. Значение соматических заболеваний в возникновении суицидального поведения // *Тюменский медицинский журнал.* – 2013. – Том 15, № 3. – С. 5-6.

Транслитерация:

1. Allebeck P., Bolund C. Suicides and suicide attempts in cancer patients // *Psychol. Med.* – 1991, Nov. – Vol. 21, № 4. – P. 979-984.
2. Chatton-Reith J., el May H., Raymond L. The risk of suicide in cancer patients derived a cancer registry // *Rev. Epidemiol. Sante Publique.* – 1990. – Vol. 38, № 2. – P. 125-131.
3. Labisi O. Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients // *J. Psychosoc. Oncil.* – 2006. – Vol. 24, № 1. – P. 43-50.
4. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rate in Belarus // *Psychiatr. Danub.* – 2006. – Vol. 18 (Suppl. 1). – P. 64.
5. Zotov P.B. Suicidal behaviour in patients with advanced cancer (etiology, pathogenesis, clinical forms, optimization of palliative care): Diss... dokt. med. nauk / GU "NII PZ Tomskogo NC SORAMN. – Tomsk, 2005. (In Russ)
6. Chen C.C., David A.S., Nunnerley H. Mitchel D., Dawson J.L., Berry H., et al. Adverse life events and breast cancer: a case control study // *BMJ.* – 1999. – Vol. 311. – P. 1527-1530.
7. Ramirez A.J., Craig T.K.J., Watson J.P. et al. Stress and relapse of breast cancer // *BMJ.* – 1989. – № 298. – P. 291-293.
8. Kondrichin S.V., Lester D. Cancer and suicide // *Perceptual and Motor Skills.* – 2001. – Vol. 92. – P. 468.
9. Zykov V.V., Maltsev A.E. The role somatical diseases in the occurrence of suicidal behavior // *Tyumen Medical Journal.* – 2013. – Vol. 15, № 3. – P. 5-6. (In Russ)

10. Cimino J. The risk of suicide in cancer patients // 21st Europ. Soc. for Med. Onc. Cong / Nov. 2-5, 1996, Vienna, Austria.
11. Foley K.M. The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide // Oncology overview. – 1993. – Vol. 1. – P. 89.
12. Kondrichin S.V., Lester D. Correlates of regional suicide and cancer mortality rates. Perceptual and Motor Skills. – 2001. – Vol. 93. – P. 338.
13. Разводовский Ю.Е. Суициды и смертность от рака в Беларуси // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 6. – С. 60-62.
14. Фигурнов В.Э. Анализ данных на компьютере. – Москва: ИНФРА-М, 2003. 454 с.
15. Box G.E.P., Jenkins G.M. Time series analysis: forecasting and control. – London. Holden-Day Inc, 1976.
10. Cimino J. The risk of suicide in cancer patients // 21st Europ. Soc. for Med. Onc. Cong / Nov. 2-5, 1996, Vienna, Austria.
11. Foley K.M. The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide // Oncology overview. – 1993. – Vol. 1. – P. 89.
12. Kondrichin S.V., Lester D. Correlates of regional suicide and cancer mortality rates. Perceptual and Motor Skills. – 2001. – Vol. 93. – P. 338.
13. Razvodovskij Ju.E. Cuicidy i smertnost' ot raka v Belarusi // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2007. – № 6. – S. 60-62. (In Russ)
14. Figurnov V.Je. Analiz dannyh na komp'yutere. – Moskva: INFRA-M, 2003. 454 s. (In Russ)
15. Box G.E.P., Jenkins G.M. Time series analysis: forecasting and control. –London. Holden-Day Inc, 1976.

SUICIDES CANCER MORTALITY IN RUSSIA: A COMPARATIVE ANALYSIS OF TRENDS

Y.E. Razvodovsky, P.B. Zotov

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Medical center "Medical city", Tyumen, Russia

A comparative analysis of trends in sex-specific coefficients of different types of cancer in Russia between 1956 and 2005 was performed. A positive relationship between trends in suicides and all types of cancer in men aside the cancer of small intestine and prostate cancer was established. A positive relationship between trends in suicides and all types of cancer also exists in women. The positive association between suicides and cancer mortality at the population level support the hypothesis that cancer mortality can be considered as an indicator of social disintegration.

Keywords: suicides, cancer, mortality, Russia.

УДК 616.89-008.441.44

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ПРИЧИНЕ САМОУБИЙСТВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

А.В. Сахаров, Н.В. Говорин, О.П. Ступина, Т.Г. Колчанова

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Чита, Россия
ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского», г. Чита, Россия

Контактная информация:

Сахаров Анатолий Васильевич – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. Адрес: 672090, г. Чита, ул. Горького, д. 39-а, Телефон: (3022) 32-00-85. Электронный адрес: sawt@list.ru

Говорин Николай Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ. Место работы и должность: депутат Государственной Думы Российской Федерации. Адрес: 103265, г. Москва, ул. Охотный ряд, д. 1. Электронный адрес: Govorin-Nik@yandex.ru

Ступина Ольга Петровна – доктор медицинских наук. Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный психиатр Министерства здравоохранения Забайкальского края. Адрес: 672090, г. Чита, ул. Горького, 39-а. Главный врач ГКУЗ «Краевая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского». Адрес: 672042, г. Чита, пр-д Окружной, д. 3, к. 10. Телефон: (3022) 37-73-27. Электронный адрес: glstupina@yandex.ru

Колчанова Татьяна Геннадьевна – главный внештатный психотерапевт Министерства здравоохранения Забайкальского края, заведующая отделением «Телефон Доверия» ГКУЗ «Краевая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского». Адрес: 672042, г. Чита, пр-д Окружной, д. 3, к. 10. Телефон: (3022) 37-73-27. Электронный адрес: kcspp@mail.ru

Целью работы стало определение эпидемиологических характеристик и современных тенденций смертности населения Забайкальского края по причине самоубийств. В статье содержится анализ данных Государственной статистики за период с 1995 по 2015 гг. Установлено, что в Забайкальском крае, по-прежнему, сохраняется напряженная ситуация со смертностью населения по причине самоубийств: смертность от суицидов является сверхвысокой (50,1 на 100 тыс. населения в 2015 году) и превышает аналогичные показатели по Российской Федерации и Сибирскому Федеральному округу в 2,9 и 2,0 раза соответственно. Наиболее высокая распространенность завершённых суицидов зарегистрирована среди мужчин (86,6 на 100 тыс.), лиц трудоспособного возраста (73,1 на 100 тыс.) и подростков (63,4 на 100 тыс.), жителей сельской местности (74,9 на 100 тыс.).

Представлены современные тенденции развития помощи населению Забайкальского края при кризисных состояниях и суицидальном поведении.

Ключевые слова: смертность, суицидальное поведение, самоубийство.

В последние два десятилетия в России наблюдается отчетливое снижение смертности населения от самоубийств – количество умерших по этой причине сократилось в 2,4 раза. В 2015 г. погибло от суицидов 24982 человека, показатель составил 17,1 на 100 тыс. жителей. Ещё 20 лет назад он был выше 40,0 на 100 тыс. человек населения (1995 г. – 41,4) [1, 2].

Несмотря на явную положительную динамику, самоубийства по числу уносимых жизней, по-прежнему, стоят на первом месте в структуре насильственной смертности. Кроме того, сохраняются запредельные региональные различия по распространенности смертности от суицидов в нашей стране. Ранее разница между показателями в субъектах достигала 130-150 раз, в 2015 году она составила 90 раз (от 0,6 на 100 тыс. в Чеченской Республике до 54,1 на 100 тыс. человек в Республике Алтай) [2, 3].

Забайкальский край традиционно входил в число регионов России со сверхвысокой смертностью по причине самоубийств, оставаясь в последние десятилетия в пятерке «лидеров» по этому негативному показателю [4]. Все это определяет необходимость постоянного мониторинга ситуации в Крае, продолжения изучения основных факторов, влияющих на величину самоубийств; а также развитие и совершенствование оказания помощи при кризисных состояниях.

Цель работы: определить эпидемиологические характеристики и современные тенденции смертности населения Забайкальского края по причине самоубийств.

Материалы и методы.

Были проанализированы данные, полученные при работе с архивными документами Территориального органа Федеральной службы Государственной статистики по Забайкальскому краю (за период с 1995 по 2015 гг.).

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение.

Забайкальский край на протяжении последних двух десятилетий входит в группу регионов Российской Федерации с высокой смертностью населения по причине самоубийств. В 2015 г. в Крае было зарегистрировано 544 самоубийства, показатель составил 50,1 на 100 тыс. человек населения (второе место в стране). Смертность от суицидов в структуре умерших от внешних причин в субъекте составила в 2015 г. 26,7%, опережая, таким образом, все другие причины смертности.

С 2002 г. в регионе наблюдалась отчетливая положительная динамика – число завершённых суицидов сократилось в 2,0 раза, но в 2015 г. их количество вновь увеличилось на 5,0%.

Показатель распространенности самоубийств в Забайкалье в 2015 году в 2,9 раза выше общероссийского, и в 2,0 раза выше, чем в Сибирском Федеральном округе. Такое соотношение показателей сохраняется на протяжении всех двадцати последних лет.

Стоит отметить, что в Забайкальском крае (ранее – Читинская область) и в 80-90-е годы прошлого века показатель смертности от суицидов был выше 40,0 на 100 тыс. человек населения, ниже этой отметки он опускался только в период антиалкогольной кампании. Максимальными показателями стали с 1993 г., самое большое число самоубийств было зарегистрировано в 2002 г. – 1076 случаев; показатель 93,4 на 100 тыс. человек населения.

В последующие годы наблюдалось снижение смертности от суицидов среди населения Забайкалья, что связано как с общероссийскими тенденциями, так и с развитием помощи лицам с кризисными состояниями и внедрением комплекса профилактических мероприятий на территории края.

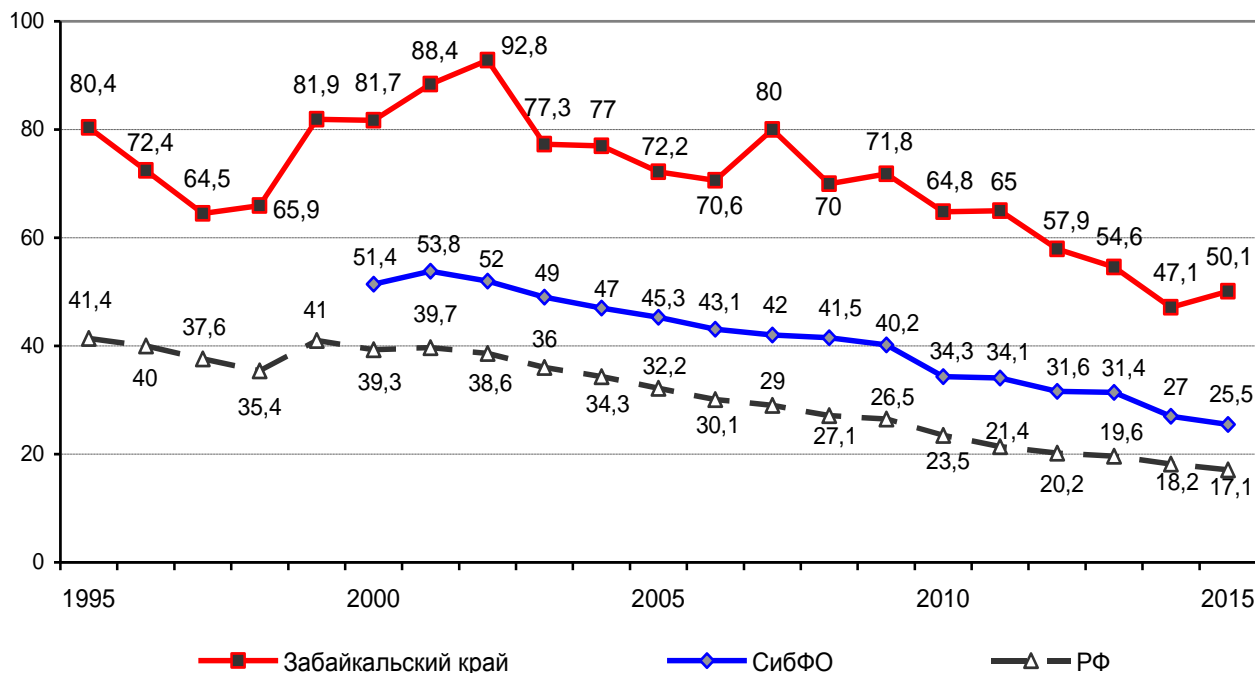


Рис. 1. Смертность по причине самоубийств в Забайкальском крае, СибФО и РФ (на 100 тыс. населения).

Динамика показателей смертности по причине самоубийств в Забайкальском крае, Сибирском Федеральном округе (СибФО) и Российской Федерации представлена на рисунок 1.

Среди умерших от суицидов закономерно преобладают мужчины. Так в 2015 году в Забайкальском крае «мужских» самоубийств было 82,7%, «женских» – 17,3% (соотношение 4,8 : 1). Показатель смертности от самоубийств в мужской популяции населения региона в 5,2

раза выше, чем в женской (86,6 и 16,6 на 100 тыс. населения соответствующего пола в 2015 году). Стоит отметить, что с 2002 года показатель, как среди мужчин, так и среди женщин равномерно снизился более чем на 40,0% (рис. 2). В свою очередь, гендерное соотношение зависит от места проживания: так в 2015 году в городской местности оно составило 3,9 : 1 в пользу мужчин, в сельских поселениях – уже 6,1 : 1.

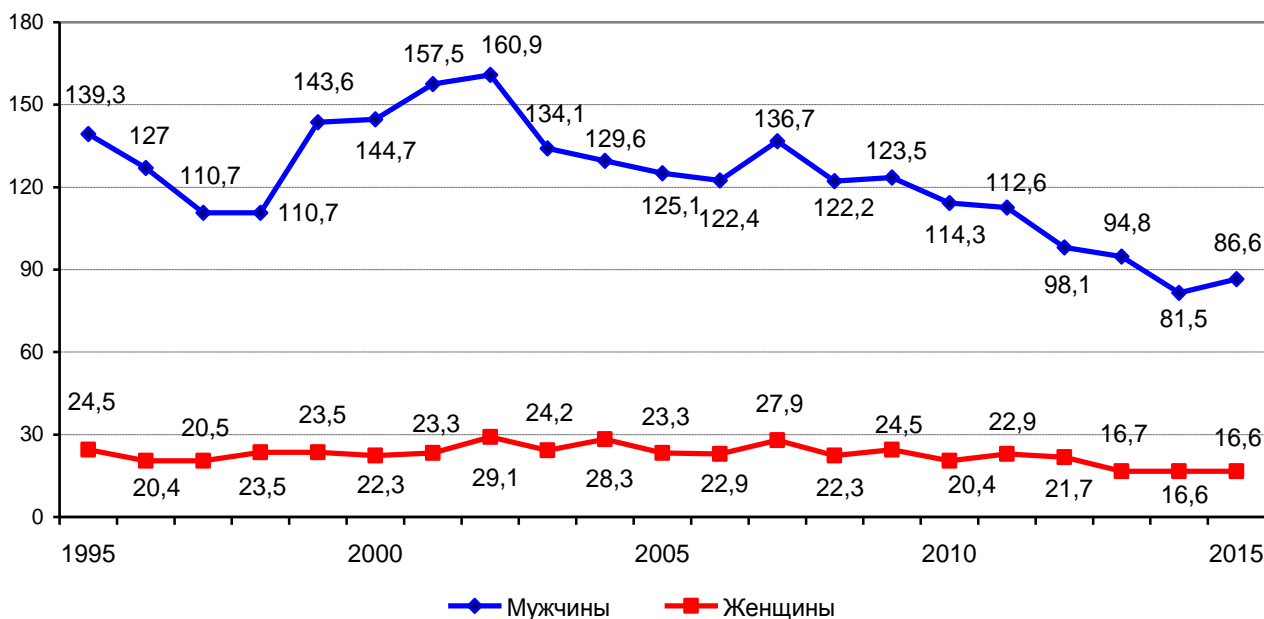


Рис. 2. Смертность по причине самоубийств среди мужчин и женщин Забайкальского края (на 100 тыс. человек населения соответствующего пола).

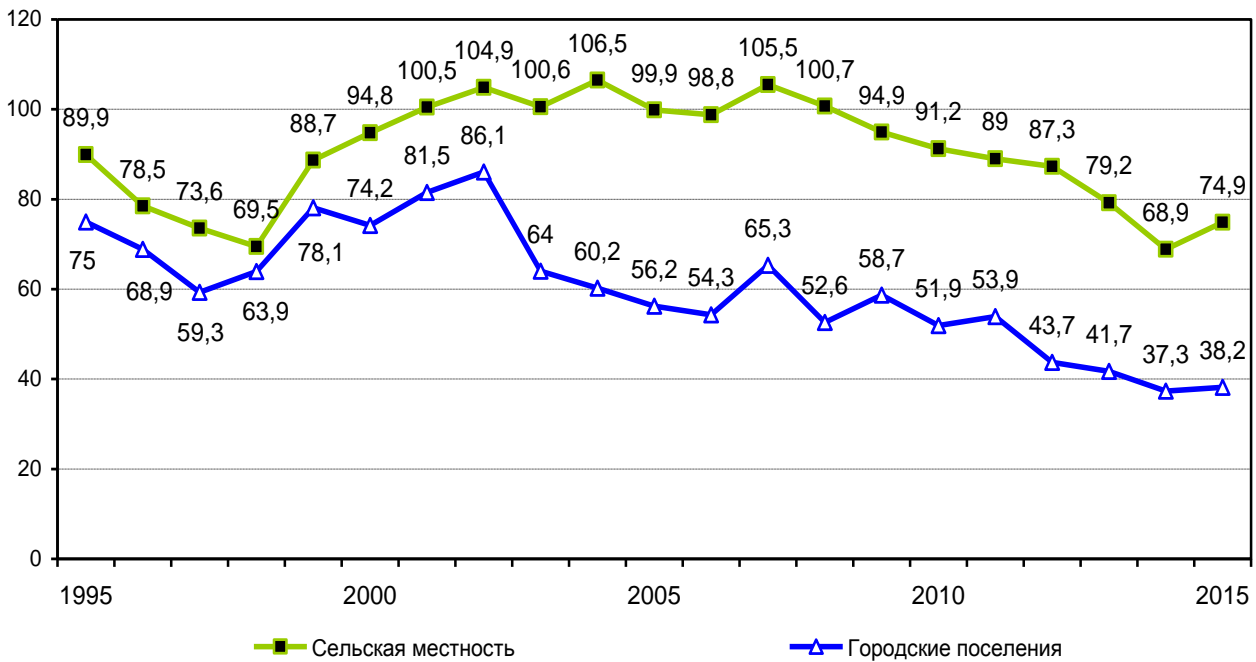


Рис. 3. Смертность населения по причине самоубийств в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тыс. человек населения).

Такая неблагоприятная разница между «мужскими» и «женскими» завершёнными суицидами в сельской местности закономерно сопровождается и сверхвысокими общими показателями самоубийств именно у сельских жителей. В 2015 г. показатель смертности от самоубийств среди сельского населения Забайкальского края составил 74,9 на 100 тыс. человек населения; среди городского населения – 38,2 на 100 тыс. Следовательно, разница является существенной и составляет почти 2 раза (рис. 3). Самая низкая распространенность завершённых суицидов, сопоставимая со средне-российской, регистрируется в последние годы в столице региона – городе Чите.

Наблюдаемое с 2002 г. снижение числа самоубийств в Крае произошло большей частью за счет городских жителей – показатель в городских поселениях уменьшился в 2,3 раза, тогда как в сельских – только в 1,4 раза. Данное обстоятельство демонстрирует наличие значительного числа неблагоприятных факторов в деревне, включая сохраняющийся крайне низкий уровень и неудовлетворительное качество жизни, высокую распространенность пьянства, а также недостаточную эффективность работы суицидологической службы и профилактических мер.

В возрастной структуре самоубийств в Забайкальском крае в 2015 году преобладают лица трудоспособного возраста – 83,8%

(n=456), подростки составили 5,0% (n=27), дети – 0,9% (n=5), лица пожилого возраста – 10,3% (n=56).

На рис. 4 представлена динамика показателей смертности по причине завершённых суицидов среди трудоспособного населения, детей и подростков.

В 2015 г. у детей показатель самоубийств составил 3,0 на 100 тыс. детского населения (с 2002 года он уменьшился в 1,6 раза); у подростков он был равен 63,4 на 100 тыс. подростков (с 2002 г. снизился только в 1,3 раза). У лиц трудоспособного возраста смертность от суицидов составила 73,1 на 100 тыс. населения (снижение с 2002 г. в 1,8 раза).

Что касается оказания помощи населению Забайкальского края при кризисных состояниях, то в 2010 году в нашем субъекте был создан межведомственный Координационный совет по профилактике кризисных состояний и суицидального поведения.

На региональном уровне была разработана краевая долгосрочная целевая программа «Комплексные меры по профилактике суицидального поведения», рассчитанная на 2013-2015 годы. Начал выстраиваться процесс межведомственного взаимодействия с целью улучшения оказания помощи суицидентам, который был подкреплен распоряжением Правительства Забайкальского края № 504-р от 25 августа 2014 года.

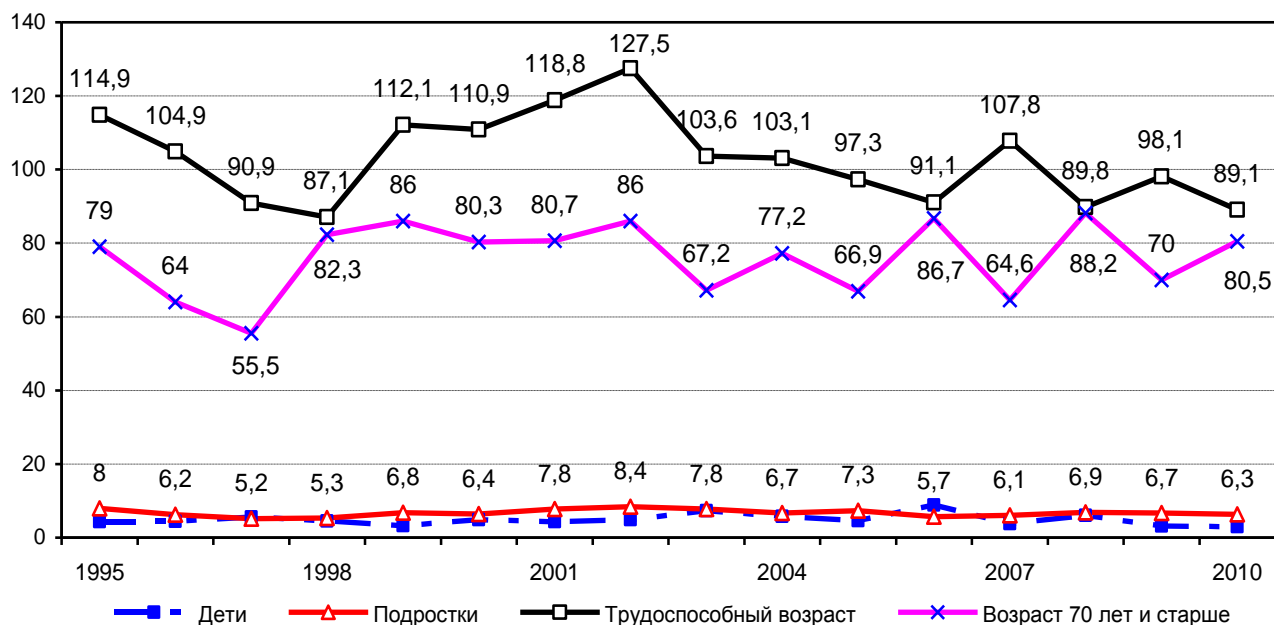


Рис. 4. Показатели смертности населения по причине самоубийств в Забайкальском крае в разных возрастных группах (на 100 тыс. человек населения).

С июля 2014 г. наступил новый этап процесса улучшения качества и доступности помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением в Забайкалье: в рамках реорганизации психиатрической службы на базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» (введена в 2013 году) была создана полноценная Кризисная служба. В составе новой службы стали функционировать отделение «Телефон Доверия», кабинеты медико - социально - психологической помощи, кризисные койки с различными вариантами пребывания. В 2015 году на линию «Телефона доверия» поступило 2805 звонков, в Кризисной службе оказана помощь 986 обратившимся, было организовано 6 выездов медико - психологических бригад в районы Края.

Заключение.

Таким образом, в Забайкальском крае, несмотря на значимое улучшение показателей в последние годы, по-прежнему, сохраняется напряженная ситуация со смертностью населе-

ния по причине самоубийств: смертность от суицидов является сверхвысокой (50,1 на 100 тыс. населения в 2015 г.) и превышает аналогичные показатели по РФ и СибФО, в 2,9 и 2,0 раза соответственно.

Наиболее высокая распространенность завершенных суицидов зарегистрирована среди мужчин (86,6 на 100 тыс.), лиц трудоспособного возраста (73,1 на 100 тыс.) и подростков (63,4 на 100 тыс.), жителей сельской местности (74,9 на 100 тыс.).

В Забайкальском крае в 2014 году в рамках реорганизации оказания психиатрической помощи была создана полноценная Кризисная служба, стал выстраиваться процесс межведомственного взаимодействия с другими заинтересованными ведомствами. При этом сложившаяся ситуация с самоубийствами в регионе требует продолжения начатых мероприятий по улучшению качества и доступности помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, а также проведение комплексной программы профилактики.

Литература:

1. World Health Statistic 2014. – World Health Organization, 2014. – P. 72-87.
2. Суициды в России и Европе / под. ред. Б.С. Положего. – М.: МИА, 2016. – 212 с.
3. <http://www.gks.ru>

References:

1. World Health Statistic 2014. – World Health Organization, 2014. – P. 72-87.
2. Suicidy v Rossii i Evrope / pod. red. B.S. Polozhego. – M.: MIA, 2016. – 212 s. (In Russ)
3. <http://www.gks.ru>

4. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Тарасова О.А. Суициды в Забайкальском крае: эпидемиология и организация помощи населению // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 5-6.

4. Govorin N.V., Saharov A.V., Stupina O.P., Tarasova O.A. Suicide in the Zabaykalsky region: epidemiology and organization of aid to the population // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 1. – P. 5-6. (In Russ)

CONTEMPORARY TENDENCIES OF MORTALITY DUE TO SUICIDES IN ZABAYKALSKY REGION

A.V. Sakharov, N.V. Govorin, O.P. Stupina, T.G. Kolchanova

Chita State Medical Academy, Chita, Russia

Regional clinical psychiatric hospital named after V.H. Kandinsky, Chita, Russia

The aim of this work was to describe the epidemiological characteristics and trends of mortality from suicide in Zabaykalsky region. The article contains analysis of State statistics for the period 1995 to 2015.

In Zabaykalsky region still remains tense situation with the mortality rate from suicide: it is extremely high (50,1 per 100 thousand in 2015) and higher than in the Russian Federation and the Siberian Federal district (2,9 and 2,0 times). The highest prevalence of suicide was among males (86,6 per 100 thousand), of persons of working age (73,1 per 100 thousand) and adolescents (63,4 per 100 thousand), and rural (74,9 to 100 thousand). The modern trends of development assistance to the population of Zabaykalsky region in the crisis States and suicidal behavior.

Keywords: death rate, suicide behaviour, suicide.

Информация:

VI НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ»,

18-20 мая 2016 г., г. Уфа

В рамках конгресса 20 мая 2016 г. состоялось секционное заседание «Суицид как психосоциальная проблема». Сопредседатели: П.Б. Зотов (г. Тюмень), Н.А. Корнетов Н.А. (г. Томск), Е.Б. Любов (г. Москва), Б.С. Положий (г. Москва), М. Саркиапоне (Кампобасо, Италия).

Представлены доклады:

Б.С. Положий, В.С. Фритлинский (Москва):

«СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В НОВЕЙШЕЙ ИСТОРИИ РОССИИ».

Согласно современным представлениям, социальное состояние общества может оказывать как саногенное, так и патогенное влияние на индивидуальное и общественное психическое здоровье. Радикальные и крупномасштабные политические и социально-экономические перемены, произошедшие в России в последнем десятилетии 20 века, и последующие изменения в жизни страны стали наглядной иллюстрацией этого положения. Ретроспективно

оценивая социальную ситуацию в стране, нами условно выделены три хронологических периода в ее новейшей истории. Первый период, характеризовавшийся коренной ломкой существовавшей ранее социальной, политической и экономической системы, и сопровождавшийся острым социально-экономическим кризисом, пришелся на первую половину 1990-х гг. Второй период (вторая половина 1990-х гг.) определялся сложным и болезненным процессом становления новых общественных и экономических отношений, социальной нестабильностью, разочарованием значительной части населения в осуществляемых преобразованиях. Третий период (2000-е гг.) характеризовался появлением признаков социальной стабильности во всех основных сферах жизни общества.

С целью оценки состояния общественного психического здоровья в эти периоды нами проведен динамический анализ трех показателей: частоты суицидов, распространенности алкогольных психозов и первичной инвалидности вследствие психического заболевания. По нашему опыту, именно эти показатели психического здоровья наиболее тесно связаны с характером социальной ситуации. Выбор алкогольных психозов объясняется их более полным учетом по сравнению с алкоголизмом, что позволяет косвенно судить и о распространенности последнего. Установлено, что в первом периоде произошел существенный рост анализируемых показателей по сравнению с послед-

ним годом, предшествовавшим началу радикальных реформ. Так, частота суицидов увеличилась в 1,6 раза, распространенность алкогольных психозов – в 4 раза, а первичная инвалидность по психическому заболеванию – в 1,5 раза. Эти цифры подтверждают патогенное влияние стресса социальных изменений и социально-экономического кризиса на психическое здоровье населения. Во втором периоде, несмотря на определенную адаптацию населения к новой социальной реальности, показатели частоты суицидов, алкогольных психозов и первичной инвалидности остались на уровне первого периода. Это отражало социальное неблагополучие и нестабильность, имевшие место в эти годы. В третьем периоде, продолжающемся вплоть до настоящего времени, произошло существенное улучшение показателей психического здоровья. В 2015 г. частота суицидов снизилась, по сравнению с первым периодом, в 2,4 раза, а по сравнению с последним дореформенным годом – в 1,5 раза. Распространенность алкогольных психозов уменьшилась по сравнению с первым периодом в 1,6 раза, на 22,7% снизился первичный выход на инвалидность по психическому заболеванию. Вместе с тем, отмечающийся в последние два года финансово-экономический кризис в стране может неблагоприятно повлиять на психическое здоровье населения, что требует от психиатров активизации психопрфилактического аспекта их деятельности. Таким образом, на примере новейшей истории России доказана непосредственная связь между характером социальной ситуации в стране и уровнем общественного психического здоровья.

Н.А. Корнетов (Томск):

«НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕВЕНЦИИ ДЕПРЕССИЙ И СУИЦИДОВ».

Наиболее важной и научно-обоснованной программой распознавания депрессий врачами всех специальностей и профилактики суицидов является следующая концепция модернизации в сфере охраны психического здоровья:

1. Улучшение условий воспитания детей и молодежи, гармонизация психофизического развития, ранняя специализированная помощь при соматических, аффективных, когнитивных, поведенческих нарушениях.

2. Мониторинг популяционных и антропоцентрических факторов риска окружающей среды.

3. Распространение информации и стремление к многостороннему пониманию самоубийства без экзотического привлечения внимания для населения.

4. Контроль доступа к огнестрельному оружию, токсическим веществам и лекарствам.

5. Создание трёхзвеньевого социально-психологической службы: «экстренная телефонная психологическая помощь», кабинет антикризисной психотерапии, койки кризисной интервенции и дочерние службы в сельской местности.

6. Обучение распознаванию и терапии депрессивных и других психических расстройств специалистов общемедицинских учреждений, психологических и социальных служб.

7. Образовательные программы для школьных психологов и учителей, преподавателей ВУЗов.

8. Снятие тайны и клейма вокруг мифов о суицидальном поведении в сетевых образовательных системах.

9. Четырехмодульное образование по программе Всемирной психиатрической ассоциации и Международного комитета по профилактике депрессий (русская версия). Внедрение данной программы на базах городских поликлиник и центров первичной медицинской помощи является эффективным способом раннего выявления депрессивных расстройств и профилактики суицидов. Обучение врачей данным навыкам основывается на обсуждении признаков депрессии и выявлении суицидальных мыслей, замыслов, самоповреждений в прошлом. После того как индивид с депрессией раскрывает свои тяжелые переживания и чувства, риск совершить самоубийство существенно снижается.

10. Широкое применение эффективных селективных антидепрессантов в первичной медицинской сети вместо бензодиазепиновых препаратов и неселективных тимоаналептиков в субпороговых дозах.

11. При симптомах депрессии обсуждение пессимистических мыслей, переживания безысходности, всепроникающего чувства вины, рекуррентных суицидальных мыслей и замыслов.

Разработка проблемы депрессии и создание в 1987 г. в г. Томске первой региональной антикризисной суицидологической службы в России позволило снизить показатели частоты суицидов в Томской области до уровня 20,5 на 100 тыс. населения в 2014 г.

Е.Б. Любов (Москва):

«ГРУППЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД».

Типовая многоуровневая программа предупреждения суицидального поведения (СП) предполагает выделение групп-мишеней лиц с высоким риском суицида для первоочередных целевых лечебно-профилактических (биопсихосоциальных) мероприятий на основе широких скринингов с последующей индивидуальной (групповой) работой с суицидентами и их близкими.

Цель исследования: выделение групп высокого риска СП в общей (население в целом), возрастных, профессиональных, клинических выборках.

Результаты. К возрастным группам - мишеням суицида в населении относятся лица зрелого (35-55 лет) возраста (особенно мужчины) и пожилые (>65); наиболее социально уязвимые – жители сельской местности (малая доступность медпомощи), молодежь малочисленных народов Севера и Дальнего Востока, одинокие, безработные, мигранты и беженцы, бездомные, подследственные и заключенные, лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией. Низкий социальный статус усугубляет риск СП. В профессиональных группах наиболее подвержены риску СП военнослужащие (имеют доступ к оружию), медики (СП как следствие «выгорания»). В клинических группах риску СП подвержены депрессивные лица (с чувством отчаяния и безнадежности, бремени для себя и окружающих) и /или тревожные, злоупотребляющие психоактивными веществами (порой как средством самолечения), не выявленные своевременно и/или не леченные адекватно, а также резистентные к лечению и уклоняющиеся от него; соматические больные (особенно с хроническим болевым синдромом и/или ограничениями бытового и ролевого функционирования). В указанных группах проблематична верификация СП.

Резонансное СП (обычно попытки самоубийства) несовершеннолетних определяет риск СП старших возрастов. В группе риска не менее 10% школьников в состоянии психосоциальной дезадаптации. Наиболее сильный предиктор суицидального поведения – попытка самоубийства в прошлом – выделяет группу риска рецидива суицидального поведения, а суицид в семье – вводит в таковую и близких

(до 6-10) суицидента и указывает на важность поственции.

В результате выделены частично пересекающиеся группы риска суицидального поведения, к которым отнесены лица с сочетанными клиничко-социальными проблемами, требующими комплексного биопсихосоциального подхода, возможного силами многопрофессиональной бригады с привлечением обученных добровольцев (включая «выживших») и ресурсов общества (междисциплинарное взаимодействие). Эпидемиологическая представленность групп риска СП, существенное социально-экономическое бремя СП составляют проблему общественного здравоохранения и требуют гуманного подхода и привлечения ресурсосберегающего потенциала региональных (федеральной) программ предупреждения суицидального поведения.

А.В. Немцов (Москва):

«САМОУБИЙСТВА И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В РОССИИ В 1956-2014 гг.»

Исследовали значение потребления алкоголя для самоубийств в России на протяжении 1959-2014 гг. Сопоставляли выявленный в результате наших исследований уровень потребления алкоголя со стандартизованными показателями смертности при самоубийствах по данным Росстата. На основе методики ARIMA и индексного метода были выделены две группы суицидентов, чьи смерти были или не были связаны с потреблением алкоголя. Показано, что доля самоубийств, связанных с потреблением алкоголя, составляет в среднем 46,1% у мужчин и 37,7% у женщин.

Несмотря на значительные колебания потребления алкоголя на протяжении периода исследования, это соотношение было относительно постоянным: у мужчин от 37% в 1988 г. до 55,2% в 1994 г. (у женщин 29,8% в 1987 г. и 45,9% в 1994 г.). Доля алкогольной смертности снижалась при снижении потребления и наоборот росла при увеличении потребления. Регрессия самоубийств по потреблению алкоголя оказалась линейной и показала, что при изменении потребления на литр смертность у мужчин изменяется на 3,5%, а у женщин на 2,6%. Получены данные об изменении показателей общей смертности при самоубийствах на протяжении исследуемого периода и в связи с алкоголем, при изменении социально-экономических условий в России.

Н.И. Распопова (Алматы, Казахстан):
«ВЛИЯНИЕ ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ
НА ФОРМИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ».

Цель исследования: изучение влияния психогенных факторов на формирование суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами.

В исследовании приняли участие 550 больных с психическими расстройствами, госпитализированных в «Центр психического здоровья» г. Алматы в течение двух календарных лет в связи с различными формами суицидального поведения (СП).

В клинической структуре психических расстройств у пациентов с СП более половины всех случаев составили шизофрения, шизотипическое и шизоаффективное расстройства – 58,2%, органические психические расстройства – 23,5%, расстройства, связанные со стрессом – 8,7%, расстройства личности – 4,5%, аффективные расстройства – 2,7% и умственная отсталость – 2,4%. Проведенные исследования показали, что степень влияния психотравмирующих факторов на формирование СП при различных психопатологических состояниях была неоднозначной. По мере усложнения синдромальной структуры заболевания и нарастания его остроты в пресуицидальном периоде, вероятность влияния психотравмирующих ситуаций на мотивацию СП прогрессивно снижалась. Наибольшее влияние психотравмирующие ситуации оказывали при отсутствии продуктивной психопатологической симптоматики, когда клиническая картина психических расстройств в пресуицидальном периоде ограничивалась декомпенсациями расстройств личности или негативными расстройствами – 93,2% (психопатоподобные изменения личности, редукция энергетического потенциала, интеллектуально-мнестическое снижение и др.). При усложнении клинической картины психических расстройств от простых депрессивных синдромов (80,2%) до сложных (депрессии с бредом и галлюцинациями – 40,8%, синдром Кандинского-Клерамбо – 24,7%) частота выявления психотравмирующих ситуаций в пресуицидальном периоде статистически значимо снижалась вплоть до полного отсутствия какого-либо влияния психотравмы в состояниях кататонии и нарушенного сознания ($p < 0,05$). Клинические наблюдения показали, что влияние психотравмирующих

ситуаций на формирование мотивации СП может происходить только опосредованно через сохраненные и патологически измененные структуры личности. По мере углубления психических расстройств возможность влияния личности на осознанность и произвольность принятия решений, а также совершения поступков прогрессивно снижается, в связи с чем, влияние психотравмирующих ситуаций на формирование мотивации СП также резко падает. Таким образом, в исследовании доказана статистическая достоверность регресса степени влияния психотравмирующих ситуаций на СП при нарастании остроты и глубины психопатологических расстройств.

П.Б. Зотов (Тюмень):

«ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ».

Больные злокачественными новообразованиями одной из наиболее суицидоопасных категорий. Считается, что самоубийства онкологических пациентов в 2-4 раза выше, чем у здоровых лиц того же возраста, а их доля среди погибших от суицида по данным зарубежных исследований составляет 1-2%. В России достоверных статистических данных о суицидальной смертности онкобольных нет. Однако расчеты свидетельствуют, что этот показатель может составлять 0,1-0,55%. Согласно нашим исследованиям среди больных, погибших от суицида, как и в общей популяции преобладают мужчины (соотношение М : Ж = 4 : 1), но средний возраст на 16 лет превышает средний по общей популяции и составляет 66,8 лет.

На суицидальную активность больных раком оказывают влияние, как общепопуляционные факторы, так и факторы, обусловленные заболеванием и его лечением. Суицидальный риск связан с этапами лечения и наблюдения в онкологической клинике. На этапе выявления заболевания и планирования лечения (обычно пациент чувствует себя соматически удовлетворительно) суицидальная активность определяется преимущественно психогенными факторами – предстоящая калечащая операция, угроза утраты независимости, изменение материального положения, социального статуса и др. Меры профилактики суицидальной активности в этот период должны быть направлены на определение групп повышенного риска – лица, имеющие суицидальные проявления в анамнезе, планируемое калечащее лечение (мастэктомия, стомы и др.), отказавшиеся са-

мостоятельно от спецлечения, а так же больные, у которых онкопроцесс на этапе установления диагноза имеет распространенную форму. Этим категориям пациентов показано обязательное привлечение психотерапевта, проведение психодиагностических и коррекционных мероприятий.

Этап спецлечения повышает роль соматогенных просуицидальных факторов: постхирургический дефект, последствия химиолучевого лечения (алопеция, инфекционные осложнения, общая астенизация). Профилактические меры включают сопроводительную психокоррекционную работу на фоне общей суицидальной настроенности.

На этапе рецидива и/или прогрессирования заболевания доминируют соматогенные и социальные просуицидальные факторы: прекращение соматического страдания (95,3%), плохо контролируемый болевой синдром (90,6%), неэффективность лечения (38,7%), неспособность к самообслуживанию (36,8%), желание освободить родственников (31,1%) и др. Мерами профилактики суицидальной активности на этом этапе являются: 1) эффективное контролирование основных тягостных соматических проявлений заболевания – активное проведение мер паллиативного лечения, в т.ч. контроль боли, одышки и др.; 2) коррекция эмоциональных нарушений – психотерапия и психофармакотерапия (по потребности); 3) работа с семьей и близкими. Привлечение их к активной помощи.

Таким образом, профилактика суицидального поведения больных раком должна проводиться на всех этапах их лечения и динамического наблюдения в онкологической клинике. С этой целью необходимо подготовка медицинского персонала профильных клиник (тематические семинары, лекции и др.) и более широкое привлечение специалистов в области психиатрии, психотерапии и клинической психологии для психодиагностической и коррекционной работы.

Е.М. Евтушенко, И.Ф. Тимербулатов (Уфа):

«ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ».

Открытие Республиканского клинического психотерапевтического центра (РКПЦ) МЗ Республики Башкортостан и формирование республиканской психотерапевтической служ-

бы, организационно отличающейся от системы «большой» психиатрии, позволило значительно снизить показатель смертности от суицидов. Однако наметившиеся, в последнее время, тенденции к снижению суицидальной смертности в Башкортостане не могут дезориентировать профессионалов. Среднестатистический показатель частоты суицидов в 2013 г. составил – 38,5 на 100 тыс. населения, в 2014 г. – 33,3 и в 2015 г. – 30,9, что почти в 2 раза превышает критический уровень. Значительны различия по частоте суицидов в районах РБ – от 98,2 до 2,8 на 100 тыс. населения.

Согласно данным Башкортостанстата, самоубийства как причина смерти составила в 2014 г. 2,5% от общего числа – седьмое место среди всех основных групп причин смерти. Каждый сороковой человек добровольно уходил из жизни каждые 7 часов. Если бы не самоубийства, разрыв между рождаемостью и смертностью в Республике Башкортостан был бы больше на 18%. Количество самоубийц более чем в 1,5 раза превышает число погибших в ДТП. Жертв суицида в РБ в 4 раза больше, чем погибших от рук убийц. Порядка 60% суицидентов составляют мужчины молодого возраста, безработные, проживающие в сельской местности, злоупотребляющие алкоголем.

В Республике Башкортостан начата работа по формированию трехуровневой системы оказания специализированной помощи лицам с кризисными состояниями, суицидальными тенденциями и пограничными психическими расстройствами. К 2017 г. будет организована амбулаторная и стационарная психотерапевтическая помощь в 8 межмуниципальных центрах. Она включит в себя кризисный стационар РКПЦ и круглосуточный «Телефон доверия». В Республике Башкортостан принято стратегическое решение о разработке Государственной целевой программы по профилактике суицидов в рамках программы «Обеспечение общественной безопасности в Республике Башкортостан».

Ю.А. Калмыков, К.К. Яхин, Т.В. Гурьянова (Казань):

«ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ».

С момента создания в 1993 г. суицидологической службы в Республиканской клинической психиатрической больнице (РКПБ) МЗ Республики Татарстан её специалистами ак-

тивно применяется экзистенциальная психотерапия. Опыт проведения экзистенциальной психотерапии пациентам с суицидальным поведением позволяет нам выделить наиболее важные принципы и направления работы.

1. Особое внимание должно уделяться взаимоотношению терапевт-пациент. Большинство кризисных пациентов страдает от конфликтов в сфере взаимоотношений, либо от одиночества, и получает психотерапевтическую помощь во многом путем создания дружеских связей с терапевтом и получения эмоциональной поддержки.

2. Отношение к трудностям как к испытанию. Этот принцип является общим для психотерапии и религии.

3. Применение методик, совмещающих диагностические и терапевтические функции: методика «Незаконченные предложения», разработанная В.П. Костюкевичем для диагностики суицидального риска, позволяет не только оперативно уточнять эмоциональное состояние и жизненные ценности пациента, но и осуществлять психологическое вмешательство; «Опросник ценностей жизни» (Jacobsen В.); методика «Духовный кризис» (Шутова Л.В., Ляшук А.В.).

4. Многоуровневое вмешательство. Любое эмоциональное нарушение или психическое заболевание существует в четырех измерениях: физическом, психологическом, социальном и экзистенциальном, или духовном. Эффективность терапии повышается, если она включает вмешательство на всех уровнях, параллельно или последовательно.

5. Коррекция завышенного уровня притязаний к жизни, к другим людям и к себе. В частности, методика исследования самооценки по Дембо–Рубинштейн помогает одновременно решать диагностические и терапевтические задачи. Работа с иррациональными убеждениями и «симптомным стрессом».

6. Терапия активностью и творчеством. Необходимо уделять большое внимание проведению пациентами досуга и их творческому отношению к различной деятельности в соответствии с подходом М. Чиксентмихайи.

7. Активное применение библиотерапевтического и кинотерапевтического методов, что облегчает пациентам доступ к произведениям, которые являются весьма информативными и поучительными.

Е.А. Усачева, О.Ф. Панкова, И.И. Смирнов, О.В. Серебровская, Н.И. Буромская (Москва):

«СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ»

Несовершеннолетние с незавершенными суицидальными попытками и иными суицидальными проявлениями (СП) составляют весомую долю (по данным НПЦ ПЗ детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой, 35-50%) среди общего числа пациентов, госпитализируемых в психиатрический стационар в экстренном порядке. За 2015 г. количество госпитализированных детей и подростков с СП увеличилось в 1,5 раза. Учитывая негативную динамику, требуется совершенствование системы суицидологической помощи детскому и подростковому населению, важнейшим этапом которой является психиатрический стационар.

Были изучены 598 пациентов с суицидальными (аутодеструктивными) проявлениями, поступивших в НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой за период с 2012 по 2014 гг. Основным методом явился клиничко-психопатологический. Также использовались экспериментально - психологические методы, способные, по данным литературы, косвенно оценить вероятность суицидальных действий.

По характеру суицидальных проявлений были выделены следующие группы: демонстративно-шантажные суициды (61%), аффективные (12%) и истинные суицидов (27%). Распределение в соответствии с клиничко-психопатологическими критериями: 1) совершенные под влиянием аффекта, связанные с ситуационными факторами и личностными особенностями пациентов 68% (n=409); 2) коморбидные с депрессией 20% (n=119), 3) связанные с психической патологией, сопровождающейся грубой дезорганизацией психической деятельности 12% (n=70). Выявлены достоверно значимые возрастные и гендерные различия. У мальчиков отмечалось более раннее возникновение СП в поведении, носившее в младшей возрастной группе в основном шантажно-демонстративный характер. В подростковом возрасте на фоне резкого роста частоты аффективных и истинных суицидов отмечалось преобладание пациентов женского пола. Анализ причин суицидального поведения, его психологических и психопатологических механиз-

мов показал, что у более 80% всех пациентов СП и имитирующие их действия (в случае шантажных суицидов) совершались под влиянием аффекта, были непосредственно связаны с ситуационными и личностными особенностями пациентов. Важным патогенетическим звеном в основе суицидального поведения выступали деструктивные внутрисемейные отношения. В случае истинных суицидов основная роль принадлежала психопатологическим факторам, в первую очередь, различным типам и степени тяжести депрессивным состояниям. Также выделена небольшая группа, в которой СП были сопряжены с грубой дезорганизацией психической деятельности в рамках развития симптоматики психотического регистра.

На основании проведенного исследования был разработан и внедрен унифицированный протокол оказания кризисной помощи несовершеннолетним, поступающим в психиатрический стационар. Предусмотренные протоколом меры распространяются на всех пациентов, однако важным принципом его применения в то же время является дифференцированный подход к каждому отдельному пациенту. В зависимости от типа СП, характера выявленных психопатологических и иных суцидогенных факторов применяются дифференциальные алгоритмы, предписывающие то или иное соотношение медицинского и немедицинского вмешательства, степень участия различных специалистов, этапность в их работе.

И.Р. Хох (Уфа):

«ПРЕВЕНЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ-ПОДРОСТКОВ В РАМКАХ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА (НА ПРИМЕРЕ г. УФЫ)».

В Башкортостане за 2014 г. совершено 36 завершённых суицидов несовершеннолетних и 102 суицидальные попытки, что в пересчете на 100 тыс. населения превышает общероссийский показатель. В 2015 г. количество завершённых суицидов несовершеннолетних незначительно снизилось, зафиксировано 30 случаев, но выросли статистические показатели по количеству суицидальных попыток.

Параметры популяции несовершеннолетних суицидентов практически не изменились: попытки совершают преимущественно девушки, а истинный суицид – юноши. Портрет суицидента обладает следующими чертами: молодые люди 14-17 лет, из полных семей, учащиеся школ. Причины тоже остаются практически неизменными: внутрисемейные конфликты, одиночество, но в 2015 г. стала актуальнее причина – любовная драма. Подавляющее большинство несовершеннолетних суицидентов выбирают в качестве способа ухода из жизни – самоповешение. Следует обратить внимание еще на одну тенденцию – суициды «молодеют»: если раньше в большинстве своем они были юношескими, то теперь – подростковыми и отчасти детскими. Так, в РБ за 2015 г. в возрастном периоде до 6 лет включительно зафиксирован 1 случай завершённого суицида, от 7 до 9 лет – 3 случая. Количество суицидальных попыток: до 6 лет – 3, от 7 до 9 лет – 5.

В октябре-ноябре 2015 г. в рамках программы профилактики суицидального поведения было проведено крупномасштабное психодиагностическое обследование школьников 6-11 классов г. Уфы на выявление ранних признаков суицидального поведения. В результате был составлен алгоритм их маршрутизации с выявленными суицидальными намерениями, который представлен Управлению образования г. Уфы, администрациям образовательных учреждений, активу родительской ответственности городского территориального образования. Ряд учреждений республиканского и городского подчинения включились в работу по превенции суицидальной активности среди несовершеннолетних, в том числе активизировалась работа по непосредственному взаимодействию между школьными психологами и социальными педагогами, как первичного звена, и медицинскими психологами, психотерапевтами, как вторичного звена, в раннем выявлении антивиталяного поведения и формировании навыков совладающего поведения среди учащихся школ.

РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ «СУИЦИДЫ В РОССИИ И ЕВРОПЕ»

под. ред. Б.С. Положего. – М.: ООО «Издательство МИА», 2016. – 212 с.

П.Б. Зотов

ГАУЗ ТО Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город», г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий ОПП и РБ ГАУЗ ТО Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город»; главный редактор журнала «Суицидология». Адрес: Россия, 625041, г. Тюмень, ул. Барнаульская, д. 32. Телефон: (3452) 270-552

По данным ВОЗ (2016) ежегодно в мире от суицидов погибают до одного миллиона человек и значительно большее число совершают покушения на самоубийство, в связи с чем, вопросы изучения суицидальной активности и смертности имеют важнейшее значение в разработке и реализации мер суицидальной профилактики. Несмотря на имеющуюся достаточно обширную научную литературу по данной тематике, многие аспекты освещены недостаточно полно, противоречивы, что не позволяет сделать однозначные выводы при сравнении результатов. Особенно остро этот вопрос стоит при анализе отечественного и зарубежного опыта, нередко основанного не только на методологически различных научных базах, но и имеющего различные исторические, культурологические, этнопсихологические, экономические, политические и др. составляющие, нередко, оказывающие как позитивное, так и негативное влияние на суицидологическую ситуацию в регионе и/или стране.

Книга «Суициды в России и Европе» под редакцией профессора Б.С. Положего позволяет достаточно полно и глубоко оценить сложившуюся ситуацию за последние десятилетия в России и Европе, и является первым изданием в нашей стране, посвященным сравнительному анализу суицидального поведения в данных регионах. Книга включает в себя четыре части. В первой из них, подготовленной Б.С. Положим, приводятся данные по распространенности завершенных суицидов в России с 1984 по 2012 годы, в том числе, по всем федеральным округам и субъектам Федерации. Это позволило выделить регионы с низкой, средней, высокой и сверхвысокой частотой суицидов. Статистические данные сопровождаются анализом причин и факторов суицидальной активности, при этом особое внимание уделяется влиянию социально - экономической и

политической ситуации в стране на динамику частоты суицидов. Приводится разработанная автором оригинальная концептуальная модель суицидального поведения с выделением детерминант I, II и III ранга. В последующем подробно описываются методы дифференцированной профилактики, включающие четыре уровня: универсальный, селективный, антикризисный и индикативный. Рассматриваются особенности их реализации с учетом российского опыта организации суицидологической помощи, что важно для практического здравоохранения.

Во второй части книги анализируется динамика суицидальной ситуации в постсоциалистических странах Европы в целом (Б.С. Положий), а также в отдельных государствах – Беларуси, Венгрии, Казахстане, Латвии, Украине и Словении. Особый интерес этим сведениям придает то, что соответствующие разделы были подготовлены ведущими суицидологами данных стран. Отмечена неблагоприятная суицидальная ситуация в большинстве социалистических стран в период, предшествовавший началу радикальных реформ, и её ухудшение в первые годы после смены коммунистического режима. Это было связано с объективными трудностями периода радикальных социально-экономических реформ, социально-экономическим кризисом, снижением уровня жизни населения, повышением уровня дистресса и др. Общей тенденцией последних лет в большинстве стран Восточной Европы, в том числе и в России, стало снижение уровня суицидальной смертности, происходящее на фоне социально-экономической стабилизации. Дополнительно к этому улучшению суицидальной ситуации способствовали меры по улучшению системы суицидологической помощи, включающие в себя разработку и внедрение новых программ профилактики, формирование служб суицидальной профилактики.

Третья часть книги посвящена суицидальной ситуации в государствах Западной Европы. В ее написании приняли участие ведущие суицидологи мира – М. Саркиапоне (Италия), М. Вольферсдорф (Германия) Д. Тителман и В. Карли (Швеция), О'Коннор (Шотландия), чьи труды ранее не публиковались в России. Приводятся данные по странам Евросоюза в целом, а также углубленная информация по Германии, Италии, Скандинавским странам и Шотландии. Показана неоднозначная ситуация по частоте суицидов в Западной Европе – от низких показателей (менее 10 на 100000 населения) в Греции, Италии, Великобритании, до граничащих с критическим уровнем (20 на 100000 населения) – в Финляндии, Бельгии, Хорватии. Основной тенденцией динамики частоты самоубийств в Западной Европе является её снижение или стабилизация. Приведенные в данной главе материалы позволяют сравнить зарубежный опыт разработки национальных программ профилактики, формирование и эффективность деятельности служб суицидальной превенции.

Четвертая часть монографии, написанная Б.С. Положим и М. Саркиапоне, посвящена суицидам у детей и подростков. Отмечено, что уровень подростковых самоубийств значительно выше в странах Северной и Восточной Европы. В России суицидальная ситуация среди подростков, несмотря на происходящую в последние годы положительную динамику, оценивается как неблагоприятная. Авторы выделяют группы и факторы риска суицидального поведения в детском и подростковом возрасте, обосновывают основные направления и меры профилактики, ранней диагностики и коррекционной работы, приводят данные об эффективности реализованных программ в отдельных странах. Высказывается мнение о необходимости выведения данной проблемы за рамки исключительно психиатрической помощи и

большого привлечения внимания общества к проблемам психического здоровья.

Резюмируя, следует сказать, что представленные в книге материалы создают достаточно полную картину о проблеме суицида в России и Европе, знакомят с современными концепциями суицидального поведения, группами и факторами риска его возникновения, основными направлениями и методами профилактики. Оформление отдельных глав в соответствии с единой общей концепцией позволяет проследить динамику суицидальной ситуации в России и странах Европы в течение последних трех десятилетий, дает возможность сравнительного анализа эффективности превентивных программ, разработанных и реализованных с учетом исторического и национального прошлого, различных социально - экономических условий в отдельных странах. Можно лишь высказать сожаление, что в книге (возможно, из-за экономии места) отсутствует список цитируемой литературы, однако это не снижает информативности рецензируемой монографии.

В целом, книга «Суициды в России и Европе» является уникальным изданием, позволяющим специалистам, занимающимся проблемой суицидального поведения, расширить свои представления о данном феномене, сопоставить их с данными ведущих мировых суицидологов, что позволит наметить пути дальнейшего совершенствования суицидологической помощи в России. Книга представляет интерес не только для врачей-психиатров, медицинских психологов, психотерапевтов, но и для широкого круга специалистов (социологов, педагогов, юристов, врачей общемедицинской помощи, руководителей органов здравоохранения, научных работников), занимающихся проблемой суицидального поведения.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

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

1. Общая и частная суицидология.
2. Агрессия (ауто-; гетероагрессия и др.).

3. Психология, этнопсихология и психопатология суицидального поведения и агрессии.

4. Методы превенции и коррекции.

5. Социальные, социологические, правовые аспекты суицидального поведения.

6. Педагогика и агрессивное поведение, суицид.

7. Историческая суицидология.

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

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

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

4. Перед названием статьи указывается УДК.

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

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

7. К статье прилагается резюме объемом до 120 слов, ключевые слова. В реферате даётся краткое описание работы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе основные цифровые показатели и краткие выводы.

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

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

9. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый

номер, название и четко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

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

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

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.

15. Плата за публикацию не взимается.

Статьи в редакцию направляются письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология» или по e-mail: sibir@sibtel.ru