

Девьянтология № 1

научно-практический журнал

2024



Deviant Behavior (Russia)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

М.С. Уманский, к.м.н.
(Тюмень)

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

Н.А. Бохан, академик РАН,
д.м.н., профессор (Томск)
А.Г. Бухна, к.м.н. (Тюмень)
А.В. Голенков, д.м.н., профессор
(Чебоксары)
П.Б. Зотов, д.м.н., профессор
(Тюмень)
И.А. Кудрявцев, д.м.н., д.психол.н.
профессор (Москва)
В.В. Лукьянов, д.м.н., профессор
(Курск)
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор
(Москва)
А.В. Меринов, д.м.н., профессор
(Рязань)
Б.Ю. Приленский, д.м.н.,
профессор (Тюмень)
Ю.Е. Разводовский, к.м.н., с.н.с.
(Гродно, Беларусь)
А.С. Рахимкулова
(Москва)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
Н.Б. Семёнова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)
В.А. Солдаткин, д.м.н., доцент
(Ростов-на-Дону)

Сайт журнала:
<https://девиантология.рф/>

При перепечатке
материалов ссылка на журнал
"Девиантология"
обязательна

Редакция не несет
ответственности за содержание
рекламных материалов

Редакция не всегда
разделяет мнение авторов
опубликованных работ

Заказ № 139.
Тираж 900 экз.

Дата выхода в свет:
13.05.2024 г.

Цена свободная

16+

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский
университет» Минздрава России

МАТЕРИАЛЫ

научно-практической конференции
«Сибирская школа превентивной суицидологии
и девиантологии. Весенняя сессия»

26 апреля 2024 г., г. Тюмень

Под редакцией проф. П.Б. Зотова

Содержание

<i>А.В. Филоненко, А.И. Сергеева, В.А. Филоненко, А.В. Голенков, И.И. Сергеев</i> Суицидальное поведение стоматологов	3
<i>В.А. Розанов</i> Генетика суицидальности: какие возможности открывают технологии поиска геномных маркеров?	11
<i>Е.Б. Любов</i> Суицидология: каждый умирает незнакомцем?	16
<i>А.В. Голенков</i> 50 типичных случаев "Mercy killing" из российской действительности	24
<i>В.А. Козлов, А.В. Голенков</i> Этническая гипотеза суицидов с точки зрения генетики	31
<i>Е.Р. Завалова, А.В. Меринов</i> Расстройства пищевого поведения в суицидологической практике. Обзор литературы ...	39
<i>А.В. Сахаров, О.П. Ступина</i> Смертность по причине самоубийств в Дальневосточном федеральном округе в 2020-2022 гг.	46
<i>М.С. Бриль, Ю.С. Бекренева, В.А. Шилова</i> Социальные представления о нормативном поведении у подростков, склонных к совершению правонарушений	50
<i>Р.И. Дубошинский</i> Суицидальное поведение при эпилепсии	57

EDITOR IN CHIEF

M.S. Umansky, M.D., Ph.D.
(Tyumen, Russia)

EDITORIAL COLLEGE

N.A. Bokhan, acad. RAS,
Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)
A.V. Golenkov, MD, PhD, prof.
(Cheboksary, Russia)
P.B. Zotov, Ph. D., prof.
(Tyumen, Russia)
J.A. Kudryavtsev, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)
V.V. Lukianov, Ph. D., prof.
(Kursk, Russia)
E.B. Lyubov, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)
A.V. Merinov, Ph. D., prof.
(Ryazan, Russia)
B.Y. Prilensky, Ph. D., prof.
(Tyumen, Russia)
Y.E. Razvodovsky, M.D.
(Grodno, Belarus)
A.S. Rakhimkulova, Ph. D.
(Moscow, Russia)
V.A. Rozanov, Ph. D., prof.
(St. Petersburg, Russia)
N.B. Semenova, Ph. D.
(Krasnoyarsk, Russia)
V.A. Soldatkin, Ph. D.
(Rostov-on-Don, Russia)

Журнал «Девиянтология»
включен в Российский
индекс научного цитирования
(РИНЦ)

Учредитель и издатель:

ООО «М-центр», 625048,
Тюмень, ул. Шиллера, 34-1-10

Адрес редакции:

625027, г. Тюмень,
ул. Минская, 67, корп. 1, офис 101

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

Телефон: (3452) 73-27-45

E-mail: note72@yandex.ru

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

На 1 странице обложки:
фрагмент картины
Ханса Зацки,
«Водная Идиллия», 1902,
частная коллекция

Г.А. Прокопович, А.Н. Гвоздецкий, И.А. Баранник,
Н.В. Воробьева, А.Е. Добровольская, А.Г. Софронов
Возможности кабинетов медико-психологического
консультирования в вопросах превенции суицидов 60

Contents

A.V. Filonenko, A.I. Sergeeva, V.A. Filonenko,
A.V. Golenkov, I.I. Sergeev
Suicidal behavior among dentists 3

V.A. Rozanov
Genetics of suicidality: what opportunities open up with technologies
for searching genomic markers? 11

E.B. Lyubov
Suicidology: does everyone die a stranger? 16

A.V. Golenkov
50 typical cases of “Mercy killing” from Russian reality 24

V.A. Kozlov, A.V. Golenkov
Ethnic hypothesis of suicide from the genetics point of view .. 31

E.R. Zavalova, A.V. Merinov
Eating disorders in suicidology practice. Review 39

A.V. Sakharov, O.P. Stupina
Mortality from suicide in the Far Eastern Federal District
in 2020-2022 46

M.S. Bril, Y.S. Bekreneva, V.A. Shilova
Social perceptions about normative behavior of adolescents
prone to committing offenses 50

R.I. Duboshinskii
Suicidal behavior in people with epilepsy 57

G.A. Prokopovich, A.N. Gvozdetsky, I.A. Barannik,
N.V. Vorobyova, A.E. Dobrovolskaya, A.G. Sofronov
Possibilities of medical and psychological counseling rooms
in suicide prevention 60

Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru

Сайт журнала: <https://девиантология.рф/>

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТОМАТОЛОГОВ

А.В. Филоненко, А.И. Сергеева, В.А. Филоненко, А.В. Голенков, И.И. Сергеев

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей Минздрава Чувашии», г. Чебоксары, Россия

SUICIDAL BEHAVIOR AMONG DENTISTS

*A.V. Filonenko, A.I. Sergeeva,
V.A. Filonenko, A.V. Golenkov,
I.I. Sergeev*

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Institute for Advanced Training of Physicians of the Ministry of Health
of Chuvashia, Cheboksary, Russia

Сведения об авторах:

Филоненко Александр Валентинович – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 8545-8680; ORCID iD: 0000-0001-7236-5410). Место работы и должность: доцент кафедры педиатрии и детской хирургии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (905) 197-63-81, электронный адрес: filonenko56@mail.ru

Сергеева Аделина Ивановна – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 3483-8417; ORCID ID: 0000-0003-2973-625X). Место работы и должность: заведующая кафедрой педиатрии и детской хирургии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (917) 669-27-29, электронный адрес: sergeyeva@list.ru

Филоненко Вера Александровна – главный научный сотрудник (SPIN-код: 4288-3913; ORCID iD: 0000-0003-3872-5923). Место работы и должность: отдел международного образования ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (903) 063-36-06, электронный адрес: filvee@mail.ru

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; Researcher ID: C-4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»; проректор по научной работе ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей Минздрава Чувашии». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Электронная почта: golenkovav@inbox.ru

Сергеев Иван Игоревич – ассистент (SPIN-код: 7139-4680; ORCID iD: 0000-0003-1921-8774). Место работы и должность: ассистент кафедры педиатрии и детской хирургии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (987) 676-53-17, электронный адрес: ivanisergeev@mail.ru

Суицидальное поведение стоматологов вызывают серьезную озабоченность медицинского сообщества. Необходим анализ демографических переменных, психиатрической заболеваемости, профессиональных факторов и привлечение внимания к стрессорам, не связанных с работой. Без надлежащей коррекции психического состояния возникают проблемы вплоть до преднамеренного членовредительства и совершения самоубийств. *Цель обзора* – состоит в исследовании факторов, связанных с суицидальным поведением среди практикующих стоматологов. *Методы*. Поиск и анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме. *Результаты*. Большинство доступных исследований сосредоточено на стоматологах-мужчинах, констатируя у них повышенный уровень самоубийств. В других исследованиях, в которых участвовали как мужчины, так и женщины-стоматологи, обнаружен повышенный уровень самоубийств для обоих полов. Распределение способов самоубийства среди стоматологов наиболее близок к общему населению. Ими используются такие же методы самоубийств, но меньше повешений (асфиксий) и более частое применение огнестрельного оружия. Факторы, влияющие на самоубийство дантистов, варьируют от известных профессиональных стрессоров до токсикомании и злоупотребления психоактивными веществами, а также нелеченные психические расстройства. Некоторые различия в результатах исследования объясняются географическими регионами и странами, культурными и общественными особенностями, различиями в требованиях к обучению, характеристиками работы и напряженности на рабочем месте. Качество данных и использование различных показателей результатов нередко приводят к неоднозначным результатам в отношении риска профессионального самоубийства стоматологов при переходе на западные стандарты оказания стоматологической помощи. *Заключение*. Необходимо кон-

тролировать состояние психического здоровья врачей стоматологов (медицинского персонала, участвующего в оказании стоматологической помощи) и применять практические методики для улучшения их здоровья и не допускать суицидальных намерений.

Ключевые слова: дантисты; суицидальное поведение; самоубийство; стоматологические вспомогательные средства; депрессия

Работники здравоохранения, в частности стоматологи, подвержены высокому уровню стресса. Без надлежащей коррекции стресса возникают проблемы, связанные с психическим здоровьем, вплоть до преднамеренного членовредительства, такого как самоубийство [1]. В публикациях обнаруживается, что уровень самоубийств среди стоматологов выше, чем среди представителей других профессий. Необходим анализ, который учитывает демографические переменные, психиатрическую заболеваемость в профессии, факторы возможности суицида, привлечение пристального внимания к стрессорам, не связанных с работой для снижения риска суицида. Возникает необходимость определить возможные стрессоры, вызванные стоматологической клинической деятельностью, их последствия и лечение [2]. R.E. Alexander отмечает, что средства массовой информации (СМИ) неоднократно изображали стоматологов и других медицинских работников как людей, находящихся под угрозой самоубийства. Необходимо выявлять причины самоубийств, связанных со стрессом, и оказывать им помощь [3].

Психологические исследования показывают, что более 90% самоубийц страдают депрессией и другими психическими расстройствами, либо злоупотреблением психоактивных веществ. Стоматологи также склонны к перфекционизму – тенденции, которая способствует «точной реставрации, но приводит к разочарованиям в жизни и практике при общении с несовершеннолетними людьми» [4]. Вместе с тем, перфекционизм и депрессия являются значимыми факторами риска суицидальных наклонностей в медицинской среде [5]. Многие стоматологи, испытывающие проблемы с психическим здоровьем, не обращаются за медицинской (психиатрической и психологической помощью) и официальной поддержкой. Трудно идентифицируют свои проблемы как проблемы с психическим здоровьем и не осознают необходимость поддержки до того

момента, как достигнут критической точки и столкнутся с суицидальными намерениями выхода из сложившихся обстоятельств [6]. Отсутствие лечения возникающих психических расстройств, наряду с отсутствием профилактических мер, разработанных специалистами, является одной из основных проблем сохранения психического здоровья врачей (медицинских работников) и стоматологов, в частности.

Цель обзора состоит в исследовании факторов, связанных с суицидальным поведением (самоубийствами) среди практикующих стоматологов.

Распространённость суицидального поведения

Риск самоубийства по данным K. Hawton и соавт. [7] в медицинских профессиональных группах высокий, в частности, повышен у стоматологов, медсестёр, врачей других специальностей и фармацевтов. При рассмотрении этого вопроса использованы национальные данные Дании с возможным вкладом психических расстройств и доступом к конкретным методам самоубийства. Доступ к лекарственным препаратам значительно влияет на риск суицида среди медсестёр, врачей и фармацевтов. В рамках метода «случай-контроль» авторы использовали данные национальных регистров за 1981-2006 гг. для изучения риска самоубийств среди вышеуказанных специальностей по сравнению с населением в целом, а также связей с психиатрическими службами и методами самоубийств. Отношение шансов (ОШ) с доверительным интервалом (ДИ) самоубийств с поправкой на возраст и пол значительно выше у стоматологов (ОШ 2,10, 95% ДИ 1,58-2,79), чем у медсестёр (ОШ 1,90, 95% ДИ 1,63-2,21), врачей (ОШ 1,87, 95% ДИ 1,55-2,26) и фармацевтов (ОШ 1,91, 95% ДИ 1,26-2,87). Риски высоки и по сравнению с остальной частью населения в целом, причём относительный риск увеличился после корректировок на обращение за психиатрической помощью, семейное поло-

жение, валовой доход и статус на рынке труда. Повышенные риски не связаны с более частым обращением за психиатрической помощью. Медсестры, врачи и фармацевты обычно использовали передозировку лекарства для самоубийства в отличие от стоматологов [8].

По данным К. Naumovska и соавт. [9], у врачей-стоматологов Германии риск суицида тоже повышен, что объясняется профессиональным стрессом. Ретроспективный анализ смертей, проведённый Управлением уголовного розыска Гамбурга и Гамбургского института судебной медицины за 2001-2013 гг. показал, что средний уровень самоубийств среди стоматологов выше, чем среди населения в целом. Для стоматологов он составляет 0,023%, 0,021% – для врачей и 0,013% – для населения. Наркотическое опьянение явилось наиболее распространённым способом самоубийства, совершаемого врачами страны [9].

Исследования M.R. Petersen и соавт. [10] также показали, что стоматологи и терапевты имеют повышенный риск самоубийства, связанный с возрастом. Рассматривая все случаи смерти и соответствующие данные переписи населения в 26 штатах Соединённых Штатов Америки (США), авторы изучили риск самоубийства среди работающих терапевтов и стоматологов с использованием данных о смертности работающего населения в период с 1984 по 1992 гг.; рассчитаны стандартизированные по возрасту коэффициенты самоубийств (suicide rate ratios – SRR) с доверительным интервалом (confidence interval – CI). Результаты показали, что у женщин терапевтов уровень самоубийств выше, чем среди работающего населения США (SRR=2,39, 95% CI=1,52-3,77). У мужчин терапевтов среднего возраста (SRR=0,80, 95% CI=0,53-1,20) и стоматологов (SRR=0,68, 95% CI=0,52-0,89) общий уровень самоубийств снижен. Однако среди пожилых мужчин терапевтов и стоматологов наблюдался повышенный уровень добровольных смертей.

S.E. Roberts и соавт. [11] отмечают, что высокий уровень профессиональных суицидов часто связан с лёгким доступом к способу самоубийства на рабочем месте. В Великобритании сравнивали показатели само-

убийств по всем профессиям, динамику за 30 лет и варьирование в зависимости от профессиональной социально-экономической группы. Использовались национальная статистика профессиональной смертности и данные переписи населения по профессиям и файлы справок о смерти за 1979-1980, 1982-1983 и 2001-2005 гг. Основными показателями результатов были показатели самоубийств на 100000 населения, процентные изменения показателей самоубийств с течением времени, стандартизированные коэффициенты смертности (Standardized Mortality Ratios – SMR) и пропорциональные коэффициенты смертности (Proportional Mortality Ratios – PMR). В 1979-1980 и 1982-1983 гг. профессии с самым высоким уровнем самоубийств (на 100000 населения) включали ветеринаров (первое место), фармацевтов (четвёртое), стоматологов (шестое), врачей (десятое) и фермеров (тринадцатое), имеющих лёгкий профессиональный доступ к способу самоубийства (фармацевтические препараты или оружие). К 2001-2005 гг. произошло значительное снижение показателей самоубийств по каждой из этих профессий, и ни одна из них не вошла в ТОП-30. Все профессии, в которых уровень самоубийств со временем значительно возрос, были связаны с физическим трудом, в то время как профессии, в которых уровень самоубийств снижался, были в основном профессиональными или не связанными с физическим трудом. Однако, различия в показателях самоубийств, которые объяснялись социально-экономической политикой, почти удвоились с 11,4% в 1979-1980 и 1982-1983 гг. до 20,7% в 2001-2005 гг. Социально-экономические факторы в настоящее время, вероятно, являются ведущим фактором, определяющим высокий уровень профессиональных самоубийств в Великобритании. Поскольку рост числа самоубийств среди лиц, занимающихся физическим трудом, произошёл в период экономического процветания, тщательно разработанные инициативы по предотвращению самоубийств будут весьма перспективны [11].

Методы самоубийства

По результатам публикации С. Zimmermann и соавт. [12] распространённость суицидальных методов среди дантистов наибо-

лее близка к общему населению; тот же порядок, но меньше повешений и более частое применение огнестрельного оружия. На пять наиболее часто применяемых способов самоубийства среди населения Австрии в период 1986-2020 гг. приходится 91% всех самоубийств. В общей популяции одинакового возрастного диапазона преобладающим методом было повешение (асфиксия) (44%), далее следовали огнестрельное оружие и взрывчатые вещества (16%), отравления (15%), падение с высоты (10%), и прыжки на движущийся объект (7%). Такое распределение вероятно связано с тем, что доступ стоматологов к смертельным лекарственным препаратам менее распространён, а токсикокинетика и фармакодинамика средств менее знакома по сравнению с врачами анестезиологами и реаниматологами [13]. Хотя SMR (стандартизированный коэффициент смертности) для женщин-стоматологов не был статистически значимым, однако, также был повышен (SMR 1,74; 95% CI=0,81–3,30).

Факторы психологического дистресса

Также важно рассмотреть возможный вклад психических расстройств и доступа к конкретным методам самоубийства. Высокий риск суицида стоматологов в последние годы не снижается. Суицидальные мысли тесно связаны с более высоким уровнем депрессии и психологического дистресса. Врачи дантисты и смежные медицинские сёстры Китая сталкиваются с серьёзными проблемами психического здоровья, которым не уделяется достаточного внимания. Исследование Y. Zhang и соавт. [14] направлено на изучение профессиональных различий в психологическом стрессе между китайскими стоматологами и стоматологическими медсёстрами. В ходе перекрёстного исследования, проведённого Стоматологической ассоциацией Чунцина, медицинскому персоналу, участвовавшему в этом опросе, предложено самостоятельно заполнить ряд анкет, в частности анкету общего состояния здоровья, опросник эмоционального выгорания Маслача и шкалу сожалений о выборе профессии. Также собраны данные о демографических характеристиках и условиях труда. Для изучения влияющих факторов были проведены однофакторный и мно-

гомерный анализы. Из 11 провинций Китая собрано в общей сложности 3020 действительных анкет, в том числе 1855 стоматологов и 1165 стоматологических медсестёр. В целом у 23,8% опрошенных наблюдался психологический дистресс. Доля стоматологов составила 25,7, а зубных медсестёр – 20,8%. Распространённость была на 4,9% выше у стоматологов, чем у стоматологических медсестёр ($p<0,05$). Многофакторный анализ показал, что факторами, связанными с психологическим дистрессом стоматологов, явились низкий доход, эмоциональное выгорание, сильный стресс на работе, сожаление о выборе профессии и отсутствие достаточного личного времени, а для стоматологических медсестёр – это возраст, более низкий доход, более продолжительный рабочий день, выгорание, высокий стресс на работе, низкая удовлетворённость работой, нехватка личного времени и плохая медицинская среда. Распространённость психологического дистресса высока среди стоматологического медицинского персонала. У медсестёр больше факторов риска психологического дистресса, чем у стоматологов. Эти результаты показывают, что необходимо контролировать состояние психического здоровья стоматологического медицинского персонала и применять точные стратегии для стоматологов и стоматологических медсестёр для улучшения их физического и психического здоровья и не допускать суицидальных намерений.

Данные M.S. Norcraft и соавт. [15] отражают высокую распространённость суицидальных мыслей среди практикующих дантистов Австралии. Онлайн опрос 1474 зарегистрированных практикующих стоматологов, проведённый с октября по декабрь 2021 г., показал, что 17,6% респондентов сообщили о мыслях самоубийства в течение предшествующих 12 месяцев, 31,4% – до предшествующих 12 месяцев, и 5,6% признались, что когда-либо предпринимали попытки самоубийства. В многофакторных моделях отношение шансов (Odds Ratio – OR) и вероятность суицидальных мыслей в предшествующие 12 месяцев выше у стоматологов мужчин (OR=2,01), у которых диагностировалась депрессия в настоящее время (OR=1,62), и с предшествующей умеренной или тяжёлой

формами депрессии в анамнезе (OR=2,76), психологическим дистрессом (OR=3,58). Они сообщали об употреблении запрещённых веществ (OR=2,06) или о попытках самоубийства (OR=3,02). У более молодых практикующих стоматологов вероятность недавних суицидальных мыслей была более чем в два раза выше, чем у лиц в возрасте 61 год и старше, при этом более высокая устойчивость привела к снижению вероятности суицидальных мыслей. Авторы не рассматривали поведение, связанное с обращением за помощью, непосредственно связанное с суицидальными мыслями, поэтому неясно, сколько участников активно обращались в организации психического здоровья. Рекомендуется продолжать наблюдение за состоянием психическим здоровьем и разработать программы для обеспечения необходимых вмешательств и поддержки.

Исследование А. Vāmaug и соавт. [16], проведённое в Верхней Баварии (население 3,3 млн человек), выявило 119 самоубийств, совершённых практикующими врачами (67 мужчин и 27 женщин) и стоматологами (19 мужчин и 6 женщин) за 16-летний период 1963-1978 гг. Все самоубийства отслежены по отчётам Баварской коллегии врачей и стоматологов. Уровень самоубийств среди врачей-мужчин в Верхней Баварии был в 1,6 раза выше, чем среди всех взрослых мужчин старше 25 лет. Этот показатель для женщин-врачей возрос в три раза, для мужчин-стоматологов – в 1,3 раза (не значительно повышен), а для женщин-стоматологов – в 2,9 раза, чем для соответствующих показателей взрослого населения мужского и женского пола. Во всех четырёх подгруппах уровень самоубийств был выше среди лиц, живущих в прилегающих сельских или полусельских районах, чем среди жителей Мюнхена (столицы земли). В 59% случаев самоубийство было совершено путём самоотравления. Врачи-мужчины, как правило, совершали самоубийства в возрасте до 55 лет, а врачи-женщины и стоматологи – в возрасте от 45 до 65 лет. Практикующие врачи, кто переехал в Верхнюю Баварию, несколько чаще совершали самоубийство, чем родившиеся в этом районе. Уровень самоубийств был значительно выше среди разведённых, овдо-

вевших или живущих одиноко, по сравнению с лицами, состоящими в браке. Во многих случаях жизнь обрывалась если семья находилась под угрозой краха из-за смертельной болезни, развода или разлуки. Уровень самоубийств повышался среди лиц, не имевших детей или если дети покинули семью. Перед суицидом 15,8% болели или по каким-либо иным причинам не могли работать в течение нескольких месяцев. 55,5% суицидентов проходили психиатрическое лечение в прошлом и 17,6% за неделю до самоубийства, а 37,8% ранее пытались совершить суицид. Хотя стоматологи страдают психическими расстройствами, они, судя по всему, не злоупотребляют алкоголем, табаком и другими психоактивными средствами. Употребление алкоголя среди стоматологов связывается со стрессом. СМИ часто изображают стоматологов и врачей других специальностей (медицинских работников) как людей, находящихся под угрозой самоубийства [17].

А. Rurigene и соавт. [6] приводит доказательства того, что стоматологи более склонны к самоубийству, чем население в целом. Соответствующие данные позволяют утверждать, что женщины-стоматологи могут быть более уязвимы. Интересно, что врачи-стоматологи мужчины подвергаются меньшему риску, чем врачи-мужчины. Избыточный риск самоубийств среди женщин-врачей подчёркивает необходимость более эффективно решать проблемы стресса и психического здоровья.

Изучение возможных факторов риска может помочь в предотвращении самоубийств среди медицинского персонала. Выгорание медицинских работников все чаще ассоциируется с риском самоубийства. Y.D. Ji и соавт. [18] оценили факторы риска суицида для нескольких категорий медицинских работников (хирургов, не хирургов и стоматологов). Авторы проанализировали данные из Национальной системы отчётности о насильственной смерти для выявления всех лиц, покончивших с собой в результате самоубийства в США в период с 1 января 2003 г. по 31 декабря 2016 г. медицинских работников и населения в целом. Медицинские работники подразделены на хирургов, терапевтов и стоматологов. Ковариаты лиц,

умерших от самоубийства, включали демографические характеристики (возраст, пол, раса и семейное положение), истории болезни, наличие психического расстройства, употребление психоактивных веществ и физическое здоровье. Зафиксированы факторы, связанные со смертью от самоубийства – работа, интимный партнёр, финансовые, юридические и другие проблемы. Проведён множественный логистический регрессионный анализ с обратным пошаговым отбором. Всего выявлено 170030 человек, покончивших с собой в период с 2003 по 2016 гг. Из них 767 человек (0,5%) были медицинскими работниками (средний возраст – 59,6 года). В общей сложности 485 медицинских работников (63,2%) были терапевтами, 179 стоматологами (23,3%) и 103 хирургами (13,4%). По сравнению с населением в целом, OR, CI, факторы риска самоубийств среди медицинских работников включали азиатское или тихоокеанское происхождение (OR=2,80; 95% CI, 1,96–3,99; $p<0,001$), проблемы с работой (OR=1,79; 95% CI=1,49–2,17; $p<0,001$), гражданско-правовые проблемы (OR=1,61; 95% CI=1,15–2,26; $p=0,006$), и проблемы со здоровьем (OR=1,40; 95% CI=1,19–1,64; $p<0,001$), психические расстройства (OR=1,45; 95% CI=1,24–1,69; $p<0,001$). По сравнению с населением в целом у медицинских работников более низкий риск самоубийства среди афроамериканцев (OR=0,55; 95% CI=0,36–0,84; $p<0,001$), женщин (OR=0,44; 95% CI=0,35–0,55; $p<0,001$), лиц, не состоящих в браке (OR=0,36; 95% CI=0,31–0,42; $p<0,001$). Медицинские работники, покончившие с собой, реже имели проблемы с интимными партнёрами (OR=0,71; 95% CI=0,60–0,86; $p<0,001$) или с употреблением алкоголя (OR =0,58; 95% CI=0,45–0,73); $p<0,001$) по сравнению с населением в целом. Хирурги имели более высокий риск самоубийства по сравнению с населением в целом, если они были старшего возраста, мужского пола, состояли в браке, азиатского или тихоокеанского происхождения, в настоящее время лечились от психических расстройств и имели проблемы с работой или употреблением алкоголя. По сравнению со своими коллегами-стоматологами, у них был более высокий риск самоубийства, если они были мужского

пола, старшего возраста, женаты и в настоящее время лечились от психических расстройств. Полученные результаты необходимы для улучшения выявления эмоционального выгорания и разработки мероприятий по предотвращению самоубийств среди медицинских работников.

В.В. Arnetz и соавт. [19] проследили за национальной когортой шведских стоматологов в течение 10 лет с 1961 по 1970 гг., и выявили все случаи признанного самоубийства. Был оценён уровень самоубийств среди стоматологов после поправки на социальные и экономические факторы. Результаты показали повышенный стандартизированный коэффициент смертности среди стоматологов мужчин в этот период. Предлагается оценивать этиологическую роль не только психосоциальных факторов, но и психоорганических последствий профессии, в частности, токсического воздействия ртути металлических пломбировочных материалов амальгамы.

Публикация L.M. Jones и соавт. [20] показывает, что стоматологам необходимо иметь представление об индивидуальной предрасположенности к выгоранию и проблемам с психическим здоровьем. Авторы наметили направления решения этой проблемы, включая психологическое вмешательство и программы лучшего управления рисками, ведущими к самоубийству. Авторами отмечено, что факторы, влияющие на самоубийство стоматологов, варьируют от известных профессиональных стрессоров до токсикомании и злоупотребления психоактивными веществами, а также не решенных личных проблем (проблем психического здоровья).

Заключение

Таким образом, данные о повышенном уровне самоубийств среди стоматологов подтверждаются. Большинство доступных исследований сосредоточено на стоматологах-мужчинах, констатируя повышенный уровень самоубийств. В других исследованиях, в которых участвовали как мужчины, так и женщины-стоматологи, обнаружен повышенный уровень самоубийств для обоих полов. Распределение способов самоубийства среди стоматологов наиболее близко к общему населению. Тот же порядок, но меньше

повешений (асфиксий) и большее применение огнестрельного оружия. Некоторые различия в результатах исследования объясняются географическими регионами и странами, культурными и общественными особенностями, различиями в требованиях к обучению, характеристиках работы и напряжённости на рабочем месте.

Литература / References:

1. Brondani M.A., Ramanula D., Pattanaporn K. Tackling stress management, addiction, and suicide prevention in a predoctoral dental curriculum. *J Dent Educ.* 2014; 78 (9): 1286-1293.
2. Sancho F.M., Ruiz C.N. Risk of suicide amongst dentists: myth or reality? *Int Dent J.* 2010; 60 (6): 411-418.
3. Alexander R.E. Stress-related suicide by dentists and other health care workers. Fact or folklore? *J Am Dent Assoc.* 2001; 132 (6): 786-794. DOI: 10.14219/jada.archive.2001.0278
4. Lange B.M., Fung E.Y., Dunning D.G. Suicide rate in the dental profession: fact or myth and coping strategies. *Dent Hypotheses.* 2012; 3: 164-168.
5. Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И., Филоненко А.В. Перфекционизм и депрессия как факторы риска суицида студентов-медиков. *Академический журнал западной Сибири.* 2020; 3: 23-25. [Golencov A.V., Filonenko V.A., Sergeeva A.I., Filonenko A.V. Perfektionizm i depressija kak faktory riska suicida studentov-medikov [Perfectionism and depression as risk factors of suicide in medical students. *Academic J West Siberia = Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri.* 2020; 3: 23-25]. (In Russ)
6. Puriene A., Janulyte V., Musteikyte M., Bendinskaite R. General health of dentists. Literature review. *Stomatologija.* 2007; 9 (1): 10-20.
7. Hawton K., Agerbo E., Simkin S., Platt B., Mellanby R.J. Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers. *J Affect Disord.* 2011; 134 (1-3): 320-326. DOI: 10.1016/j.jad.2011.05.044
8. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Микушин И.А., Скрыбин Е.Г., Аксельров М.А., Приленский Б.Ю., Кичерова О.А., Жмуров В.А., Бухна А.Г. Мышьяк среди средств суицидальных действий. *Суицидология.* 2022; 13 (1): 128-153 [Zotov P.B., Lyubov E.B., Mikushin I.A., Skryabin E.G., Akselrov M.A., Prilensky B.Yu., Kicherova O.A., Zhmurov V.A., Bukhna A.G. Arsenic among means of suicidal actions. *Suicidology = Suicidologiya.* 2022; 13 (1): 128-153]. (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-128-153
9. Naumovska K., Gehl A., Friedrich P., Püschell K. Suizide von Ärztinnen und Ärzten - eine aktuelle Analyse für Hamburg [Suicide among physicians - a current analysis for the City of Hamburg]. *Arch Kriminol.* 2014; 234 (5-6): 145-153. (In German)
10. Petersen M.R., Burnett C.A. The suicide mortality of working physicians and dentists. *Occup Med (Lond).* 2008; 58 (1): 25-29. DOI: 10.1093/ocmed/kqm117
11. Roberts S.E., Jaremin B., Lloyd K. High-risk occupations for suicide. *Psychol Med.* 2013; 43 (6): 1231-1240. DOI: 10.1017/S0033291712002024
12. Zimmermann C., Strohmaier S., Niederkrotenthaler T., Thau K., Schernhammer E. Suicide mortality among physicians, dentists, veterinarians, and pharmacists as well as other high-skilled occupations in Austria from 1986 through 2020. *Psychiatry Res.* 2023; 323: 115170. DOI: 10.1016/j.psychres.2023.115170
13. Савастьянов Д.С., Голенков А.В. О самоубийствах врачей анестезиологов-реаниматологов (краткий обзор литературы). *Академический журнал Западной Сибири.* 2023; 19 (2): 45-48. [Savastyanov D.S., Golencov A.V. On suicides of anesthesiologists and resuscitators (a brief review of the literature). *Academic J Western Siberia = Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri.* 2023; 19 (2): 45-48.] (In Russ) DOI: 10.32878/sibir.23-19-02(99)-45-48
14. Zhang Y., Yan L., Long H., Yang L., Wang J., Liu Y., Pu J., Liu L, Zhong X., Xin J. Occupational differences in psychological distress between Chinese dentists and dental nurses. *Front Psychol.* 2022; 13: 923626. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.923626
15. Hopcraft M.S., Stormon N., McGrath R., Parker G. Factors associated with suicidal ideation and suicide attempts by Australian dental practitioners. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2023; 51 (6): 1159-1168. DOI: 10.1111/cdoe.12849
16. Bämayer A., Feuerlein W. Suicidhäufigkeit bei Ärzten und Zahnärzten in Oberbayern [Incidence of suicide in physicians and dentists in Upper Bavaria]. *Soc Psychiatry.* 1986; 21 (1): 39-48. (In German) DOI: 10.1007/BF00585321
17. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А., Орлов Ф.В., Деомидов Е.С. Самоубийства среди врачей и медицинских работников: Обзор литературы. *Суицидология.* 2019; 10 (3): 42-58 [Filonenko A.V., Golencov A.V., Filonenko V.A., Orlov F.V., Deomidov E.S. Suicide among Physicians and Health Workers: A Review of the Literature. *Suicidology = Suicidologiya.* 2019; 10 (3): 42-58]. (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-42-58
18. Ji Y.D., Robertson F.C., Patel N.A., Peacock Z.S., Resnick C.M. Assessment of risk factors for suicide among US healthcare professionals. *JAMA Surg.* 2020; 155 (8): 713-721. DOI: 10.1001/jamasurg.2020.1338
19. Arnetz B.B., Hörte L.G., Hedberg A., Malker H. Suicide among Swedish dentists. A ten-year follow-up study. *Scand J Soc Med.* 1987; 15 (4): 243-246. DOI: 10.1177/140349488701500407
20. Jones L.M., Cotter R., Birch K.M. A review of occupationally-linked suicide for dentists. *N Z Dent J.* 2016; 112 (2): 39-46.

SUICIDAL BEHAVIOR AMONG DENTISTS

A.V. Filonenko¹, A.I. Sergeeva¹,
V.A. Filonenko¹, A.V. Golenkov^{1,2},
I.I. Sergeev¹

¹I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia;
filonenko56@mail.ru

²Institute for Advanced Training of Physicians of the Ministry of
Health of Chuvashia, Cheboksary, Russia; golenkovav@inbox.ru

Abstract:

Suicidal behavior among dentists is of a major concern in the medical community. There is a need to conduct an analysis of demographic variables, psychiatric morbidity in the profession with paying attention to non-work related stressors. Without proper correction of the mental state, problems arise, including deliberate self-harm such as suicide. *Aim:* The aim of the review is to explore factors associated with suicidal behavior among dental practitioners. *Methods:* Search and analysis of domestic and foreign literature on the problem. *Results.* Most available studies focus on male dentists, finding increased rates of suicide. Other studies that included both male and female dentists found increased suicide rates for both sexes. The distribution of suicide methods among dentists is closest to that of the general population. Same order, but less strangulation asphyxia and greater use of firearms. Factors influencing dentist suicide range from known occupational stressors to substance abuse and addiction, and untreated mental health problems. Some of the differences in study results are attributed to geographic regions and countries, cultural and societal characteristics, differences in training requirements, job characteristics, and workplace tensions. The quality of the data and the use of different outcome measures also contribute to mixed results regarding the risk of occupational suicide among dentists during the transition to Western standards of dental care. *Conclusion.* It is necessary to monitor the mental health of dental medical personnel and apply practical techniques to improve their physical and mental health and prevent suicidal intentions.

Keywords: dentists, suicidal behaviour, suicide; dental auxiliaries; dentists; depression

Вклад авторов:

A.V. Филоненко: разработка дизайна исследования, написание и редактирование текста рукописи;

A.I. Сергеева: написание и редактирование текста рукописи;

V.A. Филоненко: написание и редактирование текста рукописи;

A.V. Голеньков: написание и редактирование текста рукописи;

I.I. Сергеев: написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

A.V. Filonenko: study design development, writing and editing the text of the manuscript;

A.I. Sergeeva: writing and editing the text of the manuscript;

V.A. Filonenko: writing and editing the text of the manuscript;

A.V. Golenkov: writing and editing the text of the manuscript;

I.I. Sergeev: writing and editing the text of the manuscript.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 26.02.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.03.2023.

Для цитирования: Филоненко А.В., Сергеева А.И., Филоненко В.А., Голеньков А.В., Сергеев И.И. Суицидальное поведение стоматологов. *Девиянтология*. 2024; 8 (1): 3-10. DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-3-10

For citation: Filonenko A.V., Sergeeva A.I., Filonenko V.A., Golenkov A.V., Sergeev I.I. Suicidal behavior among dentists. *Deviant Behavior (Russia)*. 2024; 8 (1): 3-10. (In Russ) DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-3-10

ГЕНЕТИКА СУИЦИДАЛЬНОСТИ: КАКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОТКРЫВАЮТ ТЕХНОЛОГИИ ПОИСКА ГЕНОМНЫХ МАРКЕРОВ?

В.А. Розанов

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия
ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург, Россия

GENETICS OF SUICIDALITY: WHAT OPPORTUNITIES OPEN UP WITH TECHNOLOGIES FOR SEARCHING GENOMIC MARKERS?

V.A. Rozanov

Saint-Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia
National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

Сведения об авторе:

Розанов Всеволод Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Место работы и должность: профессор кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6; Главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических состояний и психотерапии ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». Адрес: Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3. Телефон: +7 (812) 324-25-74, электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

В работе обсуждается эволюция исследовательских парадигм в сфере генетики суицидального поведения. Использование стратегии генов-кандидатов в ряде случаев позволяла выявить ассоциации с разнообразными генами нейромедиаторных систем мозга, нейротрофинами и системой стресс-реагирования, однако нередко их опровергала. Стратегия полногеномных ассоциативных исследований (GWAS), которая получила большое распространение в последние годы, и которая опирается на выявление широко представленных в геноме полиморфизмов, не подтверждает те находки, которые были получены в ходе изучения генов-кандидатов, и выдвигает новые маркеры, в основном связанные с развитием нервных структур, иммунной системой и внутриклеточными сигнальными системами. Многие из них отражают роль стресс-уязвимости как ведущего эндотипа и подчеркивают значение ранних этапов развития мозга. Стратегия полноэкзомного сканирования EWAS направлена на поиск относительно редких вариаций в геноме. Этот тип исследований, а также поиск эпигеномных меток, также вносит вклад в понимание генетики суицида, часто выявляя подтверждающие маркеры. В целом стратегии выявления геномных маркеров становятся все более эффективным инструментом установления геномной архитектуры суицида и суицидального поведения в более широком плане.

Ключевые слова: суициды, наследуемость, психогенетика, геномные маркеры, эпигенетика, полногеномные ассоциативные исследования

Самоубийство проявляет семейный характер – уже одно это является основанием предполагать наличие наследуемости, то есть влияния генов. Конвергенция данных, полученных с использованием классических методов психогенетики (семейного, близнецового и метода приёмных детей) позволяет оценить эти генетические влияния в пределах от 30 до 55% [1]. Однако в этой системе координат трудно отделить генетическую предрасположенность к основным психическим расстройствам (депрессия, биполярное расстройство, шизофрения и т.д.) от предрасположенности к суицидальности. Несмотря на то, что в ряде исследований на ос-

нове косвенных данных делается вывод о том, что суицидальное поведение может наследоваться независимо от психопатологии [2, 3], подтверждений этому на уровне генетических маркеров недостаточно. Развивающиеся в последние десятилетия технологии поиска маркеров на основе полногеномных (GWAS) и полноэкзомных (EWAS) ассоциативных исследований в сочетании с функциональными транскриптомными методами позволяют более определенно судить о взаимном перекрывании или об уникальности геномной архитектуры суицидальности и психопатологии. Ещё одним важным направлением исследований в этой области являет-

ся выявление эпигеномных маркеров как дополнительного контура «мягкой наследственности». Всё это является отражением эволюции исследовательских подходов в генетике суицида.

Цель – краткий описательный обзор оригинальных исследований и аналитических статей, посвящённых изучению геномных маркеров суицидальности, анализ их значимости для понимания генетической подоплеку суицида и перспектив их практического использования.

Материалы и методы. Целенаправленный поиск релевантных источников на ресурсах PubMed и eLibrary и синтез данных.

Результаты: Длительное время (более 30 лет) изучение генетических механизмов суицида развивалось в рамках парадигмы генов-кандидатов. За этот период были избирательно изучены ассоциации суицидальных фенотипов (в основном – суицидальных попыток, СП) с генами различных мозговых нейромедиаторных систем, системой стресс-реагирования, системой нейротрофинов, некоторыми другими системами организма, в частности с иммунной, а также с липидным обменом. Направление поиска определялось представлениями о роли этих систем в патогенезе суицида. Однако этот этап исследований привёл к неоднозначным итогам. Так, по данным систематического обзора последних лет, 438 выявленных оригинальных исследований и мета-анализов часто подтверждали ассоциации СП с генами перечисленных систем, и столь же часто опровергали эти взаимосвязи [4]. Таким образом, стратегия генов-кандидатов не завершилась каким-либо явным достижением в сфере генетики суицидального поведения, и даже несколько поколебало наши представления о роли вышеупомянутых систем мозга и организма в формировании эндофенотипов суицида. Особенно эта касается серотонинергической системы мозга, роль которой в патогенезе депрессии всё больше подвергается сомнению, а депрессия рассматривается как трансдиагностический феномен с выраженной вовлечённостью иммунной системы и хронического воспаления [5, 6].

За последние 15 лет многие исследовательские группы переключились на парадигму полногеномных исследований на основе

технологии широкоплотного сканирования генома. Эта стратегия ассоциативных исследований (в английском варианте – genome wide association studies, что и породило аббревиатуру GWAS, которая без перевода используется в большинстве русскоязычных источников) появилась в связи с технологическим прогрессом в области выявления распространённых однонуклеотидных полиморфизмов (SNP) в геноме человека [7]. Как правило, эти геномные вариации представлены двумя аллелями, один из которых (минорный) может, например, быть у 40% всей человеческой популяции, в то время как второй, более распространённый, встречается у 60% всех живущих людей. Этим они разительно отличаются от редких аллелей (мутаций), которые встречаются у очень немногих представителей человеческой популяции, и которые могут быть ответственными за редкие наследственные заболевания типа фенилкетонурии или муковисцидоза [7].

Психические расстройства, черты личности (такие как нейротизм, ассоциированный с суицидальностью), поведенческие особенности (например, импульсивность), а также самоубийство как таковое тоже проявляют семейный характер, однако зависят от множества генов, соответственно, их маркерами теоретически может быть множество SNP, широко представленных в геноме [8]. При этом стратегия GWAS не базируется на существующих патогенетических гипотезах, а наоборот, предполагает возможность выявить новые, базирующиеся на анализе тех геномных вариаций, которые «вскрываются» при сравнении популяций с суицидальными проявлениями с контрольными. Иными словами, в основе GWAS лежит идея о том, что «распространённые вариации в геноме частично (но не обязательно полностью) определяют распространённые болезни или состояния за счёт множественного влияния этих вариаций на их наследуемость» [7].

Необходимо отметить, что в отношении суицида данная гипотеза выглядит не вполне пригодной, поскольку самоубийство – редкое явление (в пределах сотых долей процента, от 0,01 до 0,05 в зависимости от этноса, пола, возраста, культуры и множества других факторов) [9]. Однако если рассматривать феномен суицидальности шире, как суицидальное

поведение, включая внешние (суицидальные попытки, 10% в популяции) и внутренние формы (суицидальные мысли, до 30%) [10, 11], то идея кажется более реалистичной. Поэтому исследования в рамках стратегии GWAS широко анализируют геномные маркеры различных суицидальных фенотипов, от суицидальных мыслей (СМ) до суицидальных попыток (СП) и завершённого суицида (ЗС), пытаясь оценить вклад генетики в эти внутренние и внешние формы суицидальности [4, 12]. Проведённая нами недавно работа показала, что к концу 2014 г. стратегия GWAS по отношению к суицидальному поведению применялась 15 раз, в то время как к концу 2023 г. было опубликовано уже 34 оригинальных исследований и мета-анализа, в которых основной задачей было установление геномных маркеров суицидальности средствами GWAS [13, 14].

Основное заключение, вытекающее из проведённой нами работы, в ходе которой vs оценивали не только методические особенности известных GWAS, посвящённым суицидальным фенотипам, но и провели аннотирование всех выявленных маркеров с учётом их функциональности, заключается в том, что данная стратегия не выявляет те гены, которые ранее фигурировали в ходе реализации стратегии генов-кандидатов, и которые претендовали на определённую роль в патогенезе суицидальности. Это, конечно, не исключает их роли, которая определяется не только генетическим анализом, но и прямым измерением конкретных метаболитов серотонина и катехоламинов, выявлением динамики нейротрофинов, холестерина или полиаминов, связь которых с суицидальным поведением доказана многими исследованиями, включая посмертный анализ ткани мозга жертв суицида [15]. Однако маркеры, выявляемые GWAS, предлагают несколько иное понимание тем нейробиологическим данным, которые получены при анализе генов-кандидатов и посмертного материала нервной ткани.

Многие авторы отмечали, что исследования в парадигме GWAS выявляют большое число ассоциаций с генами, имеющими отношение к процессам развития и формирования нервной системы, нейропластичности, межклеточным взаимодействиям, клеточной

адгезии и пролиферации, внутриклеточным сигнальным системам, и также к иммунным реакциям [16, 17]. Мы высказали предположение, что это является подтверждением моделей стресс-диатеза (или стресс-уязвимости), которые наиболее логично объясняют суицидальное поведение как результат нарушений раннего развития и взаимодействия генов и среды [18]. Стресс – это универсальная реакция, которая охватывает весь организм и практически все его системы, отсюда разнообразие маркеров, которые вносят вклад в уязвимость за счёт влияния на клеточные механизмы при формировании структур мозга. Клеточные дисбалансы в различных отделах мозга, возникшие под влиянием гормонов стресса, особенно на ранних этапах развития, вероятно являются причиной нарушений медиаторных систем, а нарушения синаптогенеза и нейропластичности – причиной структурных особенностей ключевых отделов мозга, выявляемых у суицидентов методами нейровизуализации [13, 14].

Необходимо отметить, что стратегия GWAS создаёт возможность охарактеризовать то, что принято в последнее время называть «геномной архитектурой» сложных расстройств и поведенческих нарушений – всей суммы геномных маркеров с учётом дополнительных методов исследования, таких как белок-белковые взаимодействия, анализ с позиций метаболических путей, когда маркеры оцениваются с точки зрения возможного участия в генных ансамблях, отвечающих за взаимосвязанные процессы в клетке. Применяемые статистические приёмы позволяют также рассчитывать коэффициенты полигенного риска, оценивать взаимное перекрыwanie полигенов психических расстройств и суицидального поведения и точнее устанавливать специфические для каждого из расстройств генетические характеристики. Оценки наследуемости за счёт всей суммы SNP как правило ниже, чем в психогенетических исследованиях, однако в крупных проектах с вовлечением больших контингентов уже приближаются к ним [14].

В то же время, при анализе генетики суицидального поведения нельзя исключить и влияния каких-то редких вариаций в геноме, которые можно обнаружить у суицидентов.

Для этих целей используется иная стратегия, не требующая больших контингентов и сложной статистики, используемой при анализе результатов GWAS. В последнее время секвенирование всего экзома, то есть только кодирующей ДНК, составляющей около 3% всего генома (whole exome sequencing, WES) рассматривается как перспективная стратегия в психиатрии [19]. Сюда же можно отнести выявление других редких вариаций, например, числа копий генов (CNVs) на семейном уровне [20]. В последние годы опубликовано не менее 16 работ на этом направлении, которые привели к идентификации ряда маркеров, в том числе, ассоциированных с нейробиологией и психическими расстройствами [4]. Однако эти находки ещё предстоит верифицировать и оценить с точки зрения патогенеза.

Определённый прогресс наблюдается также в области поиска эпигенетических маркеров суицидальности (прежде всего, сайтов метилирования ДНК). Интересно, что находки полногеномных анализов метильных меток в значительной степени подтверждает находки GWAS. В частности, речь идёт о метках на генах, связанных с нейробиологическими механизмами синаптической пластичности, клеточной дифференцировки, воспаления, внутриклеточных сигнальных систем, развития нервной системы, функции митохондрий, а также механизмов памяти [4]. Концепцию о роли стресс-уязвимости также подкрепляют исследования, в которых выявлено специфическое ме-

тилирование гена рецептора к кортизолу в структурах мозга жертв суицида [21, 22]. Эпигеномные стратегии наиболее сложны и неоднородны, поскольку касаются не только поиска метильных меток в геноме, но и нацелены на идентификацию маркеров на уровне различных структур мозга (метильные метки могут различаться, например, в гиппокампе и коре), а также изучают такие эпигенетические механизмы, как модификации гистонов и синтез микро-РНК. В последние годы такие исследования касаются отдельных клеток префронтальной коры с выявлением индивидуального транскриптомного профиля [23].

Выводы

Современные стратегии выявления геномных маркеров набирают силу и становятся ведущим инструментом изучения генетической подоплеки суицидального поведения. Массовость установления индивидуальных последовательностей ДНК привела к тому, что миллионы геномов отдельных индивидуумов уже хранятся в базах данных различных исследовательских и медицинских центров, в их числе и те, кто охарактеризован с точки зрения суицидальных тенденций. Это обстоятельство значительно ускоряет получение новых результатов и выявление все более статистически значимых маркеров. Для их практического применения в качестве предикторов суицида, судя по имеющимся данным, время ещё не пришло, однако принципиально такая возможность, особенно на основе расчётов полигенного риска, существует.

Литература / References:

1. Voracek M., Loibl L.M. Genetics of suicide: A systematic review of twin studies. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 2007; 119: 463–475. DOI: 10.1007/s00508-007-0823-2
2. Brent D.A., Mann J.J. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics – Seminars in Medical Genetics*. 2005; 133C: 13–24. DOI: 10.1002/ajmg.c.30042
3. Pedersen N.L., Fiske A. Genetic influences on suicide and nonfatal suicidal behavior: Twin study findings. *European Psychiatry*. 2010; 25 (5): 264–267. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2009.12.008
4. Mirza S., Docherty A.R., Bakian A., et al. Genetics and epigenetics of self-injurious thoughts and behaviors: Systematic review of the suicide literature and methodological considerations. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2022; 189 (7-8): 221–246. DOI: 10.1002/ajmg.b.32917
5. Moncrieff J., Cooper R.E., Stockmann T. et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol Psychiatry*. 2023; 28: 3243–3256. DOI: 10.1038/s41380-022-01661-0
6. Beurel E., Toups M., Nemeroff C.B. The bidirectional relationship of depression and inflammation: double trouble. *Neuron*. 2020; 107 (2): 234–256. DOI: 10.1016/j.neuron.2020.06.002
7. Bush W.S., Moore J.H. Genome-wide association studies. *PLoS Comput Biol*. 2012; 8 (12): e1002822. DOI: 10.1371/journal.pcbi.1002822
8. Sokolowski M., Wasserman D. Genetic origins of suicidality? A synopsis of genes in suicidal behaviours, with regard to evidence diversity, disorder specificity and neurodevelopmental brain transcriptomics. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020; 37: 1–11. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2020.06.002
9. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. WHO, 2019.
10. Nock M.K., Borges G., Bromet E.J. et al.. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 2008; 192 (2): 98–105. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.040113

11. Зотов П.Б., Уманский С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения. *Суицидология*. 2011; 1: 3-7. [Zotov P.B., Umansky S.M. Clinical forms and dynamics of suicidal behavior. *Suicidology*. 2011; 1: 3-7.] (In Russ)
12. DiBlasi E., Kang J., Docherty A.R. Genetic contributions to suicidal thoughts and behaviors. *Psychol Med*. 2021; 51 (13): 2148-2155. DOI: 10.1017/S0033291721001720
13. Rozanov V.A., Mazo G.E., Kulemin N.A. Genome-wide association studies in suicidology: a review of recent achievements. *Russ J Genet*. 2020; 56: 769–785. DOI: 10.1134/S1022795420070121
14. Розанов В.А., Мазо Г.Э. Использование стратегии GWAS для идентификации генетических маркеров суицидального поведения (нарративный обзор). *Consortium Psychiatricum*. 2024 (в печати)
15. Furczyk K., Schutova B., Michel T.M., et al. The neurobiology of suicide - A Review of post-mortem studies. *Journal of Molecular Psychiatry*. 2013; 1: 2. DOI: 10.1186/2049-9256-1-2
16. Galfalvy H., Haghighi F., Hodgkinson C., et al. A genome-wide association study of suicidal behavior. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2015; 168(7): 557-563. DOI: 10.1002/ajmg.b.32330
17. Sokolowski M., Wasserman J., Wasserman D. Polygenic associations of neurodevelopmental genes in suicide attempt. *Mol Psychiatry*. 2016; 21 (10): 1381-1390. DOI: 10.1038/mp.2015.187
18. Mann J.J., Rizk M.M. A brain-centric model of suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 2020; 177 (10): 902-916. DOI: 10.1176/appi.ajp.2020.20081224
19. Shah S.B., Peddada T.N., Song C., et al. Exome-wide association study of treatment-resistant depression suggests novel treatment targets. *Sci Rep*. 2023; 13 (1): 12467. DOI: 10.1038/s41598-023-38984-z
20. Sokolowski M., Wasserman J., Wasserman D. Rare CNVs in suicide attempt include schizophrenia-associated loci and neurodevelopmental genes: A pilot genome-wide and family-based study. *PLoS ONE*. 2016; 11 (12), e0168531. DOI: 10.1371/journal.pone.0168531
21. Labonte B., Turecki G. The epigenetics of suicide: Explaining the biological effects of early life environmental adversity. *Archives of Suicide Research*. 2010; 14 (4): 291–310. DOI: 10.1080/13811118.2010.524025
22. McGowan P.O., Sasaki A., D'Alessio A.C., et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*. 2009; 12(3): 342–348. DOI: 10.1038/nn.2270
23. Nagy C., Maitra M., Tanti A., et al. Single-nucleus transcriptomics of the prefrontal cortex in major depressive disorder implicates oligodendrocyte precursor cells and excitatory neurons. *Nat Neurosci*. 2020; 23: 771–781. DOI: 10.1038/s41593-020-0621-y

GENETICS OF SUICIDALITY: WHAT OPPORTUNITIES OPEN UP WITH TECHNOLOGIES FOR SEARCHING GENOMIC MARKERS?

V.A. Rozanov

Saint-Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia; v.rozanov@spbu.ru
National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

Abstract:

The paper briefly discusses the evolution of research paradigms in the field of genetics of suicidal behavior. The use of the candidate gene strategy in some cases made it possible to identify associations with various genes of neurotransmitter systems of the brain, neurotrophins and the stress response system, but often refuted them. The strategy of genome-wide association studies (GWAS), which has become widespread in recent years, and which relies on the identification of polymorphisms widely represented in the genome, does not confirm the findings that were obtained during the study of candidate genes, and instead puts forward new markers mainly related to the development of nervous structures, the immune system and intracellular signaling. Many of these markers reflect the role of stress vulnerability as a leading endophenotype and emphasize the importance of the early stages of brain development. The EWAS full-exome sequencing strategy is aimed at identification of relatively rare variations in the genome. This type of research, as well as the search for epigenomic tags, also contributes to understanding of the genetics of suicide, often confirming findings of GWAS and EWAS studies. In general, modern studies of genomic markers are becoming a potent instrument of research leading to more detailed picture of genomic architecture of suicide and suicidal behaviors.

Keywords: suicides, heritability, behavioral genetics, epigenetics, genomic markers, genome-wide association studies

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 22.03.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 19.04.2023.

Для цитирования: Розанов В.А. Генетика суицидальности: какие возможности открывают технологии поиска геномных маркеров? *Девиантология*. 2024; 8 (1): 11-15. DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-11-15

For citation: Rozanov V.A. Genetics of suicidality: what opportunities open up with technologies for searching genomic markers? *Deviant Behavior (Russia)*. 2024; 8 (1): 11-15. (In Russ) DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-11-15

СУИЦИДОЛОГИЯ: КАЖДЫЙ УМИРАЕТ НЕЗНАКОМЦЕМ?

Е.Б. Любов

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия

SUICIDOLOGY: DOES EVERYONE DIE A STRANGER?

Е.В. Lyubov

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

Сведения об авторе:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Суицидальное поведение (СП) остаётся насущной проблемой общества и здравоохранения. При прогрессе понимания СП точность прогноза самоубийства сегодня не лучше, чем полвека назад. Недостаток научно доказательных данных и всеобъемлющей теории задерживают развитие персонифицированного лечения и профилактики СП. Показаны перспективные пути развития и точки роста дальнейших исследований.

Ключевые слова: суицидальное поведение, изучение, прогноз

Не грусти ...
Рано или поздно всё станет понятно, всё станет на
свой места и выстроится в единую красивую схему,
как кружева.
Льюис Кэрролл «Алиса в стране чудес»

Классический труд Э. Дюркгейма «Самоубийство» [1], выдержавший 125-летнее испытание верности, начат с сакраментального «Необходимо...», и очередное поколение вносит посильную лепту решений и означает векторы и ориентиры. Предстоит разговор о будущем, что легко и приятно в связи с малой ответственностью (опыт Насреддина).

Плохие новости сначала. Способность прогнозировать СП за последние 60 лет не лучше случайности [2]. Большинство суицидентов не относят к группе риска, никогда не наблюдались специалистом (не были в поле зрения полиции / милиции), и большинство относящихся – не совершат суицид. В итоге не знаем, из-за чего совершают суицид. И наши усилия профилактики СП скромны. Многолетний тренд снижения уровней суицидов на Федеральном уровне (на местном –

неоднозначная динамика) в РФ не дезориентирует общественность и специалистов. Не надёжность данных о СП и результатах лечения связана с низкими (слава богу) исходными показателями. Отсутствие международного согласия в суицидологической терминологии, непоследовательные процедуры отчётности затрудняют интерпретацию, сравнение и обобщение результатов исследований. Скрининги грешат ложноположительными результатами, требующими дополнительных ресурсов. Методология точной медицины и стандартизированные критерии статистической отчётности облегчат мета-аналитические подходы. Следует поощрять исследования СП в странах с низким и средним уровнем дохода населения, на которые приходится большинство самоубийств [3], в регионах с «контрастной статистикой» СП. Для повышения внешней валидности исследований важно, чтобы критерии включения и исключения приводили к выборкам, отражающим СП в реальном мире.

Хорошие новости питают осторожный научно взвешенный оптимизм. СП – трагический (но принципиально предотвратимый)

итог взаимодействия (нейтрализации, потенцирования) нейробиологических, психологических и социальных факторов, биопсихосоциальный и экзистенциальный феномен.

Дизайн и подходы. Визуализация головного мозга вносит вклад в понимание специфических маркеров риска СП, отчасти объясняя нарушения эмоциональной и когнитивной (процесса принятия решений) регуляции. Мобильные телефоны (смартфоны) обеспечивают неусыпный мониторинг риска СП в режиме реального времени в естественных условиях. Экологическая сиюминутная оценка колебаний суицидальных мыслей в основе своевременных целевых вмешательств. Социальные сети использованы юными для сообщения о кризисе с призывом о помощи. Методы интеллектуального анализа текста и машинного обучения применены к социальным сетям для выявления языковых маркеров риска СП. Необходимы руководящие принципы наилучшей практики, чтобы обеспечить безопасное и этичное внедрение этих технологий. Обратный отсчёт по временной шкале (timeline followback). «Старая-новая» методология из наркологии оценки поведения / триггерных негативных жизненных событий в дни и часы / недели до СП. Неявные (имплицитные) когнитивные представления (установки) о смерти проясняются. Бессознательная ассоциация с желанием жить или умереть может быть включена в систему предупреждения СП в реальном времени при нежелании раскрывать суицидальные намерения, воздействует на автоматические процессы управления поведением наряду с рефлексам. Машинное обучение – многообещающий инструмент прогнозирования СП, определения показателей модели (выбор новых переменных) и взаимодействия индикаторов и выделения основных групп риска. Подход обещает масштабируемое (по требованиям МЗ РФ) и эффективное выявление риска СП. Обсуждаются потенциальные барьеры на пути интеграции алгоритма в клиническую практику, сопутствующие этические проблемы. Большие данные – массив разнообразной информации, оперативно обрабатываемый автоматизированными инструментами для статистики, анализа, прогнозов и принятия решений. Статистические

и вычислительные возможности больших данных и машинного обучения комбинируют множество факторов прогноза риска СП, но недостаточно учитывают сложность суицидогенеза и его индивидуальные различия (как набор предупреждающих знаков), подчеркивая важность многофакторного подхода к пониманию риска СП. Сетевой анализ – статистический метод в психопатологии в целом и СП в частности – исследует сложные связи факторов риска или симптомов; определяет центральные симптомы в сети, выделяя мишени лечения. Неясно пока, у каких симптомов оптимальная прогностическая сила. Качественный анализ – возвращается, обогащённый новыми методами и видением проблемы, в арсенал суицидологии: феноменологическое (К. Ясперс) исследование непосредственного переживания через призму личного опыта показывает, каково быть в суицидальном кризисе. Привлечены свидетельства «выживших» (близких жертвы СП): страдания и тяготы жизни при истощающих попытках понять, страх осуждения и самоубийств, разрушение оставшейся семьи, добровольно-невольное одиночество и двусмысленное молчание. Знания о СП сокращают разрыв между этиологией на основе феноменологии и патофизиологической этиологией.

Объяснительные модели предполагают особые факторы и процессы СП. Интегративная модель СП (Положий Б.С., 2010) детализирует концепцию «диатез-стресс» J.J. Mann. Факторы риска (биологические, клинические и личностно-психологические, социальные и этно-культуральные) отличны по значимости и взаимосвязям на индивидуальном уровне. Кубическая, межличностная, интегрированная мотивационно-волевая или трёхступенчатая модели – в русле концепции «от идеи к действию». Факторы риска суицидальных мыслей и попыток самоубийства / суицида оказываются различными, формируя понимание суицидального процесса и основу целевых вмешательств. Модель нарративного суицидального кризиса (Galynker I., 2017) связывает дистальные факторы риска СП (личностная суицидальная predisпозиция, по А.Г. Амбрумовой, с неблагоприятными (стрессогенными) событиями жизни как

спусковыми крючками острого пресуицидального состояния. Острый (нескольких часов) суицидальный нарратив запускает невыносимо мучительный, острейший (минуты) когнитивно-аффективный кризисный синдром в виде ажитации и потери когнитивного контроля с руминацией непродуктивных мыслей. Эмпирическим исследованиям и теоретическим моделям СП не хватает ницшеанских «костылей доказательности».

Дименсиональные критерии СП как трансдиагностического феномена (согласно концепции «суицидальной болезни» DSM-V). Традиционные анализы факторов риска / предикторов СП фокусированы на мыслях о самоубийстве и попытках в качестве переменных результата, ограничены малым набором предикторов. Современные и будущие исследования СП вместо «обычных подозрений» (депрессии, социально-демографических характеристик) привлекают внимание к предикторам СП через призму доменов. Доказателен домен отрицательной валентности в области безнадежности (не связанной с депрессией) и все больше доказательств факторов модели СП (обременённость, поражение / попадание в ловушку).

Междисциплинарные исследования уместны для использования новых технологических разработок. Приходит пора нового синтеза в русле концепции самоорганизации – единства биопсихосоциального процесса в ядре интегративных, целостных наук о жизни.

Направления исследований СП

Отдалённые (дистальные) факторы риска СП. В фокусе внимания неблагоприятный детский опыт (типичные ранние психотравмы). На другом конце спектра социального контекста влияние Сети. Набирают ход *эпигенетические исследования биомаркеров уязвимости к СП* (низкой стрессоустойчивости). Нарушения в серотонинергической и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системах реагирования на стресс связаны с уязвимостью к СП. Растущее признание влияния внешних факторов, включая невзгоды раннего возраста, на экспрессию генов, привело к изменению интерпретации взаимосвязи между стрессом, психическими расстрой-

ствами и склонностью к СП. Нарушенные реакции на кортизол и передачи сигналов глутамата повышают риск самоубийства. МикроРНК может играть решающую роль в риске СП.

Ближайшие (проксимальные) факторы риска СП. В центре внимания – суицидальные мысли как полюс суицидального континуума. Суицидальные мысли могут служить единственным предупреждающим признаком СП пожилых. Вопрос вопросов: где грань внутренних и внешних форм СП. Дюркгейм подчеркнул центральную *роль социальных факторов* в этиологии СП. Градиент самоубийств связан с неблагоприятным социально-экономическим положением (безработицей). Социальные разобщённость, одиночество (аномия) подчёркнуты межличностной и особенно интегрированной мотивационно-волевой и трёхступенчатой моделями СП. Мишель Фуко вернул аристотелево понимание СП как нарушения отношений человека и государства. На фоне отчуждённости, раскрепощённого насилия увеличен социальный контроль над жизнью. Свобода выбора в центре философии экзистенциализма: отчего не убить себя, коли жизнь не в ладу с здравым смыслом. По А. Камю, вопрос о самоубийстве «проверочный»: стоит ли или не стоит жизнь того, чтобы её прожить – ответ на основной вопрос философии. Вслед мировым войнам, гуманистическому кризису и террористическим атакам суицид стал средством борьбы, в которой жизнь и смерть представлены манифестом. Требуют уточнения потенциально суицидогенные симптомы, напрямую не связанные с психическими расстройствами и сохраняющиеся по их минованию как бессонница, хроническая боль.

Суицидогенез. Перспективно изучение СП в общих координатах понимания человека как открытой системы, пожизненно ищущей равновесия и через энтропийный кризис – очередного обновления. Крутой поворот к смерти суицидента суть точка «выбора» перспектив обновления (восстановления) или распада (саморазрушения). Пессимальный вариант повышения энтропии системы приводит к нарастанию хаоса и гибели. Синергетика (Г. Хакен) суицидогенеза в сло-

жении (кумуляции) факторов риска. Рвутся старые и возникают новые связи в итоге влияния случайных факторов (флуктуации, «ломающие хребет»), внешних и внутренних условий, качества поступивших в систему ресурсных потоков (вещество, энергия, информация). Поэтому мало информативен, но нагляден сетевой анализ СП. Статистическая зависимость – обычно не причинно-следственная.

Антисуицидальные («негэнтропийные») факторы следует уточнить, стимулировать и развивать. Психическое здоровье – результат минимальной энтропии в результате саморегуляции, гармоничных взаимодействий элементов личности (цели, ценности, аффект, поведение). У суицидента мало шансов (ресурсов) сохранить устойчивость за счёт переструктурирования и формирования нового порядка. Борьба за существование – борьба за уменьшение энтропии. В «школах жизнестойкости» важно обучать рациональному преодолению типовых жизненных неурядиц. Развитие ожидает самообучающие модули с обратной онлайн связью, особо полезные в отдалённых частях страны.

Гендерная суицидология. Риск самоубийств мужчин превышает число самоубийств женщин (соотношение в России 5-6:1). Маскулинность может повысить уязвимость к СП. Мужчины реже обращаются за помощью, (само) стигматизированы и неохотно сообщают о проблемах психического здоровья, отсюда задача мотивации на лечение и профилактику. Поддержка и услуги не разработаны с учётом половых различий.

Постсуицид – этап суицидогенеза с важным прогностическим значением. СП как катарсис (по Ф. Достоевскому) может привести к «новой» (второй) жизни, в том числе со сдвигом мировоззренческих установок. Изучение актуализировано в связи с интересом к изменённым состояниям сознания и их последствиям.

СП и пандемии. Последняя высветила лиц с низкой стрессоустойчивостью, требующих разработки бригадного целевого подхода в связи с психиатрическими и общемедицинскими осложнениями болезни или её боязнью.

Группы высокого риска СП неоднородны и будут уточнены. Лечебно - профилактические программы в идеале обращены к профилям уязвимых СП (подход доказательной медицины) с различным набором факторов риска. СП представляет ряд разнородных фенотипов и действий, как попытки самоубийства (преднамеренный жест, направленный на смерть и требующий оценки или лечения) и суицид. СП классифицировано в соответствии с интенциональностью субъекта (желание убежать, месть, альтруистическое самоубийство, принятие риска, ордалическое поведение, самопожертвование), суицидальными мыслями, способами самоубийства (брутальными и «мягкими»), степенью летальности (с необходимостью реанимации или без неё), степень нарушения когнитивных функций (агрессивное и импульсивное поведение), отягчающие или провоцирующие обстоятельства (спутанность сознания, интоксикация, специфический социально - демографический контекст) и наличие психиатрических или других сопутствующих заболеваний. Лучшее понимание перехода от суицидальных мыслей к попыткам самоубийства / суициду и различий совершающих попытки с низкой и высокой летальностью. Заслуживают систематических антикризисных лечебно-профилактических усилий представители малых народов Севера и Дальнего Востока, деструктивных сект (подчеркивающими культуральный аспект СП), вынужденные (беженцы) и трудовые мигранты и их дети, безработные, бездомные. Проваливаются меж ячей тугоподвижной суицидологической помощи больные с «двойными диагнозами» (злоупотребляющие ПАВ, соматические больные); не развита поственция (работа с «выжившими»), в том числе оперативная работа с учащимися. Пожилые менее склонны к суицидальным попыткам, чем представители других возрастных групп. Соотношение попытки / суицид («на холоду», на фоне экзистенциальной депрессии) 1:1.

Не страдающие психическими расстройствами. А.Г. Амбрумова выделила шесть типов непатологических ситуационных реакций, но описывала краткосрочные кризисные состояния. Внедрение в МКБ и

DSM «суицидальной болезни» дестигматизирует и демедиализирует СП.

Маршруты поиска антикризисной помощи. Период между появлением мыслей о суициде и обращением за помощью обычно не менее 3-5 лет (как при нелеченом психозе). Многочисленны барьеры лечения, как стигматизация и стыд, низкая воспринимаемая потребность, предпочтение самоуправления, доступность и стоимость помощи.

Ориентиры антикризисной помощи

Критерием доступности и привлекательности специализированной помощи становится сокращение «листа ожидания». Пока суицидологические службы организованы в крупных городах и базируются в психиатрических учреждениях, что перечеркивает базисные принципы организации и функции первых. В этой связи особо важно развитие антисуицидальных сайтов. Подход «один размер не подходит всем» порочен, приходится адаптировать лечебно-профилактические мероприятия к конкретным группам риска.

Психосоциальные специфичные вмешательства. Показан эффект индивидуальной (не групповой) когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в снижении риска СП взрослых по сравнению с «обычным лечением». Краткие интенсивные вмешательства основаны на интегрированной мотивационно-волевой модели СП и обещают снизить риск рецидива СП в повседневных условиях. Психосоциальные вмешательства не более эффективны в снижении риска СП больных острых психозов, чем контрольные вмешательства. Психосоциальные и поведенческие вмешательства, непосредственно направленные на устранение суицидальных мыслей и поведения, эффективны сразу после лечения и в долгосрочной перспективе. Для сохранения долгосрочной эффективности требуется постоянный контакт с пациентом. Групповая терапия и интернет-терапия экономически эффективны [4]. Но распространяются ли положительные эффекты психотерапии для предотвращения самоубийств за пределы РКИ.

Онлайн-вмешательства доступны в любом месте и время, относительно дешевы и конфиденциальны, эффективны в управле-

нии суицидальными мыслями. Привлечено внимание к суицидальным мыслям как цели лечения, а не как эпифеноменам психического расстройства. Предстоят клинические испытания эффективности специфических для СП стратегий профилактики и вмешательства.

Школьные программы при поддержке сверстников направлены на обучение навыкам преодоления трудностей и жизнестойкости; своевременного обращения за помощью. Скрининг способствует выявлению групп риска СП.

Психофармакотерапия. Скромны доказательства антисуицидального эффекта. Лучшие доказательства у клозапина (при шизофрении), лития и сочетанного эффекта психосоциального и лекарственного лечения. Ряд факторов риска (как депрессия, контроль эмоций) поддается изменению с помощью целенаправленного вмешательства, подчеркивая важность всесторонней и динамической оценки пациентов.

Привлечение обученных добровольцев. Важны разработка и совершенствование лечения и профилактики СП с опорой на личный опыт совладания с суицидальным кризисом и в изображении СП в СМИ; участие медицинских и социальных работников в разработке учебных программ, тренингов по предотвращению самоубийств.

Следует выявлять и помочь справиться с суицидальными мыслями на ранних стадиях суицидального процесса, улучшить навыки совладания, социальные навыки и способность решать проблемы. Мало специфичных для СП методов лечения, доступных в реальном мире. Необходимы исследования приемлемости и осуществимости конкретных вмешательств и их сочетания с определением механизмов действия, объясняющих терапевтические изменения; анализы экономической эффективности и полезности подходов лечения и предотвращения СП. Большинство исследований сосредоточены на краткосрочном остром риске и лечении СП. Недостаточны доказательства эффективности психотерапии и фармакотерапии и профилактики СП в повседневной практике. РКИ недостаточно действенны для выявления изменений в уровнях самоубийств и, в лучшем случае,

используют попытки самоубийства в качестве основного результата. Преимущества способствуют исследования с общими конечными точками результатов, облегчая мета-анализы. Размеры выборок исключают возможность уточнения эффективности вмешательств в определённых группах участников (женщин). Создание национальных и международных сетей или центров исследования самоубийств облегчит крупномасштабные РКИ. Необходима разработка и распространение методов лечения, направленных на суицидальные мысли, особо для группы пожилых мужчин (например, в центрах социального обслуживания, интернатах) с наибольшим уровнем самоубийств. Определение механизмов действия позволит разработать эффективные, целенаправленные методы лечения и может дать представление, какие методы лечения и для кого работают лучше всего. Систематическая регистрация проб уменьшит «эффект картотеки» (отрицательные результаты утаивают от общественности).

Бремя СП. Объективизация социально-экономического бремени СП с привлечением «неуловимых» затрат (как чувство вины, самостигматизация) – обосновывает развитие программ профилактики с гуманным и ресурсосберегающим (жизнесберегающим) потенциалом – укажет актуальность и ресурсосберегающий потенциал профилактической программы. Важно сопоставление бремени СП с таковым болезнью, приоритетных для финансирования здравоохранения (как сердечно-сосудистые и онкологические).

СП и эвтаназия. Право на жизнь и свободу не оправдывает и не легализует «естественный выбор» самоубийства или «обязанность умереть». Пожилые (инвалиды) могут счесть себя бременем близким (государству). Этические проблемы очевидны. Уход за смертельно больными всё более дорогостоящий, не будет ли это стимулировать суициды немощных? Не детализированы вопросы об эвтаназии несовершеннолетних (младенцев), прекращении жизни пациента без прямой просьбы (вынужденная эвтаназия). «Разумное самоубийство» сегодня поддержано 1/2 общественности и медицинского сообщества

при непереносимой боли и смертельной изнурительной телесной болезни «в здравом уме». Сталкиваются стремление общества регулировать срок смерти и желание индивида решать вопрос самостоятельно. Муки старости и недуга неизменно трогают имеющего грань эмпатии. Участие СМИ в общественных дебатах о легализации «суицида при помощи», необходимо, ведь у людей «мало опыта». Но порой СМИ, ратуящие за личную независимость, оправдывают «милосердные убийства» руками близких как этически и социально приемлемые. В перспективе для России – актуально повышение качества и количества (доступности) паллиативной помощи. Как альтернатива добровольной смерти с 60-х гг. XX в. В мире открыты хосписы с реабилитационными программами (модулями обучения уходить из жизни естественно и достойно).

Научно доказательные подходы профилактики СП следует тиражировать и адаптировать к местным условиям. Многоуровневая система профилактики (универсальная, селективная, индикативная) формирует основу деятельности по предотвращению самоубийств во всем мире. Обширны пробелы знаний, что именно помогает предотвратить СП и как взаимодействуют уровни профилактики, каков синергизм компонентов стратегий предотвращения самоубийств. В свете смены парадигмы, отхода от «одинакового» подхода к предотвращению СП важны доказательства успешности стратегий профилактики в различных группах риска населения и условиях (например, в школах). Следует изучить эффективность методов предотвращения СП в многопрофильных больницах (как междисциплинарного обследования в постсуициде); психиатрических учреждениях и особо по выписке из больниц, ведения больных с «двойным диагнозом». Целостная стратегия «Нулевое самоубийство» [5] утверждает, что каждое самоубийство можно предотвратить при своевременной, персонифицированной помощи в рамках радикальной, преобразующей и систематической программы. «Ликвидация самоубийств» становится центральной целью на национальном, государственном, городском и деревенском уровнях. Полезно выявить компоненты успешного вмешательства

в повседневной практике и улучшить доступность доказательно эффективных методов диагностики и лечения СП. Например, в сельской местности технологий телемедицины, приложения для смартфонов, текстовых сообщений, веб-вмешательств или чатов как самостоятельные вмешательства или дополнение к очным методам. Новые протоколы включают извлекающих наибольшую пользу из результатов исследований. Дополнительной краткосрочной целью служит разработка мероприятий для групп высокого риска, например, представителей ЛГБТК сообщества, выживших (поственция). Научно-доказательной базой Национальной программы предупреждения суицидов и предшествующих ей стандартов антикризисной (суицидологической) помощи станет ряд логично связанных и последовательных действий. Предстоит многосторонняя (клинико-социальная и экономическая) и многоаспектная (включая позиции суицидентов и их близких) динамическая оценка деятельности континуума функционально-структурных звеньев службы в русле внедиспансерного раздела психиатрической службы нового типа, ориентированного на личностно-социальное восстановление, а не изоляцию и попечение. Необходимы оценка ресурсов и резервов местных суицидологических служб (подразделения, кадры), выявление их потребностей (уточнение функциональных обязанностей и нагрузки работников) и резервов улучшения эффективности; систематический мониторинг СП на уровнях психиатрической службы, региона, страны с привязкой к клиническим, социально-экономическим, этнокультуральным факторам. Будет продолжен поиск клинических и нейробиологических маркеров и изучение прогностических факторов СП в социо-демографических, профессиональных и клинических группах риска (при масштабных скринингах), защитных (антисуицидальных) факторов как рациональная фармакотерапия, формальная и неформальная помощь и поддержка. Перспективны антисуицидальные сайты с участием обученных добровольцев (с опытом успешного преодоления кризисных состояний) и онлайн консультирования профессионалов. Предстоит развитие сети мобильной и гибкой социально-психологической помощи в территориальных по-

ликлиниках, ВУЗах, центрах занятости населения, социальных центрах обслуживания; в зонах особого риска СП – селяне, бездомные, правонарушители. Мало задействован ресурс духовной (религиозной) поддержки, модулей развития жизнестойкости (повышения стрессоустойчивости). Организационной проблемой остаётся обеспечение преемственности помощи суицидентам и их близким. Следует заняться целевым обучением и повышением квалификации работников службы, интернистов (особо – выявлению депрессии), преподавателей, работодателей, командиров РА, полицейских, школьных и армейских психологов. Неотъемлемыми частями типовой профилактической программы служат широкая просветительская (разъяснительная) работа с населением; мероприятия по ограничению доступа к средствам суицида (не только огнестрельное оружие: безрецептурная продажа медикаментов, защитные заграждения в метро и на мостах), разработка рекомендаций для СМИ по непредвзятому освещению СП.

В историко-философском (аксиологическом) аспекте сдвиг отношения к суициду от страха и отвержения к терпимости, сочувствию указывает меру понимания СП. Жертва вызывает сострадание (невыносима мука бытия), самоубийство менее вызывает ужас и общественное осуждение как отклоняющееся поведение, что снижает порог страха смерти. Моральные оценки поступков зависят от их необратимости (С. Лем). Если бы мы могли воскрешать мёртвых, убийство (и самоубийство), оставаясь дурным поступком, перестало бы быть преступлением. Философы, художники, психологи превратили самоубийство в лабораторию важнейших проблем бытия: душа и тело, субъект и объект, человек и Бог, человек и общество, часть и целое [цит. по 6]. Предстоит осознать и одолеть «антропологическую катастрофу». Ответственное поле деятельности XXI столетия в возвращении человеку понимания следствий его поступков, идея личного спасения.

Жизнь и смерть: присутствие и тайна. У Рильке Смерть – сторона Жизни, где маячат далеко-близко потеря, изменение, боль, болезнь, горе, ночные страхи, чувство разности к остальному творению... И неистребимо

стремление понимания двух неделимых сфер. Вездесущее проникновение погружает в сокровенное бытие.

Таинственна ли жизнь ещё?

Таинственна ещё.

А. Кушнер

Литература / References:

1. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. Пер. сокр. М.: Мысль, 1994. 400. [Durkheim E. Suicide: A sociological etude. Per. sokr. M.: Mysl, 1994. 400.] (In Russ)
2. Franklin J.C., Ribeiro J.D., Fox K.R., et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychol. Bull.* 2017; 143, 187-232.
3. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014; 102. [Suicide prevention: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014; 102.] (In Russ)
4. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Носова Е.С. Научная доказательность и экономическое обоснование предупреждения суицидов. *Суицидология.* 2019; 10 (2): 23-31. [Lyubov E.B., Zotov P.B., Nosova E.S. Evidence-based strategies and economic arguments for a policy of suicide prevention. *Suicidology.* 2019; 10 (2): 23-31.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-23-31
5. Brodsky B.S., Spruch-Feiner A., Stanley B. The zero suicide model: applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *front. Psychiatry.* 2018; 9: 33.
6. Любов Е.Б., Зотов П.Б. К истории отношения общества к суициду. *Суицидология.* 2017; 8 (4): 9-30. [Lyubov E.B., Zotov P.B. On the history of society's attitude to suicide. *Suicidology.* 2017; 8 (4): 9-30.] (In Russ)

SUICIDOLOGY: DOES EVERYONE DIE A STRANGER?

E.B. Lyubov

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

Abstract:

Suicidal behavior (SB) is a major public health concern. In recent decades, there have been many welcome developments in understanding SB. Despite these developments, however, significant challenges are still in place. Accuracy of suicide risk prognosis is no better today than it was half a century ago. The lack of scientific evidence and comprehensive theory delay the development of personalized treatment and prevention of SB. Promising ways of development and growth points of further research are shown. New developments and challenges in research and practice were synthesized, giving due attention to implications for psychosocial interventions. Key new developments and challenges include: employing novel techniques to improve the prediction of SB; testing and applying theoretical models of SB; harnessing new technologies to monitor and intervene in suicide risk; expanding SB prevention activities to low and middle-income countries; moving toward a more refined understanding of risk groups and developing tailored interventions; importance of multidisciplinary working and the challenges of implementing interventions in practice.

Keywords: suicidal behavior, challenges, prognosis

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 29.03.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.04.2023.

Для цитирования: Любов Е.Б. Суицидология: каждый умирает незнакомцем? *Девиантология.* 2024; 8 (1): 16-23. DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-16-23

For citation: Lyubov E.B. Suicidology: does everyone die a stranger? *Deviant Behavior (Russia).* 2024; 8 (1): 16-23. (In Russ) DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-16-23

50 ТИПИЧНЫХ СЛУЧАЕВ “MERCY KILLING” ИЗ РОССИЙСКОЙ ДЕЙТЕЛЬНОСТИ

А.В. Голенков

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей Минздрава Чувашии», г. Чебоксары, Россия

50 TYPICAL CASES OF “MERCY KILLING” FROM RUSSIAN REALITY

A. V. Golenkov

Chuvash State University named after. I.N. Ulyanova, Cheboksary, Russia
Institute for Advanced Medical Studies, Cheboksary, Russia

Сведения об авторе:

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; Researcher ID: C-4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»; проректор по научной работе ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей Минздрава Чувашии». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Электронный адрес: golenkovav@inbox.ru

“Mercy killing” (МК) или убийство из милосердия, – своеобразное избавление человека от каких-либо страданий путём умышленного прекращения его жизни. *Цель исследования* – изучение случаев МК в регионах России (РФ). *Материал и методы.* В электронных региональных средствах массовой информации в 2006-2024 гг. найдено 50 случаев МК, совершённых 32 мужчинами и 18 женщинами в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст – 55,0±15,0 года) в 28 регионах РФ. Учитывались пол, возраст и семейное положение агрессора (caregiver) и жертвы, орудия убийства и мотивы его совершения, сведения о психических расстройствах; в случаях совершения убийцами самоубийств регистрировался его способ ухода из жизни. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики и χ^2 -распределения. *Результаты.* Выявлены четыре группы МК: с психическими расстройствами у жертв (39,2%), с онкологией (25,5%), с последствиями инсульта (21,6%), прочие неизлечимые заболевания, врождённая тяжёлая патология и коморбидная патология (13,7%). Добровольные МК наблюдались только у жертв с онкологией (предпринимали суицидальные попытки, просили разных членов семьи об убийстве, оставляли записки), в других случаях МК (чаще?) было недобровольными (в репортажах не упоминались просьбы об убийстве). Агрессорами чаще были супруги и родители, а жертвами – их «половинки», близкие родственники и больные дети. Жёны достоверно чаще убивали своих парализованных мужей, родители – своих больных детей, в частности, сыновей с психическими расстройствами, а дети – родителей (матерей) с онкологической патологией. Агрессорами чаще были лица мужского пола, а жертвами – женского. Возраст жертв колебался от 1 года до 93 лет (средний возраст – 48,1±24,4 года). Самоубийства после убийства совершили 20 агрессоров (10 мужчин, 10 женщин), чаще те, кто убил своих близких родственников (детей) с психическими расстройствами. *Заключение.* Случаи МК редко описываются в репортажах электронных региональных средствах массовой информации и реальная статистика этого явления в РФ до сих пор неизвестна. Причинами для убийств близких родственников из сострадания являлись выраженные психические расстройства (чаще всего состояния врождённого слабоумия), онкологическая патология со стойким болевым синдромом, последствия инсульта, тяжёлые соматоневрологические и наследственные заболевания, которые различаются по полу и в группах родственников больных. В 40% случаях после МК агрессоры совершали самоубийства.

Ключевые слова: убийство из сострадания, типы, самоубийство после “Mercy killing”, Россия

По определению Кембриджского словаря и тезауруса для продвинутых учащихся убийство из милосердия (“Mercy killing” [МК]) в переводе с английского означает «убийство человека, который очень болен

или очень стар, чтобы он больше не страдал» [1]. Оно бывает добровольным (по желанию страдающего каким-либо недугом человека) и недобровольным (насильственным, просьба о помощи в намеренном уходе из жизни

отсутствует, принимается агрессором сугубо по собственным мотивам) [2]. Если это эвтаназия (Медицинская помощь при смерти или «смерть при содействии врача» [medical assistance in dying – MAiD] в странах, где она легализована), то смерть должна ещё быть лёгкой и безболезненной, согласие оформлено в дееспособном состоянии, а больные находятся в терминальной стадии соматического (например, нейроонкология) заболевания [3].

Убийства лиц, осуществляющих уход за членами семьи, к которым относятся убийства, убийства-самоубийства и попытки убийства-самоубийства часто привлекали внимание средств массовой информации (СМИ). Но они не привели к устойчивому общественному вниманию и до сих пор не простимулировали эпидемиологические, клинические, психосоциальные и криминологические исследовать. Распространённость их в США неизвестна, потому что нет национального механизма надзора, и знание характеристик жертв и преступников ограничены скудными исследованиями. Отсутствие данных о МК также характерно и для других стран мира [4].

Данные об 68 убийствах, собранные в американской Национальной системе отчётности о насильственных смертях (NVDRS) в период с 2003 по 2007 гг. со стороны лиц, осуществляющих уход, подразделились: на убийства по неосторожности (n=17), только умышленное причинение вреда жертве (n=21) или убийства с последующим самоубийством преступника (n=30). Взрослые жертвы убийства опекуна (caregiver) были вдовами в 42,6% случаев, неиспаноязычными – в 97,1%, белыми – в 88,2%, женщинами – в 63,2%, убитыми в своих домах – в 92,6%, с применением огнестрельного оружия – в 35,3% или вследствие умышленного прекращения ухода в 25,0%, со стороны мужа (в 30,9%) или сына (в 22,1%). В 48,5% случаев они находились в возрасте 80 лет и старше, в 42,6% – от 50 до 79 лет и в 0,9% – в возрасте от 20 до 49 лет. Многие случаи убийств, совершённые caregiver, были вызваны физическим заболеванием жертвы или лица, осуществляющего уход, возможностью получе-

ния финансовой выгоды агрессора, употреблением им психоактивных веществ (ПАВ) или наличием психических расстройств (ПР), или надвигающимся кризисом в жизни опекуна, не связанным с болезнью. По мнению авторов исследования, понимание уязвимостей жертв, характеристик подозреваемых и множества типов мотивации такого убийства является ключом к разработке эффективных мер их профилактики [5].

Схожие данные по убийствам 59 пожилых людей в Австралии получили В. Kennedy и соавт. [6]. У 66% жертв были зафиксированы соматические заболевания (плохое здоровье), более трети родились за границей (37%) или недавно имели контакт с врачами общей практики и социальными службами (36%). Правонарушители часто в прошлом употребляли запрещённые наркотики или алкоголь (63%), имели подтверждённые ПР (63%) и подвергались насилию в прошлом (61%). Преступник и жертва, как правило, находились в интимных (семейных) или родственных отношениях (63%). Инцидент преимущественно произошёл в доме жертвы (73%), с применением колюще-режущих предметов (36%), физической силы (31%) или тупого оружия (20%). В США в 2018 г. одним из распространённых мотивов убийства с применением огнестрельного оружия являлась болезнь [7].

В наших предыдущих исследованиях мы описали 10 случаях МК с последующим самоубийством [8, 9] и 11 случаев МК больных с онкологической болью [10]. В первом случае речь преимущественно шла об убийстве родителями детей с умственной отсталостью из-за невозможности осуществлять за ними уход, связанный с неизлечимой болезнью опекуна и её прогрессированием. В другом, – были обнаружены дефекты при оказании противоболевой помощи онкологическим больным, своеобразные «барьеры», заблуждения пациентов и членов их семей. В обзоре, посвящённом суицидально-гомицидному поведению опекунов лиц с деменцией (ПР), мысли об убийстве и самоубийстве весьма распространены и подробно обсуждались. Было описано семь вариантов гомицидных намерений у caregivers: активные мысли об

убийстве подопечного; понимание мыслей об убийстве у других; пассивные мысли о смерти опекаемого; эвтаназия; мысли об убийстве в ситуациях осуществления ухода; злоупотребления своими обязанностями и мысли о причинении вреда при уходе [11]. В связи с перечисленным, скрупулёзно разбиралось и такое понятие как потенциально вредное поведение опекунов, способствующее смерти опекаемого. Обсуждаемые проблемы пока далеки от приемлемого решения. В России на сегодняшний день проводились лишь единичные исследования на весьма малочисленных выборках, поэтому случаи МК представляют особую актуальность и практическую значимость для специалистов разных специальностей.

Цель исследования – изучение случаев МК в регионах России (РФ).

Материал и методы

В электронных региональных СМИ в 2006-2024 гг. найдено 50 случаев МК, совершённых 32 мужчинами и 18 женщинами в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст – 55,0±15,0 года) в 28 регионах РФ. Учитывались пол, возраст и семейное положение

агрессора и жертвы, орудия убийства и мотивы его совершения, сведения о ПР; в случаях совершения убийцами самоубийств регистрировался его способ ухода из жизни. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (расчет среднего значения – M , стандартного отклонения – SD) и χ^2 -распределения.

Результаты

Чаще всего МК встречалось в репортажах СМИ из Башкортостана, Свердловской и Челябинской областей (по четыре случая из каждого региона); в других 25 регионах МК наблюдались значительно реже.

Как видно из табл. 1, просматриваются четыре группы болезней, которые явились ведущей причиной убийства жертвы из страдания.

Среди ПР (39,2% всех случаев) лидировали состояния выраженной умственной отсталости, а также деменции (болезнь Альцгеймера, Паркинсона), химические зависимости вследствие употребления алкоголя и наркотиков с соматической патологией (циррозы печени) и ранний детский аутизм.

Таблица / Table 1

Распределение агрессоров и жертв “Mercy killing” в группах болезней
Distribution of aggressors and victims of Mercy killing in disease groups

Агрессоры / Жертвы Aggressors / Victims	Всего Total	Mercy killing			
		при психических расстройствах for mental disorders	при раке with cancer	при инсульте in case of stroke	Прочие Others
Агрессоры, возраст, Диапазон Aggressors, age, range	55,0±15,0 20-80	56,6±15,9 30-80	50,6±15,5 20-74	58,5±9,5 40-77	54,2±17,6 32-80
Жертвы, возраст, Диапазон Victims, age, range	48,1±24,4 1-93	34,0±20,4 5-83	63,6±14,9 38-89	63,7±14,0 40-93	37,8±31,8 1-83
Муж / Husband	14/7	2/0	5/1	4/6	3/0
Жена / Wife	7/14	0/2	1/5	6/4	0/3
Отец / Father	9/0	9/0	-	-	1/0
Мать / Mother	10/7	8/1	0/5	0/1	2/0
Дети / Children	7/20	1/17	5/0	1/0	0/3
Родственники Relatives	2/2	-	2/2	-	-
Знакомые Acquaintances	1/1	-	-	-	1/1
Всего / Total:	50/51*	39,2%	25,5%	21,6%	13,7%

Примечание: *первая цифра число агрессоров, вторая цифра число жертв; в одном случае отец убил мальчиков близнецов (2 жертвы МК).

Таблица / Table 2

Способы убийств в сравнительных группах “Mercy killing”
Methods of killing in comparative groups “Mercy killing”

Способы убийств Methods of killing	Всего, % Total, %	Mercy killing			
		при психических расстройствах for mental disorders	при раке with cancer	при инсульте in case of stroke	Прочие Others
Удушение Strangulation	54,9	10	10	5	3
Колюще-режущие предметы Piercing and cutting objects	25,6	7	1	3	2
Избиение The beating	7,8	1	–	3	–
Огнестрельное оружие Firearms	3,9	–	1	–	1
Прочие Others	7,8	2	1	–	1
Итого / Total:	100,0	20	13	11	7

Агрессоры часто являлись их опекунами и, заболев каким-то тяжёлым заболеванием (чаще онкологическим) или, достигнув старческого возраста сталкивались с невозможностью осуществлять уход за своим недееспособным подопечным, принимали решение убить его, так как после их смерти он не смог бы достойно жить.

МК при онкологических заболеваниях (25,5%) были описаны нами ранее [10]. Главный мотивом для убийства, чтобы прекратить мучения жертвы, являлись сильные непрекращающиеся боли. Больной человек зачастую неоднократно просил кого-то из родных и близких убить его, потому что терпеть нестерпимую боль не было больше сил. Наши наблюдения согласуются с данными других авторов [12].

В ряде случаев, в том числе и при других МК возникали ситуации, провоцирующие убийство, с изменением в семье, затрудняющие уход или невозможность его осуществления. Не исключено, что длительная стрессовая ситуация способствовала развитию у опекунов (обслуживающих больного членов семьи) депрессивного состояния (других ПР), суицидальных тенденций и их выраженности, и конце концов приводила к агрессии, а в 40% с последующей аутоагрессией.

Добровольные МК наблюдались только у жертв с онкологической патологией (предпринимали суицидальные попытки, просили разных членов семьи об убийстве, оставляли предсмертные записки), в других случаях МК (чаще?) было недобровольными (в репортажах не упоминались просьбы об убийстве).

Агрессорами чаще были супруги и родители, а жертвами – ещё и больные дети. Так, жены достоверно чаще убивали своих парализованных мужей ($\chi=20,174$; $df=3$, $p<0,001$), родители – своих больных детей ($\chi=33,111$; $df=3$, $p<0,001$), в частности, сыновей с ПР ($\chi=23,849$; $df=3$, $p<0,001$), а дети – родителей (матерей) с онкологической патологией ($\chi=9,316$; $df=3$, $p=0,025$).

Агрессорами чаще были лица мужского пола, а жертвами – женского ($\chi=4,417$; $df=1$, $p=0,035$). Самыми возрастными оказались преступники, убивающие своих родственников с последствиями инсульта, а самые молодыми – совершившие МК при раке. Возраст жертв колебался от 1 года до 93 лет (средний возраст – $48,1 \pm 24,4$ года), самый большой он был у инсультных больных, а самый малый – с ПР (табл. 1).

Как видно из табл. 2, агрессоры чаще всего прибегали к удушению больных род-

ственников (54,9%), статистические различия между сравниваемыми группами выявить не удалось ($p > 0,05$).

Самоубийства после убийства совершили 20 агрессоров (10 мужчин, 10 женщин; в возрасте от 33 до 80 лет, средний – $56,5 \pm 12,9$ года), чаще те, кто убил своих близких родственников (детей) с ПР (12, 1, 6, 1; $\chi^2 = 11,954$; $df = 3$, $p = 0,007$). Уходили из жизни с помощью повешения / удушения (8), колюще-режущих предметов (7), отравляющих средств (2), падения / прыжков с высоты (2) и утопления (1).

Обсуждение

Главный вопрос – это верификация (подлинность данных) случаев МК на основе репортажей журналистов (электронных СМИ). МК при раке и инсульте обычно не вызывали сомнений, так как зачастую приводились доказательства страданий и больных, и ухаживающих за ними родственников (опекунов), в частности, неоднократные просьбы ускорить смерть (убить), чтобы прекратить страдания, иногда предпринимались попытки самоубийства или подготовка к ним, предсмертные записки, аудиозаписи и др. Меньше доказательств было в случаях МК при ПР, особенно, когда молодые родители или сами страдали психической патологией и после убийства совершали самоубийство. Здесь может иметь место бредовые идеи, депрессивная симптоматика и др. ПР, которые могут явиться мотивацией к совершению убийства по психопатологическим механизмам, а иногда и к так называемому «расширенному самоубийству», названному нами постгомицидным самоубийством [9]. В таких случаях квалификация МК вызывает сомнения. Включенные в исследования наблюдения не имели такой подоплёки (по крайней мере, они отсутствовали в репортажах журналистов). И последний аргумент, который нужно учитывать при квалификации МК, пункт д. ст. 61 УК РФ («Обстоятельства, смягчающие наказание»), «совершение преступления в силу стечения тяжёлых жизненных обстоятельств либо по мотиву сострадания». Известно, что убийцы в своих показаниях нередко ссылаются на просьбу потерпевшего его убить, но обычно это ничем не подтвер-

ждается. Не случайно в Великобритании для квалификации убийства из сострадания прописаны документально подтверждённые три условия: стресс, связан с уходом за больным человеком, отношения, способствующие убийству, возникают с течением времени, уход за подопечным отрицательно влияет на агрессора (в первую очередь на его эмоциональную сферу) [4]. По мнению Н. Keating и J. Bridgeman при квалификации МК необходимо учитывать три условия: 1) убийство должно быть ответом на страдания человека; 2) действия агрессора должны быть мотивированы страданиями этого человека; и 3) преступник, и его жертва должны иметь давние, близкие отношения [13].

В наших наблюдениях среди способов убийств превалировало удушение (54,9%) и достаточно редки были случаи использования огнестрельного оружия, что отличает их от зарубежных исследований [5, 7]. При этом доля самоубийств после МК (40%) практически совпадает с данными литературы (44%) [5].

В отсутствии репрезентативных данных по МК, журналистские репортажи, взятые из электронных региональных СМИ за длительный период времени, могут явиться пригодной информацией для изучения МК, в частности, характеристиках агрессора и их жертве, особенностях деликта, основой для будущих исследований по МК. Результаты также могут способствовать лучшему пониманию сути МК, разработке мероприятий по оптимизации помощи агрессорам и их жертвам, профилактике таких преступлений [4].

В отечественной юридической практике звучат призывы признать МК разновидностью убийства, совершённого при смягчающих обстоятельствах, то есть квалифицировать их как привилегированные убийства [2].

Уход за людьми с ПР, онкологическими заболеваниями, последствиями инсульта и другой инвалидизирующей патологией почти всегда сопровождается стрессом и ставит множество жизненных задач перед членами семьи, осуществляющими уход: кормление, туалет, общение, безопасность, гигиена, физиологические опрвления. Попечители,

осуществляющие уход за тяжело больными лицами, подвержены высокому риску выгорания, который сильно коррелирует с воспринимаемой социальной поддержкой и негативными симптомами пациентов. Отсутствие социальной помощи является ведущим фактором прогрессирования эмоционального выгорания и формирования суицидально-гомоцидных тенденций, а её наличие оптимизирует самочувствие, что действительно сказывается на уходе за пациентами. Поэтому должны предлагаться и разрабатываться программы, направленные на снятие стресса и психологическое благополучие лиц, осуществляющих уход. Одной из таких методик является когнитивная терапия осознанности (Mindfulness-based cognitive therapy, Segal Z.V. и соавт., 2002), которая эффективна для снижения стресса [11]. Профилактике суицида также способствуют комбинированные фармакологические и психосоциальные вмешательства с устранением модифицируемых факторов риска [14]. Важна и тематиче-

ская подготовка медицинского персонала [15].

Заключение

МК достаточно редко описывается в репортажах региональных электронных СМИ и реальная статистика этого явления неизвестна. Причинами для убийств являются выраженные ПР у близких родственников (чаще всего состояния врождённого или приобретенного слабоумия), онкологическая патология со стойким болевым синдромом, тяжёлые соматоневрологические и наследственные заболевания. Для достижения наилучших результатов требуются комплексные (фармакологические, психологические и социальные) вмешательства, нацеленные на конкретные симптомы, такие как депрессия, тревога, бессонница и устранение модифицируемых факторов риска. Важным ресурсом антисуицидальной (антимортальной) защиты для опекунов и их подопечных является осуществление действенных мер социальной поддержки.

Литература / References:

1. <https://dictionary.cambridge.org/ru.словарь/английский/mercy-killing?q=Mercy+killing>
2. Лифанова М.В. Убийство по просьбе потерпевшего: этические и правовые вопросы эвтаназии. *Правовое государство: теория и практика*. 2023; 19 (3): 168-174. [Lifanova M.V. Murder at the request of the victim: ethical and legal issues of euthanasia. *The rule of law: theory and practice*. 2023; 19 (3): 168-174.] (In Russ) DOI 10.33184/pravgos-2023.3.19
3. Climans S.A., Mason W.P., Variath C., Edelstein K., Bell J.A.H. Neuro-oncology clinicians' attitudes and perspectives on medical assistance in dying. *Can J Neurol Sci*. 2021 Nov; 48 (6): 772-778. DOI: 10.1017/cjn.2021.186
4. Cohen D. Older adults killed by family caregivers: an emerging research priority. *JOJ Nurse Health Care*. 2019; 10 (3): 004555790. DOI: 10.19080/JOJNHC.2019.10.555790
5. Karch D., Nunn K.C. Characteristics of elderly and other vulnerable adult victims of homicide by a caregiver: National violent death reporting system – 17 US States, 2003-2007. *J Interpers Violence*. 2011; 26: 137-157. DOI: 10.1177/0886260510362890
6. Kennedy B., Ibrahim J., Koppel S., Bugeja L. The epidemiology of homicide among older adults: retrospective analysis using data from the Victorian Homicide Register. *Int J Legal Med*. 2023 Sep; 137 (5): 1583-1593. DOI: 10.1007/s00414-023-03022-0
7. Shawon R.A., Adhia A., DeCou C., Rowhani-Rahbar A. Characteristics and patterns of older adult homicides in the United States. *Inj Epidemiol*. 2021 Feb 1; 8 (1): 5. DOI: 10.1186/s40621-021-00299-w
8. Голенков А.В., Зотов П.Б. Постгомицидные самоубийства: монография. Тюмень: Вектор Бук, 2022. 424 с. [Golenkov A.V., Zotov P.B. Post-homicidal suicides: a monograph. Tyumen: Vector Book, 2022. 424 p.] (In Russ) ISBN 978-5-91409-563-2
9. «Качество жизни» в клинической практике / Коллективная монография. Под редакцией проф. П.Б. Зотова. Тюмень: Вектор Бук, 2022. 352 с. ["Quality of life" in clinical practice / A collective monograph. Edited by Prof. P.B. Zotov. Tyumen: Vector Book, 2022. 352 p.] (In Russ) ISBN 978-5-91409-565-6
10. Голенков А.В., Зотов П.Б. Убийство из сострадания близких родственников с онкологической болью. *Вестник Башкирского государственного медицинского университета*. 2023; 2: 118-120. [Golenkov A.V., Zotov P.B. Murder out of compassion of close relatives with oncological pain. *Bulletin of the Bashkir State Medical University*. 2023; 2: 118-120.] (In Russ)
11. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И. Суицидально-гомицидное поведение опекунов лиц с деменцией. *Суицидология*. 2022; 13 (2): 61-73. [Filonenko A.V., Golenkov A.V., Filonenko V.A., Sergeeva A.I. Suicidal-homicidal behavior of carers of persons with dementia. *Suicidology*. 2022; 13 (2): 61-73.] (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.22-13-02(47)-61-73
12. Зотов П.Б. Суицидальное поведение онкологических больных: роль семьи и близких. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 19 (4): 18-25. [Zotov P.B. Suicidal behavior of cancer patients: the role of the family. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (4): 18-25.] (In Russ)

13. Keating H, Bridgeman J. Compassionate killings: The case for a partial defence. *Modern Law Review*. 2012; 75(5): 697-721. DOI: 10.1111/j.1468-2230.2012.00921.x
14. Козлов В.А., Голенков А.В., Булыгина И.Е. Способы и средства медикаментозной профилактики суицидов. *Суицидология*. 2023; 14 (2): 36-58. [Kozlov V.A., Golenkov A.V., Bulygina I.E. Methods and means of medical prevention of suicide. *Suicidology*. 2023; 14 (2): 36-58.] (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.23-14-02(51)-36-58
15. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Розанов В.А., Севастьянов А.А. Суицидология в подготовке медицинского профессионала: междисциплинарный подход. *Суицидология*. 2019; 10 (3): 93-101. [Zotov P.B., Lyubov E.B., Rozanov V.A., Sevastianov A.A. Suicidology in preparation of a medical professional: interdisciplinary approach. *Suicidology*. 2019; 10 (3): 93-101.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-93-101

50 TYPICAL CASES OF “MERCY KILLING” FROM RUSSIAN REALITY

A.V. Golenkov Chuvash State University named after. I.N. Ulyanova, Cheboksary, Russia; golenkovav@inbox.ru
Institute for Advanced Medical Studies, Cheboksary, Russia

Abstract:

“Mercy killing” (MK) is a kind of liberation of a person from any suffering by deliberately ending his life. *Aim of the study* – to study the cases of MK in regions of Russia (RF). *Material and methods*. In electronic regional media in 2006-2024 there were found 50 cases of MK committed by 32 men and 18 women aged 20 to 60 (mean age – 55.0±15.0) in 28 regions of the Russian Federation. We considered the gender, age and marital status of the aggressor (caregiver) and the victim, the murder weapon and the motives for committing it, information about mental disorders. In cases where the killer committed suicide, their method of death was recorded. Mathematical and statistical processing was carried out using descriptive statistics and χ^2 -distribution. *Results*. Four groups of MK were identified: with mental disorders in victims (39.2%), with oncology (25.5%), with consequences of stroke (21.6%), other incurable diseases, congenital severe pathology and comorbid pathology (13.7%). Voluntary MK was only observed in victims with cancer (they made suicide attempts, requested various family members to kill them, left notes). In other cases (more often?) MK was conducted involuntary (there were no requests to kill mentioned in the reports) The aggressors were more often spouses and parents, and the victims were their “halves”, close relatives and sick children. Wives were significantly more likely to kill their paralyzed husbands, parents did so for their sick children, in particular, sons with mental disorders, and children did that for their parents (mothers) with oncology pathology. The aggressors were more often males, and the victims were mostly females. The age of the victims ranged from 1 to 93 (mean age: 48.1 ± 24.4 years). Suicides after murder were committed by 20 aggressors (10 men, 10 women), most often those who killed their close relatives (children) with mental disorders. *Conclusion*. Cases of MK are rarely described in reports in electronic regional media and the real statistics of this phenomenon in the Russian Federation are still unknown. The reasons for compassionate killings of large relatives were severe mental disorders (most often congenital dementia), oncology pathology with persistent pain syndrome, consequences of a stroke, severe somatoneurological and hereditary diseases, which differ by gender and in groups of relatives of patients. In 40% of cases after MK, the aggressors committed suicide.

Keywords: mercy killing, types, homicide-suicide, Russia

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 01.03.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 21.03.2024.

Для цитирования: Голенков А.В. 50 типичных случаев “Mercy killing” из российской действительности. *Девиянтология*. 2024; 8 (1): 24-30. DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-24-30

For citation: Golenkov A.V. 50 typical cases of “Mercy killing” from Russian reality. *Deviant Behavior (Russia)*. 2024; 8 (1): 24-30. (In Russ) DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-24-30

ЭТНИЧЕСКАЯ ГИПОТЕЗА СУИЦИДОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГЕНЕТИКИ

В.А. Козлов, А.В. Голенков

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия

ETHNIC HYPOTHESIS OF SUICIDE FROM THE GENETICS POINT OF VIEW

V.A. Kozlov, A.V. Golenkov

Chuvash State University, Cheboksary, Russia

Сведения об авторах:

Козлов Вадим Авенирович – доктор биологических наук, кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 1915-5416; Researcher ID: I-5709-2014; ORCID ID 0000-0001-7488-1240; Scopus Author ID: 56712299500). Место работы и должность: профессор кафедры медицинской биологии с курсом микробиологии и вирусологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 45. Телефон: +7 (903) 379-56-44, электронный адрес: pooh12@yandex.ru

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; Researcher ID: C-4806-2019; ORCID ID: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Электронный адрес: golenkovav@inbox.ru

Наблюдается высокая частота совершения суицидов в северных регионах, что для Евразии объясняют накоплением генов, реализующих суицидальный фенотип поведения у финно-угорских народов. По данным ВОЗ и ряда авторов в таких регионах как: Венгрия, Сербия, Швеция, Финляндия, Алтайский край, Бурятия, Тыва, Чукотский автономный округ, Еврейская автономная область, Амурская область, Республика Саха (Якутия), Удмуртская Республика, Кировская область, Республика Башкортостан, Марий Эл, Пермский край, Чувашская Республика, Оренбургская область, Республике Татарстан и Гайане частота совершения суицидов значительно выше средних. *Цель* – поиск и обобщение данных литературы об особенностях суицидального поведения, связанного с этническим накоплением полиморфных генов, ассоциируемых с суицидальным поведением и суицидами. *Материал и методы.* Поиск статей осуществляли в сети интернет и в базе PubMed по ключевым словам – ethnic transmission suicide, ethnic suicide hypothesis, M. Vorasek, финно-угры, гаплогруппа, субклад, этническое накопление суицидов. Из 217 обнаруженных статей для анализа и последующего обсуждения была отобрана 31 публикация. *Результаты.* Проведённый анализ данных литературы позволил сделать вывод, что и финно-угорский этнос, и население Гайаны не являются генетическими однородными популяциями. Особенно наглядно это видно на примере Венгрии, все венгерское население которой считается финно-уграми, но при исследовании частот встречаемости Y-хромосомных гаплогрупп у населения Венгрии оказалось, что около 96% приходится на гаплогруппы R1a, R1b, I2, I1, J2, E1b1b, G2a, Q и др. Из митохондриальных гаплогрупп у венгров наиболее представлена гаплогруппа H (39,6%). Но Y-хромосомная гаплогруппа N, считающаяся маркером финно-угорских этносов, встречается только у примерно 4% населения Венгрии, что получило название венгерского парадокса. Население Гайаны представлено индогайянами (потомки жителей Индии), афрогайянами (потомки жителей Африки), метисы и мулаты, индейцы (автохтонное население). Накопление одной и той же группы генов, формирующих суицидальный фенотип поведения у генетически неоднородных этносов, имеющих не связанное между собой происхождение и объединяемых в единые группы по принципу территориального проживания или языковому происхождению является невероятным событием. Подробное изучение митохондриальных гаплогрупп у остальных народов финно-угорской группы, по-видимому, ещё не проведено. *Выводы.* Этническое накопление генов, формирующих суицидальный фенотип, наблюдается в малых изолированных популяциях с высоким уровнем эндогамии. В существующем виде этническая гипотеза суицидов не имеет реальных генетических доказательств.

Ключевые слова: суицид, генетика поведения, этнос, финно-угры, Гайана

В суицидологии представления о накоплении генных заболеваний в некоторых сообществах, сформировавшихся по национальному признаку или в результате образования географически изолированных анклавов, послужили основой исследований в пределах этнических групп. Пожалуй, первым, кто сформулировал гипотезу связи высоких частот суицидов с этносом, был S.V. Kondrichin. На основе анализа частот суицидов в республиках СССР, Венгрии, Сербии, Швеции и Финляндии, население которых в значительной мере представлено финно-уграми, он сделал вывод, что высокий уровень суицидов в различных группах финно-угров может быть связан с тем, что: «... на ранних этапах этногенеза финно-угров в генофонде закрепились определённые поведенческие черты, предрасполагающие к самоубийству [1]». В последующем эта гипотеза была подтверждена с помощью регрессионной модели, выявившей ассоциацию между национальным уровнем самоубийств, географической широтой столичных городов и коэффициентом взаимодействия, вычисляемым как квадрат широты, умноженный на долготу⁸ [2].

Действительно, в медицине известны наследуемые заболевания, частота которых у представителей некоторых этнических групп значительно превышает популяционную. В качестве примеров можно привести болезнь Гоше [3], анемию Фанкони типа С, болезнь Блума, муколипидоз IV, болезнь Ниманна-Пика тип А у евреев ашкеназов [4], семей-

ную средиземноморскую лихорадку у турок, иранцев, испанцев, евреев-сефардов, арабов и других этнических групп Средиземноморья [5].

Этническое накопление наследуемых заболеваний, как полагают, связано с тем, что генетические дефекты в гаметах появляются у конкретных носителей индивидуальных геномов. То есть, в некоей популяции появляется субъект, у которого возникла новая не летальная рецессивная мутация, передаваемая в следующее поколение. В результате происходит увеличение числа особей носителей этого патологического гена, которые все являются родственниками и потомками основателя – человека, у которого впервые произошла эта мутация. По этой причине в популяциях наблюдается генетическое явление, известное как эффект основателя, проявляющая себя в фенотипе, как правило, в виде наследуемого заболевания. Например, эффект основателя установлен в отношении болезни Фабри [6], заболеваний с X-сцепленным наследованием [7], дефицита глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы [8]. В том случае, если эта субпопуляция по каким-либо причинам является относительно изолированной (географическая изоляция, изоляция внутри религиозных общин и/или малых этнических групп), в ней происходит накопление числа носителей такой мутации. В общей популяции людей такие заболевания являются редкими (орфанными). Как правило, это моногенные заболевания, патогенез которых связан с набором различных полиморфизмов в одном гене какого-либо фермента, что в любом случае ведёт к частичному, либо полному дефициту активности этого фермента и развитию болезни накопления субстрата, который должен был-бы ферментироваться патологически изменённым ферментом.

Также известно накопление патологически изменённых генов, ассоциируемых с мультифакторными заболеваниями, в семьях (под семьёй в данном случае имеется в виду группа лиц, состоящая из нескольких поколений и связанных между собой разной степенью родства) и изолированных популяциях. Например, у взрослых индейцев племени

⁸ Сразу же заметим математический дефект этого исследования, заключающийся в том, что для построения регрессионной модели использовались широта, и производный от неё показатель – коэффициент взаимодействия (широта²/долгота), что неизбежно приводит к перекрёстной корреляции данных, поскольку коэффициенты b_i , включаемые в регрессионное уравнение и позволяющие добиться максимального соответствия данным, являются частными коэффициентами корреляции. Широта (от 0° до 90°) и долгота в этом исследовании являются монотонно нарастающими рядами (от Гринвича – 0° до примерно 40° восточной долготы), поэтому корреляционные коэффициенты неизбежно оказываются близкими к +1,0, в сочетании с кросс корреляцией качество регрессии будет хорошим, а F-фактор – высоким.

Пима (штат Аризона, США и Мексика) ожирение и сахарный диабет II типа встречается более чем у 50% популяции [9]. Как полагают, такое накопление произошло в связи с тем, что у членов этого племени, формировавшегося в условиях постоянного пищевого дефицита, образовался и накопился «ген бережливости» (на самом деле группа мутировавших и эпигенетически изменённых генов), обеспечивающий накопление и более эффективное усвоение пищи, и, как следствие накопление липидов большее, чем у остальных популяций коренных индейцев. В условиях пищевого избытка адаптивный эффект этих генов сменился на дезадаптивный в виде развития ожирения, сахарного диабета II типа и сопутствующих им заболеваний [10].

Мультифакторные заболевания, к которым мы и ряд других авторов относим суицидальное поведение и суициды [11], имеют семейное, но не этническое накопление, если речь не идёт о малых этносах, где весь этнос фактически представляет собой группу близких родственников. Например, наблюдается высокая частота суицидов в одной из групп аборигенов Тайваня (малый компактно проживающий этнос атаял), но не среди других групп ханьцев [12]. Патогенез мультифакторных заболеваний связан с накоплением в геномах групп мутировавших древних генов, интенсивно распространённых в популяциях, что обеспечивает широкое внеэтническое распространение мультифакторных заболеваний в популяциях [13]. И если при моногенных заболеваниях единственная мутация гена приводит к аминокислотной замене, как правило, в белке-ферменте, что ведёт полной или частичной потере ферментативной активности, то при мультифакторных заболеваниях множественные мутации гена происходят в не кодирующих белок последовательностях и меняют экспрессивность генов, входящих в геномную сеть, что формирует патологический фенотип. Поэтому гипотеза этнического накопления генов, ассоциируемых с суицидами, кажется несостоятельной.

Целью обзора является поиск и обобщение данных литературы об особенностях суицидального поведения, связанного с этни-

ческим накоплением полиморфных генов, ассоциируемых с суицидальным поведением (СП) и суицидами.

Материал и методы

Поиск статей осуществляли в сети интернет и в базе PubMed по ключевым словам – ethnic transmission suicide, ethnic suicide hypothesis, M. Voracek, финно-угры, гаплогруппа, субклад, этническое накопление суицидов. После изучения материала 217 обнаруженных статей для анализа и последующего обсуждения были отобраны статьи, представленные в списке литературы.

Финно-угорская гипотеза самоубийства

Картографическое распределение частот суицидов позволяет увидеть, что число суицидов увеличивается в направлении к высоким широтам и достигает внегосударственных максимумов в субарктической зоне. Тем не менее, картографическое распределение частот суицидов на Евразийском континенте имеет особенность. Как считают М. Voracek и соавт., европейские страны с самым высоким уровнем самоубийств представляют собой непрерывный J-образный пояс, протянувшийся от Финляндии до Австрии. Эта область соответствует второму основному компоненту, идентифицированному для распространения европейских генов, представляющему наследственную адаптацию к холодному климату и уральскую языковую дисперсию [14, 15, 16]. Тем не менее, вопреки финно-угорской гипотезе, доступные современные показатели самоубийств (1990-1994) в США оказались равномерно отрицательно связаны с долей населения, состоящего из людей венгерского, литовского, польского, русского, словацкого или украинского происхождения. Поэтому для дальнейшего продвижения исследований генетики суицидов предлагается гипотеза, основанная на географическом подходе к изучению [17]. Высокие частоты суицидов (выше критериев ВОЗ) наблюдались в Венгрии, Сербии, Швеции, Финляндии, Алтае, Бурятии, Тыве, Чукотском автономном округе, Еврейской автономной области, Амурской области, Республике Саха (Якутия), Удмуртской Республике, Кировской области, Республике Баш-

кортостан, Марий Эл, Пермском крае, Чувашской Республике, Оренбургской области и Республике Татарстан [18]. По мнению М. Vogasek и соавт. все эти народы, принадлежащие к финно-угорской языковой группе, в процессе этногенеза и приспособления к холодному климату накопили группу полиморфных генов, формирующих фенотип СП. Если это действительно так, то следует ожидать, что все эти народы генетически однородны и как минимум должны все принадлежать к одному из известных Y-хромосомных субкладов. Учитывая исторические сведения о миграции этих народов, сопровождающейся постоянной сменой соседей с неминуемыми межплеменными браками, идея накопления генов, ассоциируемых с СП именно у финно-угров без передачи их в исторически контактировавшие с финно-уграми этносами, кажется невероятной.

Почему этническая теория накопления «генов суицидальности» вряд ли состоятельна? В первую очередь потому, что она основана на понятии этнос и предполагает генетическую однородность этноса. Тем не менее, понятие этнос появилось относительно недавно поскольку было введено в научный оборот только в 1923 г. русским учёным-эмигрантом С.М. Широкогоровым, до этого использовалось понятие «народ». Этнос (греч. *ethnos* – группа, племя, народ) (этническая группа) – это межпоколенная группа людей, объединённая длительным совместным проживанием на определённой территории, общими языком, культурой и самосознанием [19]. Соответственно этнос мог складываться столетиями, ассимилируя другие народы и передавая в целом неизменные язык и культуру следующему этносу. Так по мнению Л.Н. Гумилёва современному китайскому этносу предшествовали последовательно сменившие друг друга три этноса, имевших различное происхождение [20]. Тем не менее, в массовом сознании все эти четыре этноса являются одним. Поэтому в изначальном понятии «этнос» нет генетической основы. Этому понятию можно противопоставить понятие национальность, представители которой в большей мере являются генетически родственной и однородной группой,

пока проживают компактным относительно закрытым анклавом. Тем не менее, современный генетический анализ не способен выявить национальную принадлежность. Представители разных национальностей, проживающие в рядом расположенных территориальных образованиях, имеющие разную культуру, и говорящие на разных языках оказываются генетически родственными.

С точки зрения генетики, принадлежность к финно-угорским народам определяется наличием Y-хромосомной гаплогруппы N1, которая возникла в Южной Сибири, предположительно, 20000-15000 лет назад [21]. Наиболее распространённая подгруппа гаплогруппы N1a1 образовалась, по видимому, около 10000 лет назад. Она распространена по всей Евразии, особенно среди популяций северной Сибири. Встречается почти у 90% якутов, почти у 50% эскимосов и ненцев. У финно-угорских популяций Европы, таких, как: коми, мордва и удмурты, а также среди финнов, саамов и эстонцев подгруппа N1 встречается с частотой до 60%. Среди русского населения от Архангельска до Тамбова, гаплогруппа N1 встречается у 14% [22]. То есть, принадлежность к финно-угорскому этносу, как и ко всем другим этносам, определяется не совокупным геномом, а лишь различиями по Y- или X-хромосомным гаплогруппам, что достаточно для классификационных целей, но не является достаточным основанием для формулирования выводов, что какое-то наследуемое явление может быть ассоциировано с этнической принадлежностью. Более того, из современных данных следует, что при вычислении генетических расстояний разных популяций друг от друга финно-угры неоднородны и их можно подразделить на несколько кластеров. Так: «Ветвь большого кластера, в который входят саамы, включает финно-угорские популяции, предков русских, а также предков современных обитателей Северной Азии: эвенков, нганасан, якутов, алтайцев и монголов. Кластер финно-угров и северных монголоидов разделился на два субкластера, содержащие: один – финнов, эстонцев, венгров, русских, коми, чувашей, удмуртов, ненцев, татар; и другой субкла-

стер – марийцев, манси, монголов, алтайцев, якутов, эвенков и нганасан» – конец цитаты [22].

Но вот когда были исследованы гаплогруппы венгров, оказалось, что: «Из Y-хромосомных гаплогрупп у венгров преобладают R1a (15% Z280, 6,5% M458), R1b (5,3% P312, 4, 2% L23/Z2103, 3, 7% U106), I2 (15,2% CTS10228, 1,4% M223, 0,5% L38) и I1. С меньшей частотой встречаются Y-хромосомные гаплогруппы J2, E1b1b, G2a, N, Q и др. Из митохондриальных гаплогрупп наиболее представлена у венгров гаплогруппа H (39,6%). С меньшей частотой встречаются митохондриальные гаплогруппы K (7,9%), W (7,9%), J (5,9%), HV (3%), I (2%) и др.», – «... до 4% у венгров присутствует Y-хромосомная гаплогруппа N, связанная с распространением уральских языков. Ранее было показано, что один из субкладов этой гаплогруппы (N3a4-Z1936) может быть потенциальным связующим звеном между двумя угрозычными популяциями: венграми и манси» [23]. Ну и где здесь финно-угры?

Другим примером этнического накопления СП нередко называют Гайану. Частота суицидов среди жителей Гайаны самая высокая в мире и в 2014 г. была в 5 раз выше, чем в мире, достигнув 44,2 случаев на 100000 человек [24]. Тем не менее, Гайану называют «страной шести народов», в настоящее время этнический состав страны по переписи 2012 г. 39,8% – индогайанцы (потомки рабочих из Индии); 29,3% – афрогайанцы (потомки порабощённых рабочих из Африки); 19,9% – смешанного происхождения (метисы и мулаты); 10,5% – индейцы; 0,5% – португальцы, китайцы, арабы и лица европейского происхождения [25]. То есть, население Гайаны этнически и генетически неоднородно. А единый этнос представляют потому, что живут на одной территории и говорят на одном языке – английском. Поэтому говорить именно об этнических особенностях совершения суицидов в Гайане не приходится, тем более что даже полное название этого государства звучит как Кооперативная Республика Гайана. При этом ни для индийцев, ни для африканцев – 2/3 населения Гайаны – про-

живающих, соответственно в Индии и Африке, ни для индейцев, проживающих в соседних с Гайаной государствах, высокие частоты суицидов не характерны. Поэтому, если с этническим составом конклава, частота суицидов в котором выше, чем в популяции, разобраться более подробно, то гипотеза этнического накопления генов, ассоциируемых с СП и суицидами, уже не кажется столь очевидной.

Для накопления в генотипе этноса какой-либо группы генов, определяющей конкретный фенотип, необходимо несколько условий – этнос должен быть малым, изолированным, поэтому в этносе должна наблюдаться эндогамия. Высокая частота суицидов, обусловленная выполнением этих условий, наблюдается среди популяций агуаруна в Перу, вакейрос в Испании, баруяс в Новой Гвинее и палаванов на Филиппинах. При этом у имеющих сходное происхождение и культуру соседей этих популяций уровень суицидов низкий [26]. Роль эндогамии, как причины большой частоты суицидов в малых анклавах, например, показана на популяции из 1192 человек в которой частота суицидов составила 134 : 100000. Авторы отмечают в этом анклав очень высокую частоту самоубийств среди биологических родственников второй степени [27].

Поиск ассоциаций генов-кандидатов (или генов-концентраторов) с какой-либо болезнью всегда основан на анализе статистической связи полиморфных генов с набором однозначно трактуемых доказательных маркеров этого заболевания, количественные изменения которых являются непременным атрибутом патогенеза заболевания. Между тем, критерии этноса не являются количественными параметрами и не являются причинно-следственным атрибутом СП. Поэтому статистический анализ генетических ассоциаций с критериями, определяющими этнос, просто невозможен. Невозможно утверждать, что любое известное мультифакторное заболевание встречается гораздо чаще в определённой этнической группе. Нет, частота их встречаемости как в крупных популяциях, так и в субкладах практически оди-

накова и наблюдается только семейное накопление частот заболеваемости.

Таким образом, для того чтобы делать вывод об этнической обусловленности каких-либо явлений, в том числе заболеваний, имеющей генетическую природу, необходимо доказать, что этот этнос генетически однороден и статистически значимое число его представителей, значительно большее, чем в популяции в целом, действительно имеют в геноме большие частоты полиморфных генов, ассоциируемых с СП и суицидами. Этническая гипотеза суицидов тем более не состоятельна, что к настоящему времени исследований частот известных генов, уже ассоциируемых с СП и суицидами, в каких-либо этнических группах не проводилось. А представления о генетической однородности популяций с высокими частотами суицидов основаны только на языковой принадлежности и единственном количественном параметре – принадлежности к Y- или X-хромосомных субкладах.

Заключение

Люди – эусоциальный вид [28], что описывается рядом критериев: забота о потомстве на протяжении нескольких поколений; связанная с этим совместная забота о потомстве; разделение труда (часто репродуктивное разделение труда, также известное как «репродуктивный перекосяк»); форма труда, связанная с защитой общественного места [29] – поведение, определяемое коллективным бессознательным у социальных видов, в том числе людей. Нарушение эусоциального поведения как причину суицидов, рассматривают Т.Е. Joiner и соавт. [30]. Опираясь на эти представления, гипотетически можно предположить, что гены, в настоящее время ассоциируемые с СП и суицидами, в дальнейшем историческом периоде имели адаптивное значение, увеличивая агрессивность особи и тем самым обеспечивали её выживание. Более высокая агрессивность, связанная с низкими плазменными концентрациями липопротеидов низкой плотности, действительно ассоциируется с суицидальностью [31] – следует думать, что на заре становления человечества как вида проблем с высокими плаз-

менными концентрациями липидов в крови у наших предков не было. При короткой средней видовой продолжительности жизни агрессивность, связанная с низким содержанием липидов в крови, действительно могло способствовать выживанию вида, обеспечивая более гарантированное оставление потомства. Но в условиях становления социума, требующего максимальной толерантности особей для более выигрышного существования в условиях стада, племени, поселения, государства, произошло значительное увеличение средней продолжительности жизни, появление тренда на уменьшение агрессивности в дальнейшем филогенезе, совместный труд и разделение труда, потребовавшее обмена его продуктами в цивилизованных формах и т.п. Поэтому носители генов, ассоциируемые с СП и суицидами, попали в ситуацию конфликта части собственного генома, обеспечивающей более высокую агрессивность и части собственного генома, обеспечивающей социализацию в обществе, что в конечном итоге приводит к личностному конфликту и суициду.

Тем не менее, явление более высоких частот суицидов в географических районах, определённых С.В. Кондричиным существует. С очень большой долей осторожности можно предполагать, что оно вызвано устойчивыми эпигенетическими изменениями экспрессии некоторых широко распространённых генов, что привело к увеличению СП и суицидов в популяциях, проживающих в этом географическом регионе. Сдвиг эпигенетической регуляции мог быть вызван какими-то не учитываемыми внешними факторами.

Выводы

Этническое накопление генов, формирующих суицидальный фенотип, наблюдается в малых изолированных популяциях с высоким уровнем эндогамии. В существующем виде этническая гипотеза суицидов не имеет реальных генетических доказательств.

Литература / References:

1. Kondrichin S.V. Suicide among Finno-Ugrians. *Lancet*. 1995; 346 (8990): 1632-1633. DOI: 10.1016/s0140-6736(95)91968-6
2. Voracek M., Fisher M.L., Marusic A. The Finno-Ugrian suicide hypothesis: variation in European suicide rates by latitude and longitude. *Percept Mot Skills*. 2003; 97 (2): 401-406. DOI: 10.2466/pms.2003.97.2.401
3. Diaz G.A., Gelb B.D., Risch N., Nygaard T.G., Frisch A., Cohen I.J., Miranda C.S., Amaral O., Maire I., Poenaru L., Caillaud C., Weizberg M., Mistry P., Desnick R.J. Gaucher disease: the origins of the Ashkenazi Jewish N370S and 84GG acid beta-glucosidase mutations. *Am J Hum Genet*. 2000; 66 (6): 1821-1832. DOI: 10.1086/302946
4. Kalman L., Wilson J.A., Buller A., Dixon J., Edelmann L., Geller L., Highsmith W.E., Holtegaard L., Kornreich R., Rohlf E.M., Payeur T.L., Sellers T., Toji L., Muralidharan K. Development of genomic DNA reference materials for genetic testing of disorders common in people of ashkenazi jewish descent. *J Mol Diagn*. 2009; 11 (6): 530-536. DOI: 10.2353/jmoldx.2009.090050
5. Koehler A.W. Unraveling the genome: Familial Mediterranean fever. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2024; 36 (1): 3-5. DOI: 10.1097/JXX.0000000000000959
6. Azevedo O., Gal A., Faria R., Gaspar P., Miltenberger-Miltenyi G., Gago M.F., Dias F., Martins A., Rodrigues J., Reimão P., Pereira O., Simões S., Lopes E., Guimarães M.J., Sousa N., Cunha D. Founder effect of Fabry disease due to p.F113L mutation: Clinical profile of a late-onset phenotype. *Mol Genet Metab*. 2020; 129 (2): 150-160. DOI: 10.1016/j.ymgme.2019.07.012
7. Bender C., Woo E.G., Guan B., Ullah E., Feng E., Turriff A., Tumminia S.J., Sieving P.A., Cukras C.A., Hufnagel R.B. Predominant Founder Effect among Recurrent Pathogenic Variants for an X-Linked Disorder. *Genes (Basel)*. 2022; 13 (4): 675. DOI: 10.3390/genes13040675
8. Sukumar S., Colah R.B., Mohanty D., Joshi S.R. A single mutation is responsible for the high prevalence of G6PD deficiency in the Vataliya Prajapatis – an endogamous caste group from Western India. *Am J Hematol*. 2001; 67 (3): 218-219. DOI: 10.1002/ajh.1119
9. Pavkov M.E., Hanson R.L., Knowler W.C., Bennett P.H., Krakoff J., Nelson R.G. Changing patterns of type 2 diabetes incidence among Pima Indians. *Diabetes Care*. 2007; 30 (7): 1758-1763. DOI: 10.2337/dc06-2010
10. Schulz L.O., Chaudhari L.S. High-Risk Populations: The Pimas of Arizona and Mexico. *Curr Obes Rep*. 2015; 4 (1): 92-98. DOI: 10.1007/s13679-014-0132-9
11. Козлов В.А., Зотов П.Б., Голенков А.В. Суицид: генетика и патоморфоз. Тюмень: Вектор Бук, 2023. 200 с. [Kozlov V.A., Zotov P.B., Golenkov A.V. Suicide: genetics and pathomorphosis. Tyumen: Vector Book, 2023. 200 p.]. (In Russ)
12. Liu I.C., Liao S.F., Lee W.C., Kao C.Y., Jenkins R., Cheng A.T. A cross-ethnic comparison on incidence of suicide. *Psychol Med*. 2011; 41 (6): 1213-1221. DOI: 10.1017/S0033291710001807
13. Dehghan A. Genome-Wide Association Studies. *Methods Mol Biol*. 2018; 1793: 37-49. DOI: 10.1007/978-1-4939-7868-7_4
14. Voracek M., Fisher M.L., Marusic A. The Finno-Ugrian suicide hypothesis: variation in European suicide rates by latitude and longitude. *Percept Mot Skills*. 2003; 97 (2): 401-406. DOI: 10.2466/pms.2003.97.2.401
15. Lester D., Kondrichin S.V. Finno-Ugrians, blood types, and suicide: comment on Voracek, Fisher, and Marusic. *Percept Mot Skills*. 2004; 98 (3 Pt 1): 814. DOI: 10.2466/pms.98.3.814-814
16. Voracek M., Loibl L.M., Kandrychyn S. Testing the Finno-Ugrian suicide hypothesis: replication and refinement with regional suicide data from eastern Europe. *Percept Mot Skills*. 2007; 104 (3 Pt 1): 985-994. DOI: 10.2466/pms.104.3.985-994
17. Voracek M. Ancestry, genes, and suicide: a test of the Finno-Ugrian Suicide Hypothesis in the United States. *Percept Mot Skills*. 2006; 103 (2): 543-550. DOI: 10.2466/pms.103.2.543-550
18. Валиахметов Р.М., Мухамадиева Р.Р., Хилажева Г.Ф. Опыт социологического исследования проблемы суицида. *Вестник общественного мнения. Данные. Анализ. Дискуссии*. 2010; 1 (103): 65-89. [Valiakhmetov R.M., Mukhamadieva R.R., Khilazheva G.F. Experience of sociological study of the problem of suicide. *Bulletin Public Opinion. Data. Analysis. Discussions*. 2010; 1 (103): 65-89]. (In Russ)
19. Гумилев ЛН. Этногенез и биосфера земли. Ленинград: Гидрометеиздат, 1990. 528 с. [Gumilev LN. Ethnogenesis and biosphere of the Earth. Leningrad: Gidrometeoizdat, 1990. 528 p.]. (In Russ)
20. Гумилев ЛН. Тысячелетие вокруг Каспия. Москва: Институт Философии, 1998. 587 с. [Gumilev LN. Thousand years around the Caspian Sea. Moscow: Institute of Philosophy, 1998. 587 p.]. (In Russ)
21. Клесов АА, Тюняев АА. Происхождение человека по данным археологии, антропологии и ДНК-генеалогии. Москва: Белые альвы, 2010. 1021 с. [Klesov A, Tyunyaev A. The Origin of Man according to Archaeology, Anthropology and DNA-Genealogy. Moscow: White Alves, 2010. 1021 p.]. (In Russ)
22. Назарова А.Ф. Генетика и филогенез финно-угорских популяций [Электронный ресурс]. *Электронное научное издание Альманах Пространство и Время*. 2013; 4(1): Система планета Земля. URL: file:///C:/Users/pooh1/Downloads/genetika-i-filogenez-finno-ugorskih-populyatsiy.pdf Дата последнего обращения 20.03.2024 [Nazarova, A. F. Genetics and phylogeny of Finno-Ugric populations [Electronic resource]. *Electronic scientific edition Almanac Space and Time*. 2013; 4 (1): Earth System. URL: file:///C:/Users/pooh1/Downloads/genetika-i-filogenez-finno-ugorskih-populyatsiy.pdf Date of last access 20.03.2024] (In Russ)
23. Pamjav H., Fóthi Á., Dudás D., Tapasztó A., Krizsik V., Fóthi E. The paternal genetic legacy of Hungarian-speaking Rétköz (Hungary) and Váh valley (Slovakia) populations. *Front Genet*. 2022; 13: 977517. DOI: 10.3389/fgene.2022.977517
24. Tompson M.C., Langer D.A., Asarnow J.R. Development and efficacy of a family-focused treatment for depression in childhood. *J Affect Disord*. 2020; 276: 686-695. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.057
25. https://statisticsguyana.gov.gy/wp-content/uploads/2019/11/Final_2012_Census_Compendum2.pdf
26. Jollant F., Macdonald C. Endogamy and suicide: An observation-based hypothesis. *Med Hypotheses*. 2015; 85(5): 542-547. DOI: 10.1016/j.mehy.2015.07.010

27. Jollant F., Malafosse A., Docto R., Macdonald C. A pocket of very high suicide rates in a non-violent, egalitarian and cooperative population of South-East Asia. *Psychol Med.* 2014; 44 (11): 2323-2329.
28. Wilson E.O. The social conquest of earth. New York, NY: W. N. Norton & Company. 2012. 352 p.
29. Batra S.W.T. Behavior of some social and solitary halictine bees within their nests: A comparative study (*Hymenoptera: Halictidae*). *J Kansas Entomological Society.* 1968; 41: 120-133.
30. Joiner T.E., Hom M.A., Hagan C.R., Silva C. Suicide as a derangement of the self-sacrificial aspect of eusociality. *Psychol Rev.* 2016; 123 (3): 235-254. DOI: 10.1037/rev0000020
31. Suneson K., Asp M., Träskman-Bendz L., Westrin Å., Ambrus L., Lindqvist D. Low total cholesterol and low-density lipoprotein associated with aggression and hostility in recent suicide attempters. *Psychiatry Res.* 2019; 273: 430-434. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.01.056

ETHNIC HYPOTHESIS OF SUICIDE FROM THE GENETICS POINT OF VIEW

V.A. Kozlov, A.V. Golenkov

Chuvash State University, Cheboksary, Russia; pooh12@yandex.ru

Abstract:

There is a high frequency of suicides in the northern regions, which for Eurasia is explained by the accumulation of genes that implement the suicidal phenotype of behavior in the Finno-Ugric peoples. According to WHO and a number of authors in such regions as: Hungary, Serbia, Sweden, Finland, Altai Territory, Buryatia, Tyva, Chukotka Autonomous Okrug, Jewish Autonomous Region, Amur Region, Republic of Sakha (Yakutia), Udmurt Republic, Kirov Region, The Republic of Bashkortostan, Mari El, Perm Territory, Chuvash Republic, Orenburg Region, the Republic of Tatarstan and Guyana, the frequency of suicides is significantly higher than average. *The aim* is to search and summarize literature data on the characteristics of suicidal behavior associated with the ethnic accumulation of polymorphic genes associated with suicidal behavior and suicides. *Material and methods.* The search for articles was carried out on the Internet and in the PubMed database using the keywords – ethnic transmission suicide, ethnic suicide hypothesis, M. Voracek, Finno-Ugrians, haplogroup, subclade, ethnic accumulation of suicides. Of the 217 articles identified, 31 publications were selected for analysis and subsequent discussion. *Results.* The analysis of literature data allowed us to conclude that both the Finno-Ugric ethnos and the population of Guyana are not genetically homogeneous populations. This is especially clearly seen in the example of Hungary, the entire Hungarian population of which is considered Finno-Ugric, but when studying the frequency of occurrence of Y-chromosomal haplogroups in the Hungarian population, it turned out that about 96% are accounted for by haplogroups R1a, R1b, I2, I1, J2, E1b1b, G2a, Q, etc. Of the mitochondrial haplogroups among Hungarians, haplogroup H is the most represented (39.6%). But the Y-chromosomal haplogroup N, considered a marker of Finno-Ugric ethnic groups, is found in only about 4% of the Hungarian population, which is called the Hungarian paradox. The population of Guyana is represented by Indo-Guyanese (descendants of the inhabitants of India), Afro-Guyanese (descendants of the inhabitants of Africa), mestizos and mulattoes, Indians (autochthonous population). The accumulation of the same group of genes that form a suicidal behavior phenotype in genetically heterogeneous ethnic groups that have unrelated origins and are united into single groups based on the principle of territorial residence or linguistic origin is an incredible event. A detailed study of mitochondrial haplogroups in the remaining peoples of the Finno-Ugric group, apparently, has not yet been studied. *Conclusions.* Ethnic accumulation of genes that form a suicidal phenotype is observed in small isolated populations with a high level of endogamy. In its current form, the ethnic hypothesis of suicide has no real genetic evidence.

Keywords: suicide, behavioural genetics, ethnicity, Finno-Ugric, Guyana

Вклад авторов:

V.A. Kozlov: разработка дизайна исследования, написание текста рукописи, его редактирование;
A.V. Golenkov: поиск и перевод литературы; написание текста рукописи, редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

V.A. Kozlov: development of the study design, writing the manuscript, editing it;
A.V. Golenkov: literature search and translation; writing the text of the manuscript, editing the text of the manuscript.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 02.03.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 29.03.2024.

Для цитирования: Козлов В. А., Голенков А.В. Этническая гипотеза суицидов с точки зрения генетики. *Девиянтология.* 2024; 8 (1): 31-38. DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-31-38

For citation: Kozlov V.A., Golenkov A.V. Ethnic hypothesis of suicide from the genetics point of view. *Deviant Behavior (Russia).* 2024; 8 (1): 31-38. (In Russ) DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-31-38

РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Е.Р. Завалова, А.В. Меринов

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

EATING DISORDERS IN SUICIDOLGY PRACTICE. REVIEW

E.R. Zavalova, A.V. Merinov

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Сведения об авторах:

Завалова Елена Романовна – аспирант (SPIN-код: 7564-5262; Researcher ID: ALL-7302-2020; ORCID iD: 0000-0002-7406-4563). Место учёбы: аспирант кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (929) 067-01-60, электронный адрес: er46280@gmail.com

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

В мире около 9% населения сталкивались с расстройствами пищевого поведения. В силу высокой распространённости, малого процента выявляемости и обращения за помощью при относительно высоких показателях суицидального поведения, остро встаёт вопрос о разработке возможных мер профилактики и информационной осведомлённости населения о рисках и последствиях при данном спектре психических расстройств. В имеющихся публикациях основной акцент при оценке суицидального потенциала у лиц с расстройствами пищевого поведения делается либо на характеристиках совокупной группы всех разновидностей пищевых отклонений, либо на таковых при нервной анорексии. Действительно, последнее расстройство, обладая значительным аутоагрессивным потенциалом, достаточно хорошо диагностируется при первичном визуальном осмотре. Нервная булимия и компульсивное переедание значительно реже попадают в поле зрения специалистов, предположительно также имея серьёзные антивитаальные устремления. *Целью* обзора является расширение и конкретизация современных представлений о суицидальных рисках среди популяции людей с расстройствами пищевого поведения, в частности, нервной булимией. Необходимо выявить и обосновать перспективные направления дальнейшего научного поиска. *Материалы и методы:* проведён анализ доступных, современных научных исследований российских и зарубежных авторов. *Результаты:* представлены убедительные факты, касающиеся высокой степени риска суицидального поведения при расстройствах пищевого поведения. Имеющиеся данные касаются в большей степени нервной анорексии, и в значительно меньшей, нервной булимии. Стоит отметить и незначительное количество имеющихся публикаций на затронутые темы в отечественной научной литературе и публикациях. Проведённый анализ убедительно демонстрирует актуальность затрагиваемой проблематики, а также существование определённых пробелов в наших знаниях о суицидальных рисках конкретных разновидностей расстройств пищевого поведения. Публикаций, касающихся рассматриваемых показателей у пациенток с нервной анорексией, достаточно много, чего невозможно сказать об аналогичных характеристиках нервной булимии. Полученные данные позволяют предположить существование значимого пробела в современных теоретических и практических представлениях, относящихся к суицидологическим спецификациям нервной булимии, что, безусловно, диктует необходимость подробного изучения таковых, что в перспективе поможет разработать эффективные модели суицидальной превенции именно в этой группе пациенток. Это имеет значение для расширения возможности диагностики в суицидологии вообще и информированности о возможных рисках соответствующих специалистов.

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, нарушения приёма пищи, нервная булимия, нервная анорексия, аутоагрессивное поведение, суицидальное поведение

Согласно статистике расстройства пищевого поведения (РПП) затрагивают не менее 9% населения во всём мире [1, 2]. По последним данным распространённость РПП в России составляет порядка 4% населения, из них 0,5-3,7% приходится на нервную анорексию (НА), 1,1-4,2% отводится нервной булимии (НБ) [3-7].

В настоящее время большую популярность набирает идея красивой, стройной фигуры под прикрытием «здорового образа жизни». Ограничения в питании, усиленные физические нагрузки, контроль веса и объёмов тела неминуемо ведут к различным нарушениям приёма пищи. Согласно данным, РПП в большей степени подвержены лица женского пола: распространённость НА среди женщин составляет 0,3-2,2%, среди мужчин – 0,3% случаев. У женщин НБ варьирует с частотой от 0,5 до 1%, у мужчин в диапазоне 0,1-0,7% [8, 9].

Следуя за идеальной картинкой, «нужными» параметрами тела, человек проживает огромный спектр негативных эмоциональных состояний. Начиная с безобидных тренировок, мотивирующих разговоров, удачных примеров из жизни других людей, чья дальнейшая судьба остаётся за кадром, люди начинают длительную и изнуряющую борьбу со своим неидеальным телом [5]. В основе такого поведения обычно прослеживаются неудовлетворённость собственной фигурой, имеющимися пропорциями, сравнения себя с другими (зачастую с публичными фигурами) и излишне критическое отношение к малейшим промахам. Формируя различные сообщества по поддержке друг друга в стремлении к заветным цифрам на весах, люди поощряют, а нередко и восторгаются быстрому сбросу веса, изнуряющим физическим нагрузкам, критическим ограничениям в еде, не задаваясь вопросом, какие последствия кроются за такими достижениями. Самое главное, что большинство подобных пищевых экзерсисов зачастую обречены на неудачу, частые срывы продуманных программ питания, что, логичным образом, порождает внутриличностные конфликты, дистресс, отчаяние и безысходность [2].

В какой-то момент длительные ограничения в еде, усиленные физические нагрузки ведут к пищевому срыву, обозначаемому термином читмил (cheat meal). Cheat meal – это спонтанный или запланированный загрузочный день, «перерыв» в диетическом рационе, когда можно есть всё, что не входит в список «разрешённых» продуктов. В данном контексте важно помнить тот факт, что любой, даже запланированный «срыв», неминуемо приводит к последующим угрызениям совести, самобичеванию и прочим комплексам «несправившегося» [2, 10]. Схем читмила, как и диет – множество, но всё сводится к тому, что после подобного очень сложно вернуться к диетическому питанию, где сталкиваешься с множеством ограничений, лишений и контроля, не говоря уже о тесной связи с эпизодами компульсивного переедания и большую вероятность формирования более серьёзных нарушений пищевого поведения в виде нервной булимии [10, 11]. Всё это неминуемо ведёт к изменениям более здоровых пищевых привычек, заложенных с детства. Обычно редко удаётся проследить, когда и в какую сторону меняется персональное пищевое поведение, когда это будет полное ограничение себя в пище вплоть до голодовок или же всё сведётся к неконтролируемым приступам переедания с последующим вызыванием рвоты. Ещё один аспект проблемы заключается в том, что крайне незначительное число носителей РПП считает себя больными, нуждающимися в специфическом лечении, и уж тем более, большинство их аутоагрессивных устремлений оказывается вне поля нашего зрения. При достаточно частой констатации высоких суицидальных рисков [2], тем не менее, данная группа лиц все ещё продолжает оставаться в представлениях обывателей (а зачастую и врачей-специалистов) группой, не требующей особенного внимания. Необходимо отметить, что на протяжении многих десятков лет рядом исследователей расстройства пищевого поведения рассматривались как эквивалент несуйцидальной аутоагрессии [12].

В целях достижения необходимых параметров фигуры или цифр на весах, многие прибегают к опасным способам, таким как

приём мочегонных, слабительных или аноксигенных лекарственных средств, не воспринимая это как нечто патологическое, неправильное. Нередким последствием подобных усилий является смертельный исход. Но в любом случае, в погоне за мнимой красотой женщины не страшатся серьёзным образом вмешиваться в метаболизм организма без консультации врача [13, 14], нередко осознавая возможные последствия.

Смертность при РПП является одной из самых распространённых среди лиц с психическими расстройствами [15, 16]. По разным данным, при НА погибает от 5 до 18%, при этом каждая пятая смерть – это самоубийство. При НБ смертность составляет около 3,9%, а на долю самоубийств приходится четверть случаев – 23% [4, 15, 17, 18].

В настоящее время, как в России, так и зарубежом активно изучаются вопросы, касающиеся смертности при РПП в виде нервной анорексии [19-22]. Однако, на сегодняшний момент актуальных данных, касающихся суицидальной статистики лиц именно с нервной булимией в России нет. Отсутствует и однозначная информация о распространённости данной нозологической формы заболевания. Последнее создаёт весьма неоднозначную ситуацию для суицидологической практики: вероятно, число имеющих пациентов сильно недооценено, а отсутствие информации об их числе, не позволяет правильно оценить их вклад в совокупные суицидологические показатели. По нашим частично опубликованным данным, 15% молодых женщин с нервной булимией думали о возможности суицида с обдумыванием способа совершения самоубийства, против 5% молодых женщин без данного диагноза [23], что говорит об острой проблеме, требующей конкретизации и уточнения [24].

В некоторых случаях, в силу малой осведомленности в вопросах пищевого поведения, люди не всегда могут обратить внимание на свои чувства, эмоциональное состояние, патологическое поведение в отношении питания, заметить ту грань, когда цикл диета-срыв выходит из-под контроля, а еда становится эпицентром жизни, и обратиться за помощью [13, 23]. Данный факт

способен формировать значительные по своему числу группы лиц, попадающих в зоны специфического риска, однако, как таковые традиционно не рассматриваемые.

Имеющиеся исследования, направленные на выявление и изучение особенностей протекания заболеваний в группе пациентов с проблемами из спектра расстройств пищевого поведения, их высокой смертности [25-27], особенно у пациентов с НА [28-32], являются логичными, учитывая сложившуюся ситуацию при этом подтипе РПП как в России, так и зарубежом [16, 33, 34]. Однако они не дают однозначных ответов на имеющиеся вопросы. Вероятно, сказывается амбивалентность отношения к, кажущейся несерьёзной в суицидологическом аспекте, патологии, некой «временной подростковой проблеме», не заслуживающей пристального внимания и разработки методов реагирования, направленных на предотвращение антивитаальных устремлений [23]. Как уже упоминалось выше, ещё больше вопросов создают оставшиеся варианты РПП, не имеющие в своей клинической картине явных и неоспоримых визуальных признаков, в частности, пациентов с булимией [35-38], с большой долей вероятности, в случае их суицидальной гибели, формирующих «немую» группу погибших лиц с невыясненной причиной суицидального поведения (поскольку прижизненно диагноз выставляется лишь в незначительном количестве случаев. Всё это диктует необходимость разработки эффективных моделей скрининговой оценки присутствия разнообразных форм РПП у подростков и молодых людей, а также понимание наших возможностей в отношении тактичного выявления у них аутоагрессивных паттернов.

Стоит также отметить, что клинически расстройства пищевого поведения тесно переплетены как с синдромами дисморфомании – дисморфофобии, так и между собой [39]. Нервная анорексия может переходить в нервную булимию или включать в себя те или иные компоненты [40, 41]. Тем не менее, нервную анорексию гораздо проще заметить объективно или как минимум заподозрить, что у человека имеется данное расстройство. В пользу указанного состояния говорит низ-

кая масса тела (ИМТ $<17,5$ кг/м²), достаточно специфическое состояние кожи, волос, ногтей, систематические, часто протестные отказы от еды, навязчивый подсчёт калорий, излишняя озабоченность своим весом и внешним видом, убежденности в наличии лишних килограмм при объективной худобе, уже трудно скрываемые варианты компенсаторного поведения (вызывание рвоты, использование целого ряда препаратов) [42].

В случае же с НБ только в редких случаях удаётся объективно заметить имеющиеся объективные изменения. Масса тела пациентов редко снижается ниже допустимых параметров, ИМТ тоже чаще в пределах нормы, состояние волос, кожи, ногтей вряд ли обратит на себя внимание специалиста. Кроме того, вероятность добровольного обращения за терапевтической или психотерапевтической помощью крайне невелика [4, 13, 25]. Пациентки не пропускают приёмы пищи, питаются в окружении близких и очень тщательно скрывают эпизоды переедания / очищения, их интенсивные физические нагрузки не воспринимаются как компенсаторное поведение, а приём слабительных, мочегонных и препаратов, влияющих на пищевое поведение, или остаётся в тайне или оправдывается рекомендациями врача [13]. Внутренние переживания о собственном весе, страх потолстеть, выискивание недостатков во внешнем виде, бесконечная гонка за худым или идеальным телом, а также сопутствующий этому целый спектр ярких негативных эмоций – редко обсуждается с близкими людьми, и, если этому удаётся случиться, редко кто из последних забьёт тревогу, воспримет это как тревожный сигнал, призыв о помощи [43, 44]. Нередко, имеющиеся изменения в организме становятся заметными на приёме у ряда специалистов: у стоматолога, когда нарушается целостность зубной эмали [45, 46], у терапевта / гастроэнтеролога, когда при длительном индуцировании рвоты кислота начинает разъедать стенки пищевода [47], однако в данных случаях, вопрос верификации диагноза нарушения пищевого поведения поднимается не всегда («зачем молодому человеку портить жизнь, одумается сам»). К огромному сожалению, часто по-

добная диагностика осуществляется уже на столе у патологоанатома / судмедэксперта после завершённой суицидальной попытки [48]. Сложности в диагностике НБ, низкий процент обращаемости за медицинской помощью к специалистам в области психического здоровья наводят на мысли о существенной недооценённости суицидальной смертности именно при нервной булимии [23, 49]. Эта проблема, возможно, становится одним из краеугольных камней в современной суицидологической практике в силу её неразработанности, отсутствия методологических подходов к оценке соответствующих рисков, нечёткости нашего представления о возможных шагах профилактического характера, а также низкой осведомлённости специалистов, так или иначе, занимающихся контингентом с возможным высоким риском РПП, в отношении их аутоагрессивного потенциала. Речь идёт о педиатрах, гастроэнтерологах, диетологах, всевозможных нутрициологах, врачах, занимающихся эстетической и пластической медициной. Так или иначе, но слишком часто молодые девушки попадают в ловушку пропаганды красивой картинки тела с «быстрым» достижением результата, из которой самостоятельно выбраться практически невозможно, а возникающие психолого-психиатрические проблемы в свою очередь способны вызывать дальнейшие неблагоприятные клинические траектории. Та грань, за которой человек теряет контроль над питанием, за которой еда становится не источником энергии, а, в лучшем случае, методом избегания стресса, в худшем – врагом, вокруг которого начинает выстраиваться вся жизнь, а все мысли сводятся к очередному приёму пищи, без всяких сомнений, весьма условна и трудно определяема [25, 30, 42]. В этой связи становится актуальным вопрос подготовки врачей по вопросам суицидальной превенции [50].

Очевидно, распространённость РПП среди населения намного выше, чем демонстрируют нам имеющиеся в литературных источниках данные, как и в значительной степени недооценена её связь со смертностью в целом, включая суицидальную. Обнаруживается ожидаемый «перекосяк» в количе-

стве публикаций, касающихся суицидальной смертности при различных вариантах РПП: значительно чаще имеющиеся работы касаются нервной анорексии [51-53], либо описывается некая общая категория лиц с РПП в совокупности. Значительно меньшее число работ посвящено оставшимся клиническим вариантам РПП, в частности, нервной булимии, что в данном случае, делает изучение рассматриваемых аспектов именно при данной разновидности перспективными и важными в теоретическом и практическом направлениях. Попутно стоит отметить незначительное число публикаций на рассматриваемые темы именно в российском сегменте, при безусловно, значительной распространённости НБ в отечественной популяции.

Поскольку в суицидологической практике на первом месте всегда стоит вопрос профилактики аутоагрессивного поведения [54, 55], то в случае с НА мы имеем определённые преимущества в отношении ранней визуальной диагностики состояния. В отношении же пациенток с НБ клинические изменения обнаруживаются на поздних этапах развития заболевания, если выявляются вообще.

Таким образом, НБ при её весьма широкой распространённости остаётся скрываемой и не выявляемой патологией, с вероятно достаточно высоким суицидальным риском, формируемым перманентным внутриличностным конфликтом [13, 23, 24], что, безусловно, требует пристального внимания и изучения.

Литература / References:

1. Статистика (psyhealth.ru) ссылка активна на 31.01.2024 г. [link is active on 31.01.2024] (In Russ)
2. Uniacke B., Walsh B.T. Eating Disorders. *Ann Intern Med.* 2022; 175 (8): 113-128. DOI: 10.7326/AITC202208160
3. Суворова В.В. Расстройства пищевого поведения, их распространённость среди подростков и молодых людей 14-25 лет. *Материалы всероссийского научного форума студентов с международным участием «Студенческая наука – 2021».* 2021; 4: 720-721. [Suvorova V.V. Eating disorders, their prevalence among adolescents and young people 14-25 years old. *Materials of the All-Russian scientific forum of students with international participation "Student Science - 2021".* 2021; 4: 720-721.] (In Russ)
4. Барыльник Ю. Б., Филиппова Н. В., Деева М. А. Нервная анорексия и нервная булимия: от истории к современности. *Российский психиатрический журнал.* 2016; 3: 36-45. [Barylnik Yu. B., Filippova N. V., Deeva M. A. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: from history to modernity. *Russian Psychiatric Journal.* 2016; 3: 36-45] (In Russ)
5. Harrop E.N., Marlatt G.A. The comorbidity of substance uses disorders and eating disorders in women: prevalence, etiology, and treatment. *Addict Behav.* 2010; 35 (5): 392-8. DOI: 10.1016/j.addbeh.2009.12.016
6. Silén Y., Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Curr Opin Psychiatry.* 2022; 35 (6): 362-371.
7. Патракова И.Ф., Поддубный С.К., Белослудцева Л.Д., и др. Статистика расстройств пищевого поведения. *Заметки ученого.* 2021; 6 (1): 127-130. [Patrakova I.F., Poddubny S.K., Belosludtseva L.D., et al. Statistics of eating disorders. *Notes from a scientist.* 2021; 6 (1): 127-130] (In Russ)
8. Simone M., Telke S., Anderson L.M., et al. Ethnic racial and gender differences in disordered eating behavior prevalence trajectories among women and men from adolescence into adulthood. *Soc Sci Med.* 2022; 294: 114720. DOI: 10.1016/j.socscimed.2022.114720
9. Незнанов Н.Г. Тактика врача-психиатра. Практическое руководство / Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э. ГЭОТАР-Медиа, 2022. 232 с. [Neznanov N.G. Tactics of a psychiatrist. Practical guide / Neznanov N.G., Mazo G.E. GEOTAR-Media, 2022. 232 с.] (In Russ) ISBN 978-5-9704-6570-7.
10. Ganson K.T., Cunningham M.L., Pila E., et al. Characterizing cheat meals among a national sample of Canadian adolescents and young adults. *J Eat Disord.* 2022; 10 (1): 113. DOI: 10.1186/s40337-022-00642-6
11. Murray S.B., Pila E., Mond J.M., et al. Cheat meals: A benign or ominous variant of binge eating behavior? *Appetite.* 2018; 1 (130): 274-278. DOI: 10.1016/j.appet.2018.08.026
12. Меннингер К. Война с самим собой. М.: «ЭКСПО-Пресс», 2000. 480 с. [Menninger K. *Vojna s samim soboj.* М.: «EKSPRESS», 2000. 480 s.] (In Russ)
13. Nitsch A., Dlugosz H., Gibson D., et al. Medical complications of bulimia nervosa. *Cleve Clin J Med.* 2021; 88 (6): 333-343. DOI: 10.3949/ccjm.88a.20168
14. Roerig J.L., Steffen K.J., Mitchell J.E., et al. Laxative abuse: epidemiology, diagnosis and management. *Drugs.* 2010; 70 (12): 1487-503. DOI: 10.2165/11898640-000000000-00000
15. Arcelus J., Mitchell A.J., Wales J. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68 (7): 724-731.
16. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012; 14 (4): 406-14. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y
17. Smink F.R., van Hoeken D., Hoek H.W. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2013; 26 (6): 543-8. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328365a24f
18. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А. Суицидальное поведение при расстройствах пищевого поведения. *Девиантология.* 2023; 7 (1): 36-48. [Filonenko A.V., Golenkov A.V., Filonenko V.A. Suicidal behavior in eating disorders. *Deviantology.* 2023; 7 (1): 36-48] (In Russ) DOI: 10.32878/devi.23-7-01(12)-36-48
19. van Eeden A.E., van Hoeken D., Hoek H.W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry.* 2021; 34 (6): 515-524. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000739
20. Гранкина А.Д., Ершова К.С., Лобанов А.Д. Расстройство пищевого поведения как проявление несуицидального самоповреждающего поведения. *Материалы всероссийского научного форума студентов с международным участием «Студенческая наука 2021».* 2021; 4: 691. [Grankina A.D., Ershova K.S., Lobanov A.D. Eating disorder as a manifestation of non-suicidal self-injurious behavior. *Materials of the All-Russian scientific forum of students with international participation "Student Science 2021".* 2021; 4: 691.] (In Russ)

21. Chidiac C.W. An update on the medical consequences of anorexia nervosa. *Curr Opin Pediatr*. 2019; 31(4): 448-453. DOI: 10.1097/MOP.0000000000000755
22. Jagielska G., Kasperska I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol*. 2017; 51 (2): 205-218. English, Polish. DOI: 10.12740/PP/64580
23. Завалова Е.Р., Меринов А.В. Расстройства пищевого поведения в суицидологической практике. *Научный форум. Сибирь*. 2023; 9 (2): 29-30. [Zavalova E.R., Merinov A.V. Eating disorders in suicidological practice. *Scientific form. Siberia*. 2023; 9 (2): 29-30.] (In Russ)
24. Tseng M.M., Chien L.N., Tu C.Y., et al. Mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A population-based cohort study in Taiwan, 2002-2017. *Int J Eat Disord*. 2023; 56 (6): 1135-1144. DOI: 10.1002/erv.23934
25. Uri R.C., Wu Y., Baker J.H., et al. Eating disorder symptoms in Asian American college students. *Eating Behaviors*. 2021. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2020.101458 ссылка активна на 31.01.2024 г.
26. Ulfvebrand S., Birgegard, A., Norring C., et al. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Res*. 2015; 230 (2): 294-299.
27. Поздняк В.В., Хуторянская Ю.В., Гречаный С.В. Самоповреждающее поведение как разновидность патологических стратегий преодоления расстройств пищевого поведения у подростков и молодых людей. *Медицина: теория и практика*. 2020; 4: 427-428. [Pozdnyak V.V., Khutoryanskaya Yu.V., Grechany S.V. Self-harmful behavior as a type of pathological strategies for overcoming eating disorders in adolescents and young people. *Medicine: theory and practice*. 2020; 4: 427-428.] (In Russ)
28. Бобров А. Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии. *Альманах клинической медицины*. 2015; 1: 13-23. [Bobrov A.E. Psychopathological aspects of anorexia nervosa. *Almanac of Clinical Medicine*. 2015; 1: 13-23.] (In Russ)
29. Neale J., Hudson L.D. Anorexia nervosa in adolescents. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2020; 81 (6): 1-8. DOI: 10.12968/hmed.2020.0099
30. Moskowitz L., Weiselberg E. Anorexia nervosa /atypical anorexia nervosa. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017; 47 (4): 70-84. DOI: 10.1016/j.cppeds.2017.02.003
31. Захарова Л.И. Нервная анорексия: распространенность, критерии диагностики и психосоматические соотношения (обзор). *Научные результаты биомедицинских исследований*. 2019; 5 (1): 108-121. [Zakharova L.I. Anorexia nervosa: prevalence, diagnostic criteria and psychosomatic relationships (review). *Scientific results of biomedical research*. 2019; 5 (1): 108-121.] (In Russ)
32. Suszko M., Sobocki J., Imieliński C. Mortality in extremely low BMI anorexia nervosa patients – Implications of gastrointestinal and endocrine system dysfunction. *Psychiatr Pol*. 2022; 56 (1): 89-100. (In Engl / Polish) DOI: 10.12740/PP/126233
33. Castellini G., Cainsi S., Cassioli E., et al. Mortality and care of eating disorders. *Acta Psychiatrica Scand*. 2023; 147 (2): 122-133. DOI: 10.1111/acps.13487
34. Пичиков А.А., Попов Ю.В. Нервная анорексия у девушек-подростков: варианты течения, факторы рецидива и суицидальный риск на ранних этапах терапии. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии*. 2017; 4: 41-50. [Pichikov A.A., Popov Yu.V. Anorexia nervosa in adolescent girls: course options, relapse factors and suicidal risk in the early stages of treatment. *Review of psychiatry and medical psychology*. 2017; 4: 41-50.] (In Russ)
35. Tith R.M., Paradis G., Potter B.J., et al. Association of Bulimia Nervosa with Long-term Risk of Cardiovascular Disease and Mortality Among Women. *JAMA Psychiatry*. 2020; 77 (1): 44-51. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.2914
36. Crow S.J., Peterson C.B., Swanson S.A., et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2009; 166 (12): 1342-6. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09020247
37. Himmerich H., Hotopf M., Shetty H., et al. Psychiatric comorbidity as a risk factor for the mortality of people with bulimia nervosa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019; 54 (7): 813-821. DOI: 10.1007/s00127-019-01667-0
38. Huas C., Godart N., Caille A., et al. Mortality and its predictors in severe bulimia nervosa patients. *Eur Eat Disord Rev*. 2013; 21 (1): 15-9. DOI: 10.1002/erv.2178
39. Hosseini S.A., Padhy R.K. Body Image Distortion. 2023. In: StatPearls [Internet *Body Image Distortion – PubMed (nih.gov)* ссылка активна на 31.01.2024]. [link is active on 31.01.2024]
40. Методическое пособие «Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины»: под ред. Какорина Е.П., Максимова М.В., Мишнев О.Д. и др. М., 2012. [Methodological manual “Use of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision (ICD-10) in the practice of domestic medicine”: ed. Kakorina E.P., Maksimova M.V., Mishnev O.D., et al. M., 2012.] (In Russ)
41. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 / American Psychiatric Association. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
42. Santonicola A., Gagliardi M., Guarino M.P.L., et al. Eating disorders and gastrointestinal diseases. *Nutrients*. 2019; 11 (12): 3038. DOI: 10.3390/nu11123038
43. Grilo C.M., Ivezaj V., Lydecker J.A., et al. Toward an understanding of the distinctiveness of body-image constructs in persons categorized with overweight/obesity, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *J Psychosom Res*. 2019; 126: 109757. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2019.109757
44. Кочнова Е.Н., Меринов А.В., Володин Б.Ю. Аутоагрессивные характеристики юношей и девушек, испытывающих переживания стыда собственного тела. *Суицидология*. 2023; 14 (1): 101-114. [Kochnova E.N., Merinov A.V., Volodin B.Yu. Auto-aggressive characteristics of boys and girls experiencing body shame. *Suicidology*. 2023; 14 (1): 101-114.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.23-14-01(50)-101-114
45. Cuadrado-Ríos S, Huamán-Garaicoa F, Cruz-Moreira K. Anorexia and bulimia nervosa in the practice of the paediatric dentist. *Eur Eat Disord Rev*. 2023; 31 (1): 9-23. DOI: 10.1002/erv.2944
46. Lourenço M., Azevedo Á., Brandão I., Gomes P.S. Orofacial manifestations in outpatients with anorexia nervosa and bulimia nervosa focusing on the vomiting behavior. *Clin Oral Investig*. 2018; 22 (5): 1915-1922. DOI: 10.1007/s00784-017-2284-y
47. Kutuk M.O., Guler G., Tufan A.E., et al. Achalasia as a complication of bulimia nervosa: A case report. *S Afr J Psychiatry*. 2017; 23: 996. DOI: 10.4102/sajpsychiatry.23.996
48. Riehl M.E., Scarlata K. Understanding disordered eating risks in patients with gastrointestinal conditions. *J Acad Nutr Diet*. 2022; 122 (3): 491-499. DOI: 10.1016/j.jand.2021.03.001
49. van Hoeken D., Hoek H.W. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Curr Opin Psychiatry*. 2020; 33 (6): 521-527. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000641
50. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Розанов В.А., Севастьянов А.А. Суицидология в подготовке медицинского профессионала: междисциплинарный подход. *Суицидология*. 2019; 10 (3): 93-101. [Zotov P.B., Lyubov E.B., Rozanov V.A., Sevastianov A.A. Suicidology in preparation of a medical professional: interdisciplinary approach. *Suicidology*. 2019; 10 (3): 93-101.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-93-101
51. Thornton LM, Welch E, Munn-Chernoff MA, et al. anorexia nervosa, major depression, and suicide attempts: shared ge-

- netic factors. *Suicide Life Threat Behav.* 2016; 46 (5): 525-534. DOI: 10.1111/sltb.12235
52. Bulik C.M., Thornton L., Pinheiro A.P., et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosom Med.* 2008; 70 (3): 378-83. DOI: 10.1097/PSY.0b013e3181646765
53. Pompili M., Mancinelli I., Girardi P., et al. Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2004; 36 (1): 99-103. DOI: 10.1002/eat.20011
54. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: Медицинское информационно агентствo, 2019. 600 с. [National Guide to Suicidology / Ed. B.S. Polozhiy. Moscow: Medical Information Agency Publishing House, 2019. 600 p.] (In Russ)
55. Суицидальные и несуйцидальные самоповреждения подростков / Коллективная монография. Под редакцией проф. П.Б. Зотова. Тюмень: Вектор Бук, 2021. 472 с [Suicidal and non-suicidal self-harm of adolescents / Collective monograph. Edited by Prof. P.B. Zotov. Tyumen: Vector Book, 2021. 472 p.] (In Russ) ISBN 978-5-91409-537-3

EATING DISORDERS IN SUICIDAL PRACTICE. REVIEW

E.R. Zavalova, A.V. Merinov

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; er46280@gmail.com

Abstract:

A review of the literature on the topic of eating disorders in suicidal practice is presented. Globally, about 9% of the population has experienced eating disorders. Due to the high prevalence, low percentage of detection and seeking help with relatively high rates of suicidal behavior, the question arises of developing possible preventive measures and information awareness of the population about the possible risks and consequences of this range of mental disorders. In existing publications, the main emphasis when assessing suicidal potential in people with eating disorders is either on the characteristics of the aggregate group of all types of eating disorders, or on those in anorexia nervosa. Indeed, the latter disorder, having a significant auto-aggressive potential, is quite well diagnosed during an initial visual examination. Bulimia nervosa and compulsive overeating are much less likely to come to the attention of specialists, presumably also having serious anti-vital aspirations. *The aim* of this review is to expand and specify current ideas about suicidal risks among the population of people with eating disorders, in particular bulimia nervosa. *Materials and methods:* an analysis of available scientific research by Russian and foreign authors was carried out. *Results:* Convincing evidence is presented regarding the high risk of suicidal behavior in eating disorders. The available data relate to a greater extent to anorexia nervosa, and to a much lesser extent to bulimia nervosa. It is worth noting the small number of available publications on the topics raised in the domestic scientific literature and publications. The analysis convincingly demonstrates the relevance of the issues raised, as well as the existence of significant gaps in our knowledge about the suicidal risks of specific types of eating disorders. There are quite a lot of publications concerning the considered indicators in patients with anorexia nervosa, which cannot be said about similar characteristics of bulimia nervosa. The data obtained allow us to assume the existence of a significant gap in modern theoretical and practical concepts related to the suicidal specifications of bulimia nervosa, which certainly dictates the need for a detailed study of those, which in the future will help develop effective models of suicide prevention in this particular area. group of patients. This is important for expanding the diagnostic capabilities in suicidology in general and awareness of the possible risks of relevant specialists.

Keywords: eating disorders, eating disorders, bulimia nervosa, anorexia nervosa, autoaggressive behavior, suicidal behavior

Вклад авторов:

E.P. Zavalova: разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;

A.V. Merinov: разработка дизайна исследования, редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

E.R. Zavalova: developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, article editing;

A.V. Merinov: developing the research design, article editing.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 12.03.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 09.04.2024.

Для цитирования: Завалова Е.Р., Меринов А.В. Расстройства пищевого поведения в суицидологической практике. Обзор литературы. *Девиантология.* 2024; 8 (1): 39-45. DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-39-45

For citation: Zavalova E.R., Merinov A.V. Eating disorders in suicidology practice. Review. *Deviant Behavior (Russia).* 2024; 8 (1): 39-45. (In Russ) DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-39-45

СМЕРТНОСТЬ ПО ПРИЧИНЕ САМОУБИЙСТВ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2020-2022 гг.

А.В. Сахаров, О.П. Ступина

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

MORTALITY FROM SUICIDE IN THE FAR EASTERN FEDERAL DISTRICT IN 2020-2022

A. V. Sakharov, O. P. Stupina

Chita State Academy of Medicine, Chita, Russia
V.H. Kandinsky Regional Clinical Psychiatric Hospital, Chita, Russia

Сведения об авторах:

Сахаров Анатолий Васильевич – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 1441-4806; Author ID РИНЦ: 556868; Researcher ID: N-4261-2016; Author ID Scopus: 57201327574; ORCID iD: 0000-0001-8835-6607). Место работы и должность: первый проректор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный детский специалист психиатр Дальневосточного федерального округа (Чита). Адрес: Россия, 672000, г. Чита, ул. Горького, 39А. Телефон: +7 (3022) 32-41-73, электронный адрес: sakharov-chita@yandex.ru

Ступина Ольга Петровна – доктор медицинских наук (Author ID РИНЦ: 769512; ORCID iD: 0000-0002-7081-2798). Место работы и должность: главный врач ГКУЗ «Краевая психиатрическая больница имени В.Х. Кандинского». Адрес: Россия, 672042, г. Чита, Окружной проезд, 3; профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный специалист психиатр Минздрава Забайкальского края и Дальневосточного федерального округа (Чита). Адрес: Россия, 672000, г. Чита, ул. Горького, 39А. Электронный адрес: stupina-op@yandex.ru

Смертность по причине самоубийств в Дальневосточном федеральном округе продолжает снижаться – за 2020-2022 гг. уменьшился на 5,2% (с 18,0 до 17,0 на 100 тыс. населения). При этом он, по-прежнему, существенно выше общероссийского (2021 год: ДФО – 16,6; РФ – 10,7 на 100 тыс. населения). Важной особенностью следует считать существенную разницу (в 58 раз) по этому показателю между субъектами в пределах одного округа, что требует совершенствования мер профилактики и дальнейших исследований.

Ключевые слова: суицид, самоубийство, суицидальное поведение, Дальневосточный федеральный округ

Важным индикатором работы психиатрической службы в нашей стране выступает уровень смертности населения по причине самоубийств. При этом Россия отличается существенным экономическим, социальным, этнокультуральным и географическим разнообразием, поэтому и показатели суицидальной смертности значительно (более, чем в 100 раз) разнятся между регионами [1, 2, 3]. В связи с этим важно продолжать исследования по данной проблеме на региональном уровне, совершенствовать и внедрять единый национальный мониторинг суицидального поведения и разрабатывать дифференцированные подходы к суицидологической превенции [4, 5].

Цель исследования: провести анализ показателей смертности по причине самоубийств в субъектах Дальневосточного федерального округа в сравнительном аспекте в 2020-2022 гг.

Материалы и методы

Научная работа представляет собой одномоментное обсервационное исследование описательного типа. Она не была связана с людьми в качестве субъектов исследования, поэтому не требовалось её рассмотрение в локальном этическом комитете. Результаты получены при анализе статистических данных отчётных форм психиатрических служб субъектов Дальневосточного федерального округа (ДФО) за 2020-2022 гг. Произведена

выкопировка показателей смертности по причине самоубийств в субъектах округа (в целом, среди несовершеннолетних; на 100 тыс. населения).

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

Результаты и обсуждение

Показатель смертности по причине самоубийств среди населения Дальневосточного федерального округа за 2020-2022 гг. уменьшился на 5,2 % (с 18,0 до 17,0 на 100 тыс. населения). При этом он, по-прежнему, существенно выше общероссийского (2021 год: ДФО – 16,6; Российская Федерация – 10,7 на 100 тыс. населения).

Наиболее высокий показатель смертности от самоубийств в ДФО в 2022 году

наблюдался в Республике Бурятия (34,8), Забайкальском крае (31,7) и Еврейской автономной области (31,6). Наиболее низкий показатель зарегистрирован в Сахалинской области (0,6), Хабаровском крае (1,3) и Камчатском крае (3,2). Соотношение максимального и минимального показателей составило 58,0 раз.

В динамике за 3 года показатели суицидальной смертности увеличились в 5 регионах ДФО, наиболее высокий прирост зарегистрирован в Еврейской автономной области (50,5 %) и Забайкальском крае (9,7 %). Снижение величины показателя произошло в 6 субъектах: максимально в Камчатском крае (на 37,3 %), Приморском крае (на 25,6 %), Сахалинской области (на 25,0 %) и Республике Саха (Якутия) (на 19,5 %) (табл. 1).

Таблица / Table 1

Смертность по причине самоубийств в субъектах Дальневосточного федерального округа (на 100 тыс. населения)

Mortality due to suicide in the subjects of the Far Eastern Federal District (per 100 thousand population)

Субъекты Дальневосточного ФО Subjects of the Far Eastern Federal District	2020	2021	2022	Темпы прироста, % Growth rates, %
Амурская область Amur region	28,9	27,2	28,2	-2,4
Еврейская автономная область The Jewish Autonomous Region	21,0	28,4	31,6	50,5
Магаданская область Magadan region	12,8	6,5	12,3	-3,9
Сахалинская область Sakhalin region	0,8	0,8	0,6	-25,0
Забайкальский край Trans-Baikal Territory	28,9	26,4	31,7	9,7
Камчатский край Kamchatka Territory	5,1	3,2	3,2	-37,3
Приморский край Primorsky Territory	16,4	13,1	12,2	-25,6
Хабаровский край Khabarovsk Territory	0,4	1,1	1,3	325,0
Республика Бурятия The Republic of Buryatia	33,8	32,6	34,8	3,0
Республика Саха (Якутия) The Republic of Sakha (Yakutia)	20,5	19,8	16,5	-19,5
Чукотский автономный округ Chukotka Autonomous Okrug	24,0	30,1	25,1	4,6

Смертность по причине самоубийств среди несовершеннолетних в субъектах Дальневосточного федерального округа (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)
Mortality due to suicide among minors in the subjects of the Far Eastern Federal District (per 100 thousand of the population of the corresponding age)

Субъекты Дальневосточного ФО Subjects of the Far Eastern Federal District	2020	2021	2022	Темпы прироста, % Growth rates, %
Амурская область Amur region	4,2	1,7	4,3	-2,3
Еврейская автономная область The Jewish Autonomous Region	10,8	2,8	–	–
Магаданская область Magadan region	–	–	–	–
Сахалинская область Sakhalin region	1,9	2,8	2,8	+47,4
Забайкальский край Trans-Baikal Territory	6,3	6,4	4,2	-33,3
Камчатский край Kamchatka Territory	1,5	1,5	–	–
Приморский край Primorsky Territory	1,6	1,3	1,1	-31,2
Хабаровский край Khabarovsk Territory	–	0,4	–	–
Республика Бурятия The Republic of Buryatia	4,9	7,5	4,9	0,0
Республика Саха (Якутия) The Republic of Sakha (Yakutia)	1,9	4,2	1,9	0,0
Чукотский автономный округ Chukotka Autonomous Okrug	–	–	8,2	–

Показатели смертности по причине самоубийств среди несовершеннолетних в субъектах ДФО представлены в таблице 2. Можно отметить, что среди детей и подростков средний показатель смертности от самоубийств в ДФО за 3 года уменьшился на 5,4 % (с 2,38 до 2,25 на 100 тыс.). Показатели выше среднего по ДФО среди несовершеннолетних в 2022 году отмечены в Чукотском автономном округе (8,2), в Республике Бурятия (4,9), в Амурской области (4,3), в Забайкальском крае (4,2), в Сахалинской области (2,8). Не были зарегистрированы завершённые суициды в детско-подростковой популяции в Хабаровском крае, в Камчатском крае, в Магаданской области и Еврейской автономной области (табл. 2).

Выводы

Смертность по причине самоубийств в Дальневосточном федеральном округе продолжает сохранять стойкую тенденцию к снижению, в том числе среди несовершеннолетних. Важной особенностью следует считать существенную разницу по этому показателю между субъектами в пределах одного округа (58 раз), это можно объяснить высокой долей миграции в некоторых регионах с низким представительством коренного населения. В любом случае, необходимы дополнительные исследования этого вопроса. Регистрируемые показатели по ДФО традиционно выше общероссийских, но кратное уменьшение этого вида смертности в округе в прошедшие 15 лет свидетельствует об эф-

фективности предпринимаемых профилакти-

ческих мероприятий.

Литература / References:

1. Семёнова Н.Б. Влияние пандемии COVID-19 на смертность от самоубийств среди детей и подростков. *Научный форум. Сибирь*. 2023; 9 (2): 11-12. [Semenova N.B. Impact of the COVID-19 pandemic on suicide deaths among children and adolescents. *Scientific forum. Siberia*. 2023; 9 (2): 11-12.] (In Russ)
2. Дуткин М.П. Распространённость самоубийств по районам республики САХА (Якутия). *Девиантология*. 2019; 3 (1): 46-51. [Dutkin M.P. The prevalence of suicide in districts of the republic of Sakha (Yakutia). *Deviant Behavior (Russia)*. 2019; 3 (1): 46-51.] (In Russ)
3. Положий Б.С., Васильев В.В., Каменщиков Ю.Г. Влияние социально-экономических и психопатологических факторов на динамику суицидальной смертности в Удмуртской Республике. *Академический журнал Западной Сибири*. 2021; 17 (1): 5-13. [Polozhy B.S., Vasiliev V.V., Kamenshchikov Y.G. Impact of socio-economic and psychopathological factors on the dynamics of suicidal mortality in the Udmurt Republic. *Academic Journal of West Siberia*. 2021; 17 (1): 5-13.] (In Russ)
4. Положий Б.С. Современные подходы к превентивной суицидологии. *Суицидология*. 2021; 12 (1): 73-79. [Polozhy B.S. Modern approaches to preventive suicidology. *Suicidology*. 2021; 12 (1): 73-79.] (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-73-79
5. Сахаров А.В., Ступина О.П., Пасютина М.С. Суицидальное поведение в Забайкальском крае: эпидемиологические характеристики, влияние пандемии COVID-19 и внедрение инструмента ВОЗ для улучшения системы мониторинга. *Суицидология*. 2022; 13 (2): 3-17. [Sakharov A.V., Stupina O.P., Pasyutina M.S. Suicidal behavior in the Trans-Baikal region: epidemiological characteristics, the impact of the COVID-19 pandemic and the implementation of the WHO tool for improvement of monitoring systems. *Suicidology*. 2022; 13 (2): 3-17.] (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.22-13-02(47)-3-17

MORTALITY FROM SUICIDE IN THE FAR EASTERN FEDERAL DISTRICT IN 2000-2022

A.V. Sakharov, O.P. Stupina

Chita State Academy of Medicine, Chita, Russia; sakharov-chita@yandex.ru
V.H. Kandinsky Regional Clinical Psychiatric Hospital, Chita, Russia

Abstract:

Mortality due to suicide in the Far Eastern Federal District in 2020-2022 decreased by 5.2% (from 18.0 to 17.0 per 100 thousand population). It is higher than the all-Russian rate (2021: Far Eastern Federal District – 16.6; RF – 10.7 per 100 thousand population). A special feature is the high difference (58 times) in this indicator between subjects in the district; this requires further research.

Keywords: suicide, suicide, suicidal behavior, Far Eastern Federal District

Вклад авторов:

A.V. Сахаров: разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;
O.P. Ступина: разработка дизайна исследования, редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

A.V. Sakharov: developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, article editing;
O.P. Stupina: developing the research design, article editing.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 22.03.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 19.04.2024.

Для цитирования: Сахаров А.В., Ступина О.П. Смертность по причине самоубийств в Дальневосточном федеральном округе в 2020-2022 гг. *Девиантология*. 2024; 8 (1): 46-49. DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-46-49

For citation: Sakharov A.V., Stupina O.P. Mortality from suicide in the Far Eastern Federal District in 2020-2022. *Deviant Behavior (Russia)*. 2024; 8 (1): 45-49. (In Russ) DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-46-49

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О НОРМАТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ У ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СОВЕРШЕНИЮ ПРАВОНАРУШЕНИЙ

М.С. Бриль, Ю.С. Бекренева, В.А. Шилова

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия

SOCIAL PERCEPTIONS ABOUT NORMATIVE BEHAVIOR OF ADOLESCENTS PRONE TO COMMITTING OFFENSES

M.S. Bril, Y.S. Bekreneva, V.A. Shilova

St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

Сведения об авторах:

Бриль Михаил Сергеевич – кандидат психологических наук (SPIN-код: 2901-8415; Researcher ID: R-2456-2017, ORCID iD: 0000-0002-4428-7432). Место работы и должность: и.о. заведующего кафедрой психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9. Телефон: +7 (911) 163-28-08, электронная почта: miklbril@gmail.com

Бекренева Юлия Сергеевна – магистр психологических наук (SPIN-код: 2068-2901; Researcher ID: KCK-1985-2024; ORCID iD: 0009-0006-4271-4863). Место работы и должность: старший преподаватель кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9. Телефон: +7 (921) 403-78-98, электронная почта: ulcha.93@mail.ru

Шилова Виктория Артемовна – студентка (SPIN-код: 2068-2901; Researcher ID: KCJ-8518-2024; ORCID iD: 0009-0006-1936-9125). Место учёбы: студентка ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9. Телефон: +7 (967) 967-61-10, электронная почта: yermilova.v@gmail.com

Философов, социологов и психологов издавна волнует вопрос становления нравственного сознания подрастающих поколений. Сегодня этот вопрос стоит как никогда остро, а одной из проблем, с решением которой сталкиваются специалисты, работающие с подростками, является эффективная первичная и вторичная профилактика их асоциального и противоправного поведения. При этом в работе с подростками обращают на себя особое внимание их реакции на собственное асоциальное поведение. Целью данного исследования стало подробное изучение социальных представлений о нормативном поведении у подростков, склонных к совершению правонарушений, в особенности – изучение, возникающего несоответствия между декларируемой в разговоре нормой и собственной поведенческой нормой. *Материалы и методы:* Авторами статьи на базе профилактических интерактивных летних сборов было проведено исследование социальных представлений о некоторых аспектах нормативного поведения у подростков: представления о допустимости обмана, воровства, насилия в отношении другого или самоповреждающего поведения, интернет-зависимости, употреблении алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ). В рамках исследования были опрошены 37 несовершеннолетних участников сборов (M=15,44) методом фокус-групп с применением полуструктурированного интервью. *Результаты и выводы:* Полученные сведения позволили выделить некоторые несоответствия между условной общепринятой нормой и собственной нормой подростка, а также расхождения в суждениях, относящихся к собственной норме, у подростков в темах употребления алкоголя и наркотических веществ и агрессии на другого. При этом в темах допустимости обмана, воровства и суицидального поведения интервьюируемыми демонстрировалась социально приемлемая установка, которая, однако же, претерпевала некоторые изменения, связанные с введением исключений в тех случаях, когда совершение асоциального или противоправного действия могло быть оправдано представлениями подростка о справедливости. Проведённое исследование позволяет утверждать, что в большинстве случаев социальная норма подростка смещена в сторону девиации относительно реализуемого им асоциального или противоправного поведения. В статье представлено подробное описание особенностей расхождения социальных представлений о нормативном поведении и собственной норме, а также вероятных причин и последствий такого расхождения. Авторы считают, что проведённое исследование позволит эффективнее выстраивать последовательность и структуру профилактики асоциального поведения в молодёжной среде.

Ключевые слова: подростковый возраст, социальные представления, асоциальное поведение, нормативное поведение, нравственное развитие

Профилактика асоциального поведения – поведения высокой степени риска или, в частных случаях, делинквентного поведения – является одной из практических задач, стоящих перед психологической наукой. Важной частью этого направления является работа с несовершеннолетними, а именно – с подростками. В подростковом возрасте происходит детализация идеалов личности, перестраивается Образ Я, развивающееся абстрактное мышление позволяет перейти на новую ступень морально-нравственного развития и принять ответственность за решения, в том числе совершение асоциальных или противоправных действий [1]. Безусловно, фундамент для морально-нравственного развития личности закладывается намного раньше [2]. На вероятность совершения противоправных действий влияют стиль родительского воспитания, социальное окружение подростка, формирующаяся в ходе взросления и обучения в школе самооценка и многие другие психологические факторы [3]. Также вклад вносят социально-бытовые условия, в которых растёт ребёнок, его наследственность и пример, который он видит перед собой. Немаловажным при этом фактором совершения подростком асоциального поступка являются его морально-нравственные убеждения [4].

В ходе практической работы с несовершеннолетними, имеющими опыт совершения противоправных действий, не могут не привлекать внимание их реакции на собственное асоциальное поведение. Например, несовершеннолетний может в разговоре демонстрировать понимание недопустимости насилия (хотя бы в рамках своей группы), однако, через какое-то время после разговора может вступать первым в драку, считая своё насилие оправданным и «заслуженным», а спустя некоторое время – снова говорить о недопустимости таких действий. Различие этих моральных установок может проявляться как в рамках различных уровней (как абстрактное моральное правило, как правило по отношению к другим и как правило по отношению к себе), так и в рамках одного и того же уровня.

Авторам данной статьи видится важным изучение этого перехода в целях дальнейшего нахождения факторов, которые могли бы препятствовать реализации асоциального

поведения. Таким образом, целью данного исследования было изучение социальных представлений о нормативном поведении у подростков, склонных к совершению правонарушений. Согласно позиции В.М. Аллахвердова [5], наша работа носит эмпирический характер и не предполагает выдвижения гипотезы до этапа сбора данных. Скорее его результаты позволят сформулировать объясняющие конструкции для дальнейших этапов исследования.

Материалы и методы

В силу всей противоречивости и сложности мыслительных построений, эмоциональной оценки и следующих за ними действий затруднительно описать и проверить достоверность полученных данных в рамках количественного исследования. Для этого больше подходит качественный метод сбора данных. В рамках проведённого исследования мы обратились к методу фокус-группы с применением полу структурированного интервью. С нашей точки зрения, такой метод является оптимальным для первого соприкосновения со сложными когнитивными схемами подростка, отражающими его представления о нормативном поведении с учётом собственного личного опыта. В рамках исследования изучалось отношение подростков к следующим асоциальным поступкам: обман, проявление агрессии, интернет и гаджет зависимость, употребление алкоголя и наркотиков, воровство и суицидальные действия.

Выборку исследования составили 37 молодых людей в возрасте от 14 до 17 лет ($M=15,44$, $SD=1,22$) в рамках Профилактических интерактивных летних сборов. Участники данного проекта – подростки, совершившие ранее правонарушения и/или демонстрирующие асоциальное поведение и находящиеся на сопровождении Центра "Контакт". Правонарушения, за которые несовершеннолетние поставлены на учёт, составляют диапазон от нарушения комендантского часа для несовершеннолетних до грабежа, совершенного группой лиц. При этом точные данные по совершённым правонарушениям привести нет возможности, поскольку информация, отражённая в официальных документах, не соответствует действительному опыту подростков – в подавляющем большинстве случаев несовершеннолетний в

личной беседе рассказывает о совершении множества правонарушений, о которых курирующие его специалисты или не знают, или предпочитают не отражать их в документации, дабы не усложнять подопечному будущее. Не исключена и возможность, что подросток приписывает себе поступки, которые в действительности не совершал.

В рамках летних сборов молодые люди делились на отделения (отряды), численность которых на момент проведения интервью составляла по 6-11 человек. К прохождению исследования были приглашены 5 отделений с двух смен летних сборов, при этом последние два были объединены в одну группу в силу их малой численности и близкого знакомства между собой. Таким образом, исследователями было проведено 4 фокус-группы в рамках Профилактических интерактивных летних сборов. Подробнее описательные данные этих групп представлены в табл. 1.

Таблица / Table 1

Описательная статистика участников фокус-групп
Descriptive statistics of focus group participants

Группа Group	Кол-во участников Number of members	M±SD, лет
1	9	15,22±1,20
2	8	15,37±1,51
3	7	15,57±0,98
4	13	15,57±1,18

Интервью состояло из введения, трёх содержательных блоков и заключения. В рамках введения проходило знакомство участников с ведущими фокус-группы, их мотивация на искренние ответы в ходе общения и обсуждение организационных моментов. Первый блок интервью был посвящён представлению подростков о том, какое поведение допустимо в обществе. Примеры вопросов первого блока:

«Допустимо ли обманывать другого человека? Кого и в каких случаях?»

«Допустимо ли употребление наркотических веществ? Если да, то с какого возраста?»

Второй блок вопросов был посвящён реальному опыту подростков в отношении изучаемого поведения. Примеры вопросов второго блока:

«Случалось ли вам оскорблять и/или драться с другим человеком? В каких ситуациях?»

«Когда и с кем ты впервые попробовал алкоголь?»

«Что самое ценное вы когда-нибудь забирали без спроса? По какой причине и в какой ситуации?»

Сравнение ответов респондентов на вопросы первого и второго блоков позволяют оценить различия между нормами морали, которые выделяют подростки, и предметным отношением этих ограничений к собственному поведению. Третий блок носил просветительский характер и был направлен на плавное завершение фокус-группы. Вопросы этого блока были посвящены осведомлённости участников о специфике и возможности получения психологической помощи и поддержки. Примеры вопросов третьего блока:

«Кто такой психолог?»

«Чем отличается психолог от психиатра?»

«Какие вы знаете варианты, где можно получить психологическую помощь?»

В заключении интервью ведущие благодарили участников и отвечали на возникшие у них вопросы. Необходимо отметить, что сбор данных отличался ранее описанными особенностями выборки, что, несомненно, повлияло на полученные результаты. На наш взгляд существенно, что все четыре фокус-группы проводились в рамках летнего выездного проекта, на 13-й и 14-й дни смен. Так, важной характеристикой каждой из групп и влияющим на результаты исследования фактором становится личное знакомство участников интервью как между собой, так и с интервьюерами, которые в течение сборов выполняли роль руководителей смен. С одной стороны, это способствовало контакту и большему доверию опрашиваемых подростков к исследованию; с другой – лояльность подростков могла подтолкнуть их к предьявлению социально приемлемых ответов, отличающихся от их реального мнения.

В каждой из групп ответы респондентов фиксировались отдельно. На этапе обработки данных для формирования мнения о социальных представлениях о нормативном поведении у описанной группы подростков авторами были проанализированы и распределены по тематическим группам повторяющиеся или схожие по значению ответы респондентов.

Результаты и обсуждение

Определяя границы нормативного поведения, участвовавшие в дискуссии подростки продемонстрировали несколько ведущих тенденций. Одной из них являлась установка, совпавшая с социально приемлемой. Совпавшая, поскольку в других ответах те же участники выражали мнение, не отвечающее декларируемым требованиям общества. Чаще подобная социально приемлемая установка проявлялась в ответах на вопросы про допустимость обмана, воровства и суицидальное поведение. Примерами данной тенденции могут служить следующие ответы:

«Допустимо ли обманывать другого человека?»

«Во благо – да». «Чтобы прикрыть друга». «Во благо, чтобы не расстраивать».

При этом есть и ответы «Лучше соврать, чем разбираться. Если скажешь правду, то прилетит».

«В каких ситуациях воровство оправдано?»

«Ни в каких». «Обратное воровство – украл свою вещь». «Воровство не оправдано». «Робин Гуд – для кого-то».

«Допустимо ли человеку лишить себя жизни? По каким причинам?»

«Нет». «Никогда, это грех!» «Пожертвовать если собой ради кого-то». Но есть и: «Когда нерешаемые проблемы». «Когда кажется, что нет выхода».

Иной выглядит по мнению участников норма в отношении приёма психоактивных веществ. В ходе проведения фокус-группы высказывалось мнение о том, что пробовать алкоголь и наркотики, а тем более употреблять их систематически не стоит, но большая часть респондентов отвечала иначе. В основном молодые люди называли конкретный возраст, достигнув которого, по их мнению, человек может употреблять. Для алкоголя этот возраст составил 15,34 (SD=2,9), для наркотических веществ – 17,45 (SD=2,7). Об обстоятельствах первой пробы алкоголя участники говорили следующим образом:

«В каком возрасте стоит впервые попробовать алкоголь? В каких обстоятельствах?» «С родителями». «С подачи родителей». «Чем раньше начнёшь, тем быстрее поймёшь и закончишь». «Праздник». «Компания друзей».

Значительно различались мнения относительно частоты допустимого употребления алкоголя:

«Сколько и как часто несовершеннолетний может употреблять алкоголь?»

«2–3 раза в месяц». «По праздникам». «Раз в месяц». «Столовая ложка красного вина». «24/7». «Как хочет».

Логично было бы предположить, что смещение мнения выборки об употреблении алкоголя и наркотических веществ относительно декларируемой социальной нормы в сторону девиации связано с личным опытом употребления участников. Ответы участников о собственном опыте употребления ПАВ говорят в пользу этого предположения. Средний возраст первой пробы алкоголя у участников составил 12,33 (SD=2,50). Для определения собственной нормы употребления алкоголя подростки в ответах чаще ориентировались на качественную оценку собственного состояния.

«До какого состояния вы позволяете себе употреблять алкоголь? В каких ситуациях?»

«До состояния шатания», «Чтобы не терять контроль», «Пока не упал», «Лёгкое опьянение», «Рвота», «Бутылка пива раз в 1–2 месяца», «2 бутылки пива в месяц», «10 бутылок шампанского, 2 бутылки коньяка и 4 водки на компанию было».

«Ради кайфа», «Из-за плохой семьи», «Убежать от проблем».

В отношении употребления ПАВ подростки предпочитали не давать развернутых комментариев. Из согласившихся ответить на вопрос об употреблении ПАВ 18 человек сообщили, что имеют опыт пробы наркотических веществ, из них 8 подтвердили, что повторно или употребляют в настоящее время. Об отсутствии соответствующего опыта сообщили 3 молодых человека. Большинство употребляло в компании, но также встречались упоминания употребления в одиночестве и в период содержания в психиатрическом учреждении. В последнем случае до конца неясно, имеются ли в виду под наркотиками лекарственные препараты.

Эта же тенденция смещения мнения выборки о норме наблюдается в ответах на вопросы о допустимости проявления агрессии.

«В каких случаях и как стоит обидеть (проявить агрессию на) другого человека?»

«Когда заслужил», «Когда бесит другой», «Когда тебя доводят», «Когда нарушают мои границы», «Когда специально провоцируют», «Всегда стоит проявлять агрессию, по-другому не получится», «Когда понимают, если только силой».

При этом обращает на себя внимание наличие социально-нормативных ответов, хоть и в меньшем количестве: «Заступиться», «В случае защиты», «Угроза жизни», «В безвыходной ситуации». Однако следует также учесть, что видение ситуации как той, в которой необходимо «защитить», «когда специально провоцируют» или как «безвыходной» может также подвергаться искажению, способствуя реализации агрессивного поведения, причём, с убеждённой необходимостью его реализации.

В отношении собственного опыта воровства ответы части подростков существенно расходились с декларируемыми ими социальными нормами. Упоминались кражи денег у родителей, велосипеда, угон автомобиля, кражи в магазинах. При этом, кража в магазине воспринимается подростками, как более легальная, поскольку, с их точки зрения, ущерб наносится не конкретному человеку, а организации. Все ответы относительно собственного опыта воровства можно разделить на три группы: ради наживы, например, «вейп для продажи», «деньги у мамы», «мармелад, 7 кг»; ради самого процесса – «стащил 4 толстовки и отнёс в «Спасибо», «стащил канцелярку – испытывал себя»; и из зависти – «ключи от тачки», «кальян у сестры забрал, достала курить одна». Как мы видим, упомянутые обстоятельства краж совершенно не соответствуют обозначенной участниками социальной норме. Равно как и в ситуации с употреблением психоактивных веществ, реальный опыт подростков противоречит их представлению о допустимом поведении. Что же из этого следует?

Противоречие между декларируемой нормой поведения и собственным реальным поведением неизбежно порождает в сознании подростка необходимость совместить их в единой непротиворечивой картине мира, чтобы снизить уровень собственного психического напряжения [6]. В такой ситуации у человека есть несколько возможных решений. Первое – признать себя «плохим», не

соответствующим социальным нормам, асоциальным. Это распространённый вариант в подростковой среде, особенно в условиях общения с другими несовершеннолетними, склонными к совершению правонарушений. Подростки, в большей степени следующие этому образу мышления, склонны преувеличивать и хвастаться собственными правонарушениями, в качестве социальной нормы они называют принятые в обществе модели поведения, но не испытывают смущения, признавая, что сами их не соблюдают. В дальнейшем их поведение может приобрести антисоциальный характер, когда открытая и агрессивная борьба с навязываемыми социальными нормами служит важным источником собственной идентичности [7].

Второе возможное решение – найти оправдание, позволяющее обосновать собственное несоответствие принятым социальным нормам, которые можно считать правильными. Этот вариант, в отличие от общей негативной оценки себя, предполагает обращение к внешним обстоятельствам, как причинам собственного асоциального поведения. Выбравшие подобный путь подростки могут винить в собственных правонарушениях друзей, родителей, учителей и других взрослых, но, в целом, считать себя хорошими и послушными. В этом случае представление о социальных нормах может соответствовать общепринятым, но содержать оговорки, оправдывающие их нарушение. К примеру, пить алкоголь несовершеннолетним можно исключительно по праздникам. Подобный образ мышления неизбежно приводит к постоянному поиску оправданий проступков и не приводит к развитию собственных представлений о морали.

Третий путь – дискредитировать декларируемую в обществе социальную норму, например, указывая на её несоответствие реальности. Мыслящий таким образом подросток склонен обращать внимание окружающих на то, что сами взрослые не соблюдают установленных ими же правил: не платят налоги, превышают скорость на дороге, употребляют алкоголь, курят и пр. При таком образе мышления подросток устанавливает новую, собственную, субъективно более справедливую норму, которой стремится следовать. Этот вариант разрешения проти-

воречия требователен к подростку – необходимы значительные душевные усилия, чтобы самостоятельно выработать систему ориентиров, устанавливающих прочную связь между поступками и чувствами подростка и окружающей действительностью, включающую родителей и других значимых людей. Такой вариант разрешения когнитивного диссонанса превалирует над предыдущим у более старших подростков и выросших из них взрослых, поскольку позволяет избежать критических противоречий между личностью подростка и обществом, в котором ему предстоит жить. Данный вариант отражает этап становления зрелой личности, вырабатывающий собственные принципы – движение к постконвенциональному уровню нравственного развития L. Kohlberg [8].

Переходя к промежуточным выводам, можно заключить, что декларируемые склонными к совершению правонарушений подростками представления о социально приемлемом поведении не соответствуют совершённым и совершаемым ими действиям. При этом, в некоторых случаях подростки в своих ответах отражают социально одобряемые модели поведения, но, или совсем им не следуют, или каждый раз, нарушая их, находят для себя оправдание. В большинстве случаев у подростков, совершающих асоциальные поступки, социальная норма относительно этих видов поведения также смещена в сторону девиации. Отметим, что приведенное наблюдение не говорит о причинно-следственной связи: нельзя определить, что первично – смещение социальной установки или противоправное поведение, её нарушающее. При этом подростки, сообщившие, что не употребляют алкоголь и наркотические вещества, в своих ответах говорят о недопустимости подобного поведения для несовершеннолетних.

Литература / References:

1. Грановская Р.М. Элементы практической психологии / 6-е изд. СПб.: Речь, 2010. 656 с. [Granovskaya R.M. Elements of practical psychology / 6th ed. St. Petersburg: Speech, 2010. 656 p.] (In Russ) ISBN 5-9268-0184-2
2. Казнина Э.Ю. Развитие моральных суждений в процессе жизни (анализ межкультурных исследований). *Акмеология*. 2015; 2 (54): 61–67. [Kaznina E.Y. The development of moral judgments in the process of life (analysis of intercultural studies). *Acmeology*. 2015; 2 (54): 61–67.] (In Russ)
3. Зотова М.В., Макшанцева Л.В. К вопросу изучения внешних и внутренних факторов девиантного поведения

Авторам данной статьи видится необходимым проведение дальнейших исследований особенностей и последовательности формирования социальных представлений о нормативном поведении у подростков, склонных к совершению правонарушений, для дальнейшего использования при составлении программ, направленных на профилактику асоциального поведения.

Заключение

Можно сделать вывод, что декларируемая подростком социальная норма является результатом его воспитания и находится в тесном взаимодействии с реальным поведенческим опытом. Значимость опыта в этом процессе преобладает, что приводит к смещению в его сторону границы поведения, которое подросток считает нормальным. В случае, если реальное поведение не влияет на декларируемую социальную норму, то подросток, вероятно, или каждый раз находит субъективные причины, которые привели к совершению им правонарушения, или в принципе определяет себя, как девиантную личность. Это позволяет подтвердить, что в профилактической деятельности целесообразно работать именно через изменение реального поведения подростка.

Так, анализ представлений о социально приемлемом поведении позволяет выделить три фокуса психологического воздействия в работе с несовершеннолетними, склонными к совершению правонарушений: реформирование образа Я и самооценки для подростков, определяющих себя, как асоциальных личностей; принятие ответственности за собственные действия для подростков, ищущих внешние оправдания своим асоциальным поступкам; планирование дальнейшей жизни и сознательный контроль за собственным поведением.

- подростков. *Человеческий капитал*. 2019; 1: 116–127. [Zotova M.V., Makshantseva L.V. On the issue of studying external and internal factors of deviant behavior of adolescents. *Human capital*. 2019; 1: 116–127.] (In Russ)
4. Духанин С.А. Социально-общественные и морально-психологические причины девиантного поведения несовершеннолетних как фактор совершения ими административных правонарушений. *Вопросы российского и международного права*. 2017; 7 (2А): 84–92. [Dukhanin S.A. Socio-social and moral-psychological causes of deviant behavior of minors as a factor in their commission of administrative offenses. *Issues of Russian and international law*. 2017; 7 (2A): 84-92.] (In Russ)

5. Аллахвердов В.М. Методологическое путешествие по океану бессознательного к таинственному острову сознания. СПб.: Речь, 2003. 364 с. [Allakhverdov V.M. Methodological journey across the ocean of the unconscious to the mysterious island of consciousness. St. Petersburg: Speech, 2003. 364 p.] (In Russ) ISBN 5-9268-0203-2
6. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса / Пер. с англ. А.А. Анистратенко, И. Знаешевой. Москва: Э, 2018. 251 с. [Festinger L. Theory of cognitive dissonance / Translated from English by A.A. Anistratenko, I. Znaesheva. Moscow: E, 2018. 251 p.] (In Russ) ISBN 978-5-699-95705-7
7. Зимбардо Ф. Эффект Люцифера. Почему хорошие люди превращаются в злодеев / Пер. с англ. А. Стативка. 5-е изд. М.: Альпина нон-фикшн, 2018. 740 с. [Zimbardo F. The Lucifer effect. Why good people turn into villains / Translated from English by A. Statika. 5th ed. Moscow: Alpina non-fiction, 2018. 740 p.] (In Russ) ISBN 978-5-91671-834-8
8. Modgil S., Modgil C. Introduction. Lawrence Kohlberg: Consensus and Controversy. 2nd ed. London: the Falmer Press, 1986. 444 p. ISBN 978-5-93437-164-8

SOCIAL PERCEPTIONS ABOUT NORMATIVE BEHAVIOR OF ADOLESCENTS PRONE TO COMMITTING OFFENSES

M.S. Bril, Y.S. Bekreueva, V.A. Shilova

St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia;
miklbril@gmail.com

Abstract:

Philosophers, sociologists and psychologists have long been concerned about the formation of the moral consciousness of younger generations. Today this issue is more pressing than ever, and one of the problems faced by specialists working with adolescents is the effective primary and secondary prevention of their antisocial and illegal behavior. At the same time, when working with teenagers, special attention is paid to their reactions to their own antisocial behavior. *The aim* of this study was a detailed study of social ideas about normative behavior in adolescents prone to committing crimes, in particular, to study the discrepancy that arises between the norm declared in conversation and one's own behavioral norm. *Materials and methods*: The authors of the article, based on preventive interactive summer camps, conducted a study of social ideas about some aspects of normative behavior in adolescents: ideas about the acceptability of deception, theft, violence in relation to other or self-harming behavior, Internet addiction, alcohol and psychoactive substance use. As part of the study, 37 minor participants in the training camp ($M=15.44$) were interviewed using focus groups using semi-structured interviews. *Results and conclusions*: The information obtained made it possible to identify some discrepancies between the conventional generally accepted norm and the teenager's own norm, as well as discrepancies in judgments related to their own norm among adolescents in the topics of alcohol and drug use and aggression towards others. At the same time, in the topics of the acceptability of deception, theft and suicidal behavior, the interviewees demonstrated a socially acceptable attitude, which, however, underwent some changes associated with the introduction of exceptions in cases where the commission of an antisocial or illegal action could be justified by the teenager's ideas about justice. The conducted research allows us to assert that in most cases the social norm of a teenager is shifted towards deviation in relation to the antisocial or illegal behavior he implements. The article provides a detailed description of the features of the discrepancy between social ideas about normative behavior and one's own norm, as well as the probable causes and consequences of such a discrepancy. The authors believe that the study will make it possible to more effectively build a sequence and structure for the prevention of antisocial behavior among young people.

Keywords: adolescence; social perceptions; antisocial behavior; normative behavior; moral growth

Вклад авторов:

M.C. Бриль: разработка дизайна исследования, сбор материала, написание текста рукописи;

Ю.С. Бекреуева: разработка дизайна исследования, сбор материала, редактирование текста рукописи;

В.А. Шилова: обработка собранного материала, написание текста рукописи.

Authors' contributions:

M.S. Bril: development of research design, collection of material, writing the text of the manuscript;

Y.S. Bekreueva: development of research design, collection of material, editing of the manuscript text;

V.A. Shilova: processing of the collected material, writing the text of the manuscript.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 20.03.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 13.04.2024.

Для цитирования: Бриль М.С., Бекреуева Ю.С., Шилова В.А. Социальные представления о нормативном поведении у подростков, склонных к совершению правонарушений. *Девиянтология*. 2024; 8 (1): 50-56. DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-50-56

For citation: Bril M.S., Bekreueva Y.S., Shilova V.A. Social perceptions about normative behavior of adolescents prone to committing offenses. *Deviant Behavior (Russia)*. 2024; 8 (1): 50-56. (In Russ) DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-50-56

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Р.И. Дубошинский

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

SUICIDAL BEHAVIOR IN PEOPLE WITH EPILEPSY

R.I. Duboshinski

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Сведения об авторе:

Дубошинский Роман Игоревич – врач-ординатор (SPIN-код: 3238-4504; ORCID iD: 0000-0002-2782-514). Место учёбы: врач-ординатор кафедры неврологии с курсом нейрохирургии Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г.Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронная почта: romanduboshinski@gmail.com

Суицидальное поведение у лиц с эпилепсией в анамнезе – актуальная проблема на границе неврологии и психиатрии. Общие элементы патогенеза, такие как повреждение префронтальной коры и нарушение метаболизма глюкозы, влияние противосудорожных средств (ПЭП) и социального климата в окружении пациента, стигматизации данной патологии, вносят вклад в развитие депрессивных расстройств, суицидальных мыслей и попыток суицида. Предотвращение суицидального поведения должно быть многофакторным: включать в себя работу с пациентом и его родственниками для создания благоприятного социального климата, прием антидепрессантов и ПЭП с малым или средним риском влияния на настроение, предпочтительно, стабилизирующих настроение, профилактику полипрагмазии.

Ключевые слова: суицид, эпилепсия, депрессия, противосудорожные препараты, стигматизация

Эпилепсия является одним из наиболее древних неврологических заболеваний, известных человеку. Первые упоминания о данной патологии могут быть найдены на глиняных табличках, так называемых туппумах, родом из Месопотамии [1]. В VI веке до нашей эры симптомы и варианты течения эпилептического приступа были описаны на сборнике глиняных табличек, именуемых манускриптом Сакакку [2].

Эпилепсия – одно из самых распространённых заболеваний нервной системы. Она поражает людей любого возраста, пола и социального статуса в любой географической локации, встречаемость эпилепсии в 2017 году в мире составила 67,77 случаев на 100000 человек [3, 4], основное число из которых (порядка 80%) приходится на страны со средним и низким доходом [4]. С ростом и развитием фармакологических и нейрохирургических методов повысилось качество и продолжительность жизни больных эпилепсией [5]. Однако проблема депрессивных расстройств и суицидального поведения продолжает сохраняться, а развитие нейрофизиологии, неврологии и психиатрии позволяют нам узнать больше о данных коморбидных состояниях у этой категории пациентов.

Цель исследования – изучить возможные патофизиологические, фармакологические и социальные причины развития депрессивных расстройств и суицидального поведения у пациентов с диагнозом «эпилепсия».

Материалы и методы. Контент-анализ данных научной литературы в базах-агрегаторах научных статей: PubMed, eLIBRARY, CyberLeninka, Google Scholar и др.

Результаты

По данным мета-анализа, проведённого N. Abraham и соавт. пациенты с эпилепсией предпринимают попытки суицида в 3,06 раза чаще, чем лица без данного диагноза [6]. Прядка 40% имеют тревожные расстройства, каждый четвёртый (24,4%) – депрессивные расстройства [7]. Среди просуицидальных факторов выявлены: высокая частота приступов, отсутствие ауры перед приступом, височная локализация эпилептического очага, преимущественно правосторонняя, использование леветирацетама, приём антидепрессантов, большое количество ПЭП [8]. Анализ половозрастной структуры депрессивных расстройств при эпилепсии демонстрирует, что данные расстройства чаще развиваются у женщин [9], с особенно высокой частотой – у молодых лиц, в возрастных

группах до 26 лет [10, 11]. Предполагается, что нейрофизиологические изменения при эпилепсии могут иметь общие патогенетические звенья с депрессией. Н. Неџиmовић и коллегами было предположено, что у ряда пациентов течение заболевания вызывает локальное нарушение метаболизма глюкозы в префронтальной коре – зоне, часто подвергающейся поражению у лиц с суицидальным поведением [12]. Другим важным аспектом развития суицидальных мыслей является травматическое поражение мозга. Оно может быть, как первопричиной развития эпилепсии, так и сопровождать её в случае приступов с падениями [3]. При этом риск смерти в результате суицида у пациентов с травматическим поражением мозга втрое выше, чем у здоровых лиц [12]. Не менее значимым является эффект противоэпилептических препаратов на настроение. Показано, что некоторые группы противоэпилептических средств в разной степени способны вызывать гипотимию, потенциально приводя к депрессии. В исследовании, изучавшем роль противосудорожных препаратов на настроение пациентов, с высоким риском депрессии были ассоциированы прием вигабатрина и топирамата, у порядка 10% пациентов, получавших данные препараты, были выявлены признаки депрессии, препараты со средним риском – тиагабин, леватирацетам и фелбамат, при приеме данных препаратов депрессия развилась у 4% пациентов. В группу с низким риском попали фенитоин, этосукцимид, карбамазепин, окскарбазепин, габапентин, вальпроат натрия, прегабалин и ламотриджин: менее чем у 1% пациентов, получавших данные средства, появились признаки депрессии, также были описаны средства, обладающие стабилизирующим эффектом на настроение пациента [13].

Другой, не менее важной причиной развития депрессии, являются социальный климат и юридический статус пациента. Так, у лиц с установленным диагнозом «эпилепсия» могут быть сложности в реализации прав на труд, управление средствами передвижения, владения оружием, службы в вооружённых силах и др. [14]. Часто пациенты с эпилепсией сталкиваются со страхом и непониманием заболевания со стороны близких и друзей пациента, стигматизацией, дискриминацией в связи со своим диагнозом, что, в сочетании

со сложностями в трудоустройстве, приводит к существенной социальной дезадаптации и многократному возрастанию риска развития депрессии [15]. В противовес этому, обучение родственников и самого пациента природе и особенностям своего заболевания способно снизить стигматизацию и дискриминацию, значительно повысить качество жизни больного и препятствовать социальной изоляции [16].

Другим не менее важным фактором риска является внутренняя картина заболевания и самооценка пациента. В исследовании Kutlu A., Gökçe G., Büyükbürgaz Ü. и соавторов продемонстрировано, что у пациентов с эпилепсией показатели шкалы депрессии Бека, шкалы тревожности Либовиц и шкалы самооценки Куперсмита выше, чем у здоровых людей [17], при этом, на формирование отношения к своему состоянию влияли уровень знаний о болезни [16] и социальная поддержка [18]. Таким образом, механизм развития депрессивных расстройств и суицидального поведения у лиц с эпилепсией – полиэтиологический, предпосылки к формированию данных нарушений происходят из разных сфер, связанных как с нейрофизиологическими, так и с фармакологическими и социально-юридическими аспектами эпилепсии как диагноза. Лечение депрессии у данной группы пациентов должно быть многофакторным, включать не только приём антидепрессантов, но также психотерапевтические методы, обучение пациентов и их родственников, работу по противодействию в формировании стигмы в отношении своего заболевания [19] и выбор минимальных эффективных дозировок ПЭП и групп, обладающих стабилизирующим эффектом или минимально провоцирующих гипотимию [20].

Выводы

Суицидальное поведение у пациентов с эпилепсией встречается чаще, чем у здоровых лиц. Причиной этого могут быть нейрофизиологические аспекты развития эпилепсии, негативное влияние противоэпилептических средств на ЦНС, а также социальная и юридическая стигма в отношении пациентов с данным диагнозом. Лечение должно включать воздействие на все звенья развития депрессии, чтобы в полной мере гарантировать безопасность пациента.

Литература / References:

1. Kaculini C.M., Tate-Looney A.J., Seifi A. The History of epilepsy: from ancient mystery to modern misconception. *Cureus*. 2021; 13 (3): e13953. DOI: 10.7759/cureus.13953
2. Eadie M. Epilepsy – from the Sakikku to Hughlings Jackson. *Journal of Clinical Neuroscience*. 1995; 2 (2): 156-162. DOI: 10.1016/0967-5868(95)90010-1
3. Fiest K.M., Sauro K.M., Wiebe S., et al. Prevalence and incidence of epilepsy. *Neurology*. 2017; 88 (3): 296-303. DOI: 10.1212/WNL.0000000000003509
4. Veghi E. The epidemiology of epilepsy. *Neuroepidemiology*. 2020; 54 (2): 185-191. DOI: 10.1159/000503831
5. Trinkka E., Rainer L.J., Granbichler C.A., et al. Mortality, and life expectancy in epilepsy and status epilepticus – current trends and future aspects. *Frontiers in Epidemiology*. 2023; 3. DOI: 10.3389/fepe.2023.1081757
6. Abraham N., Buvanawari P., Rathakrishnan R., et al. A Meta-analysis of the rates of suicide ideation, attempts and deaths in people with epilepsy. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16 (8): 1451. DOI: 10.3390/ijerph16081451
7. Stefanello S., Marin-Léon L., Fernandes P.T., et al. Psychiatric comorbidity and suicidal behavior in epilepsy: a community-based case-control study. *Epilepsia*. 2010; 51 (7): 1120-1125. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2009.02386.x
8. Caplan R. The elephant in the room: suicide in patients with epilepsy. *Epilepsy Curr*. 2016; 16 (3): 137-138. DOI: 10.5698/1535-7511-16.3.137
9. Ciuffini R., Marrelli A., Perilli E., Stratta P. Epilepsy and suicide: a narrative review. *Journal of psychopathology*. 2019; 25(3): 155-161.
10. Wirrell E.C., Bieber E.D., Vanderwiell A., et al. Self-injurious and suicidal behavior in young adults, teens, and children with epilepsy: a population-based study. *Epilepsia*. 2020; 61 (9): 1919-1930. DOI: 10.1111/epi.16618
11. Nickels K. Adolescence and epilepsy: the perfect storm for suicidal behavior. *Epilepsy Curr*. 2021; 21 (2): 85-86. DOI: 10.1177/1535759720987549
12. Hećimović H., Popović Z., Gilliam F. Suicidality in epilepsy: does it share common pathogenic mechanisms with epilepsy? *Curr Top Behav Neurosci*. 2022; 55: 209-250. DOI: 10.1007/7854_2021_220
13. Mula M., Sander J.W. Negative effects of antiepileptic drugs on mood in patients with epilepsy. *Drug Saf*. 2007; 30 (7): 555-567. DOI: 10.2165/00002018-200730070-00001
14. Герцен А.П., Румянцев В.В. Актуальные проблемы реализации социальных прав лиц с диагнозом эпилепсии: правовой аспект. *Русский журнал детской неврологии*. 2018; 13 (1): 42-53. [Herzen A.P., Romyantsev V.V. Actual problems of realization of social rights of persons diagnosed with epilepsy: the legal aspect. *Russian Journal of Pediatric Neurology*. 2018; 13 (1): 42-53.] (In Russ) DOI: 10.17650/2073-8803-2018-13-1-42-53
15. Zhao Y., Liu X., Xiao Z. Effects of perceived stigma, unemployment and depression on suicidal risk in people with epilepsy. *Seizure*. 2021; 91: 34-39.
16. Hirfanoglu T., Serdaroglu A., Cansu A., et al. Do knowledge of, perception of, and attitudes toward epilepsy affect the quality of life of Turkish children with epilepsy and their parents? *Epilepsy & Behavior*. 2009; 14 (1): 71-77. DOI: 10.1016/j.yebeh.2008.08.011
17. Kutlu A., Gökçe G., Büyükbürgaz Ü., et al. Epilepsili Hastalarda Benlik Saygısı, Sosyal Fobi ve Depresyon. *Noro Psikiyatr Ars*. 2013; 50 (4): 320-324.
18. Sawangchareon K., Pranboon S., Tiamkao S., Sawanyawisuth K. Moving the self-esteem of people with epilepsy by supportive group: a clinical trial. *J Caring Sci*. 2013; 2 (4): 329-335. DOI: 10.5681/jcs.2013.039
19. Kuramochi I., Iwayama T., Oga K., et al. A study of factors influencing self-stigma in people with epilepsy: a nationwide online questionnaire survey in Japan. *Epilepsia Open*. 2022; 7 (4): 792-801. DOI: 10.1002/epi4.12661
20. Noe K.H., Locke D.E.C., Sirven J.I. Treatment of depression in patients with epilepsy. *Curr Treat Options Neurol*. 2011; 13 (4): 371-379. DOI: 10.1007/s11940-011-0127-8

SUICIDAL BEHAVIOR IN PEOPLE WITH EPILEPSY

R.I. Duboshinskii

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; romanduboshinskii@gmail.com

Abstract:

Suicidal behavior in people with epilepsy is a pressing problem on the frontiers of neurology and psychiatry. Common components of pathophysiology, such as damage to the prefrontal cortex, local glucose metabolism disturbance, effects of antiepileptic drugs (AED) and social climate, stigmatization of the disease, contribute to the development of depressive disorders, suicidal ideations and suicide attempts. Prevention of suicidal behavior should be multifactorial: it should include counseling of the patient and his relatives to create a favorable social climate, usage of antidepressants, AEDs with low or moderate effects on the mood, preferably, mood-stabilizing drugs, avoidance of polypragmasia.

Keywords: suicide, epilepsy, depression, antiepileptic drugs, stigmatization

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 08.02.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 04.03.2024.

Для цитирования: Дубошинский Р.И. Суицидальное поведение при эпилепсии. *Девиантология*. 2024; 8 (1): 57-59. DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-57-59

For citation: Duboshinskii R.I. Suicidal behavior in people with epilepsy. *Deviant Behavior (Russia)*. 2024; 8 (1): 57-59. (In Russ) DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-57-59

ВОЗМОЖНОСТИ КАБИНЕТОВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ВОПРОСАХ ПРЕВЕНЦИИ СУИЦИДОВ

*Г.А. Прокопович, А.Н. Гвоздецкий, И.А. Баранник, Н.В. Воробьева,
А.Е. Добровольская, А.Г. Софронов*

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»,
г. Санкт-Петербург, Россия
СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова»,
г. Санкт-Петербург, Россия
ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»,
г. Санкт-Петербург, Россия

POSSIBILITIES OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL COUNSELING ROOMS IN SUICIDE PREVENTION

*G.A. Prokopovich, A.N. Gvozdetsky,
I.A. Barannik, N.V. Vorobyova,
A.E. Dobrovolskaya, A.G. Sofronov*

Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov,
St. Petersburg, Russia
City Psychiatric Hospital N3 named after I.I. Skvortsov-Stepanov,
St. Petersburg, Russia
A.I. Herzen Russian State Pedagogical University, St. Petersburg, Russia

Сведения об авторах:

Прокопович Галина Анатольевна – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 5985-3715; ORCID iD: 0000-0001-7909-6727). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ. Адрес: Россия г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 42; врач-методист Городской организационно-методический консультативный отдел по психиатрии СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова». Адрес: Россия г. Санкт-Петербург, Фермское шоссе, 36, лит. А. Телефон: +7 (911) 121-44-35; электронный адрес: galinapro1@rambler.ru

Гвоздецкий Антон Николаевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 4430-6841; ORCID iD: 0000-0001-8045-1220). Место работы и должность: ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Адрес: Россия г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 42; заместитель главного врача по организационно-методической работе СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова». Адрес: Россия г. Санкт-Петербург, Фермское шоссе, 36, лит. А. Телефон: +7 (911) 937-09-99; электронный адрес: comisora@yandex.ru

Баранник Ирина Анатольевна – кандидат биологических наук (SPIN-код: 9304-9475; ORCID iD: 0009-0000-7706-8474). Место работы и должность: специалист по управлению документами организации, Городской организационно-методический консультативный отдел по психиатрии СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова». Адрес: Россия г. Санкт-Петербург, Фермское шоссе, 36, лит. А. Телефон: +7 (921) 973-88-13; электронный адрес: irabarannik@yandex.ru

Воробьева Наталья Вячеславовна (ORCID iD: 0000-0002-2865-6701). Место работы и должность: старший преподаватель кафедры клинической психологии и психологической помощи ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена». Адрес: 191186, Россия, Санкт-Петербург, Набережная реки Мойки, 48; медицинский психолог, руководитель психологической службы СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова». Адрес: Россия, г. Санкт-Петербург, Фермское шоссе, 36, лит. А. Телефон: +7 (911) 273-81-42; электронный адрес: utiy_vorobiev@mail.ru

Добровольская Алла Евгеньевна – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 4423-4454; ORCID iD: 0000-0002-3582-6078). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Адрес: Россия г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 42; заместитель главного врача по медицинской части СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова». Адрес: Россия г. Санкт-Петербург, Фермское шоссе, 36, лит. А; Телефон: +7 (921) 306-87-02; электронный адрес: maxmmm@yandex.ru

Софронов Александр Генрихович – доктор медицинских наук, профессор, член корреспондент РАН (SPIN-код: 4846-6528; ORCID iD: 0000-0001-6339-0198). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Адрес: Россия г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 42; Главный врач СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова». Адрес: Россия г. Санкт-Петербург, Фермское шоссе, 36, лит. А. Телефон: +7 (903) 095-16-79; электронный адрес: alex-sofronov@yandex.ru

Задача снижения уровня суицидальной активности общества в настоящее время не теряет актуальность. С 01.07.2023 года в России вступил в силу Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 октября 2022 г. № 668н), согласно которому в поликлиниках общесоматической сети были открыты кабинеты

медико-психологического консультирования. В статье рассматриваются возможности психологов кабинетов медико-психологического консультирования осуществлять скрининг суицидального риска, выявлять пациентов с суицидальными тенденциями на ранних этапах и мотивировать их к обращению за специализированной помощью.

Ключевые слова: превенция суицидов, психологическая помощь, кабинеты медико-психологического консультирования

Задача снижения уровня суицидальной активности общества остаётся актуальной, несмотря на огромное число проводимых исследований и работ, посвящённых данной проблеме. На заседаниях суицидологической секции ВОЗ подчёркивается важность применения новых подходов и технологий в предикции и превенции самоубийств [1]. В 2012 г. в России была принята Концепция демографического развития (рассчитанная до 2025 г.), в которой подчёркивается необходимость повышения эффективности профилактической работы с гражданами из групп риска, направленной на предупреждение суицидов [2]. К группам риска относятся лица, находящиеся в кризисных ситуациях, подростки, лица старшей возрастной группы, лица с психическими и соматическими расстройствами, особенно имеющие депрессивную симптоматику. Депрессия часто регистрируется при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, сердечно-сосудистой патологии, хроническом болевом синдроме различного генеза, неврологических расстройствах [3, 4].

По мнению ряда учёных в вопросах профилактики суицидов необходимо ориентироваться на повышение качества психиатрической помощи, скрининг на выявление депрессий и функционирование амбулаторных служб [5]. С 01.07.2023 года в России вступил в силу Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 октября 2022 г. № 668н), согласно которому в поликлиниках общесоматической сети должны быть открыты кабинеты медико-психологического консультирования (КМПК) [6]. 28 декабря 2023 года Постановлением правительства РФ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» за счёт средств бюджета предусмотрено проведение консультирования медицинским психологом

по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и(или) состоянием, включенным в базовую программу ОМС: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовый период [7]. Несмотря на то, что в группы, которым предусмотрено проведение психологического консультирования включают лиц, имеющих высокий суицидальный риск [3, 4], сама процедура проведения не регламентирована и не подразумевает обязательный скрининг суицидоопасного контингента. На данный момент не существует стандартов проведения психологического консультирования, не прописаны ситуации, в которых необходимо проводить скрининг, также, как и методики скрининга не прописаны.

В настоящее время в литературе ещё не представлен в должной мере опыт работы данных подразделений и в недостаточной мере раскрыты возможности кабинетов медико-психологического консультирования в вопросах превенции суицидов.

Цель исследования – изучение отдельных характеристик и показателей деятельности медицинских психологов кабинетов медико-психологического консультирования, возможности превенции суицидального поведения на этапе первичного обращения за психологической помощью.

Материалы и методы

Исследование осуществлялось путём анкетирования психологов кабинетов медико-психологического консультирования. Анкета содержала 12 модулей, которые включали сведения о кабинетах медикопсихологического консультирования, квалификации специалиста, количестве обратившихся в КМПК пациентов, порядок обращения, а также деятельность психолога в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 14.10.2022 № 668н; сведения о диагностической работе медицинского психолога кабинета медико-психологического консультиро-

вания за период, выявленные патопсихологические симптомокомплексы, а также дальнейшая маршрутизация пациентов.

Статистический анализ включал: абсолютные значения и доли от целого (n (%)), расчёт описательной статистики (среднее арифметическое (M), квартили (q_1 , q_3), медиана (Me), минимум (min), максимум (max). Всего изучено 74 отчёта психологов из 60 медицинских организаций (районные поликлиники, городские больницы, имеющие поликлинические отделения, психоневрологические диспансеры).

Результаты и обсуждение

Количество обратившихся в КМПК по предоставленным психологами сведениям составило 23950 человек. Среднее количество пациентов на одного психолога – 295,8; max – 1637, min – 0 (q_3 – 75% \leq 549; q_1 – 25%, \leq 123).

Пациенты были направлены врачами первичного звена: терапевтами (16%), неврологами (12,21%) и другими специалистами ((хирурги, эндокринологи, онкологи, гинекологи и пр.) 12,92%). Более половины обратившихся (58,85%) не называли направившего специалиста или заявляли, что пришли самостоятельно. Запись на приём осуществлялась при помощи интернет-портала в 51,6% случаев, в 25,79% – через регистратуру поликлиники, а в 23,15% случаев пациенты направлялись из других подразделений поликлиники, например, когда находились на лечении в дневном стационаре или в медико-реабилитационном отделении. В связи с тем, что помимо медико-психологической помощи психологами осуществлялись осмотры для медико-социальной экспертизы, а некоторые пациенты обращались с целью получения информации о том, «что такое психологическая помощь» и «чем занимаются психологи», количество граждан, которым была оказана психологическая помощь и поддержка составило 21726 человек, то есть 90,7% от общего числа обратившихся. Количество граждан, которым психологическая помощь была оказана повторно составило 10173 человека (46,8%). Исследования, которые проводились пациентам соответствовали Приложению 13 Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (Приказ МЗ РФ от

14 октября 2022 г. № 668н) и включали исследование высших психических функций, процессов и состояний; исследования эмоционально-эффективной, ценностно-мотивационной, волевой сфер личности; имеющихся психологических проблем, выраженности психологических конфликтов, уровня и способов психологической адаптации, личностных ресурсов; межличностных отношений в соответствии с целью психодиагностического исследования и принятыми этическоеонтологическими нормами (табл. 1).

После проведённых обследований был выявлен ряд симптомокомплексов: психотической дезорганизации, шизофренический, аффективно-эндогенный, олигофренический, экзогенно-органический, эндогенно-органический, личностно-аномальный, психогенно-невротический, психогенно-психотический, проводились обследования на следующие риски: депрессии, суицидального поведения, агрессии / аутоагрессии, ПТСР.

Согласно полученным данным эмоциональное состояние было обследовано у 9465 пациентов – риск депрессии был выявлен у 3779 пациентов (39,9%). По поводу риска агрессивного и аутоагрессивного поведения было обследовано 1701 пациент, риск выявлен у 441 пациента (25,9%); риск суицидального поведения был выявлен в 30,67% случаев (721 человек), обследован был 2531 пациент. Кроме того, проводился скрининг на риск развития посттравматического стрессового расстройства, который был выявлен в 25,04% ($n=280$) из 1118 обследованных. 17,26% пациентам от общего числа тех, кому была оказана психологическая помощь и поддержка, было рекомендовано обратиться за психиатрической помощью. Однако, лишь 0,01% дошли до медицинских учреждений, что может говорить о недостаточной мотивации пациентов.

Оценка риска суицида в клинических условиях является непростой задачей. Выявленный в исследовании уровень суицидального риска среди пациентов, обратившихся за помощью в КМПК, не противоречит общемировым трендам, однако, возникает необходимость в более подробном исследовании [8]. Кроме того, выявление суицидального риска на ранних этапах требует соответствующей подготовке специалистов [9].

Таблица / Table 1

Деятельность медицинского психолога КМПК за период с даты открытия до 01.04.2024 г.
The activity of the medical psychologist of the medical and psychological counseling office for the period from the moment of opening until 04/01/2024

Проведение клинико-психологического исследования Clinical and psychological research	Количество обследованных лиц Number of examined persons	Доля от общего числа исследованных функций, Percentage of the total number of investigated functions (%)
высших психических функций, процессов и состояний higher mental functions, processes and states	4417	20,22
исследования эмоционально-эффективной, ценностно-мотивационной, волевой сфер личности research of emotionally effective, value-motivational, volitional spheres of personality	7051	32,27
имеющихся психологических проблем, выраженности психологических конфликтов, уровня и способов психологической адаптации, личностных ресурсов the existing psychological problems, the severity of psychological conflicts, the level and methods of psychological adaptation, personal resources	5691	26,05
межличностных отношений в соответствии с целью психодиагностического исследования и принятыми этическо-деонтологическими нормами interpersonal relations in accordance with the purpose of psychodiagnostic research and accepted ethical and deontological norms	4366	19,98
Общее число исследованных функций The total number of investigated functions	21849	100,0

Чем более подготовлены и информированы медицинские психологи, среди задач которых является скрининг суицидального риска и мотивирование пациентов к обращению за специализированной помощью, тем больше шансов у них своевременно выявлять и предупреждать самоубийства.

Выводы

Несмотря на малые сроки работы КМПК, помощь психологами оказывается. Характер проводимых мероприятий требует дополнительного исследования и проработки проблемных моментов. Обращает на себя внимание необходимость разработки стан-

дартов психологического исследования, в том числе на выявление рисков суицидального поведения, психологической помощи и психологической поддержки.

Низкий уровень преемственности между КМПК и другими звеньями психолого-психиатрической службы требует повышения у психологов навыков мотивационной работы и организации межведомственного взаимодействия. Требуется разработка учебных программ усовершенствования медицинских психологов КМПК, включающих подготовку по суицидологии.

Литература / References:

1. Kleiman E., Nock M. Real-time assessment of suicidal thoughts and behaviors. *Current Opinion in Psychology*. 2018; 22: 33–37. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.07.026
2. Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. N 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://base.garant.ru/191961/> [Decree of the President of the Russian Federation dated October 9, 2007 No. 1351 "On approval of the Concept of Demographic Policy of the Russian Federation for the period up to 2025" (with amendments and additions)] (In Russ)
3. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Скрябин Е.Г. и др. Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 112-121. [Zotov P.B., Lyubov E.B., Skryabin E.G., et al. Somatic pathology among the factors of suicide risk. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 112-121.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-112-121
4. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Пономарёва Т.Г., и др. Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение II. *Суицидология*. 2018; 9 (4): 85-108. [Zotov P.B., Lyubov E.B., Ponomareva T.G., et al. Somatic pathology among suicide risk factors. Report II. *Suicidology*. 2018; 9 (4): 85-108.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-85-108

5. Gibbons R.D., Kwan Hur, Mann J. Suicide rate and the declining psychiatric hospital bed capacity in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2017; 4 (8): 849-850. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1227
6. Приказ МЗ РФ от 14 октября 2022 г. № 668н об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 668n dated October 14, 2022 on approval of the Procedure for providing medical care for mental disorders and behavioral disorders] (In Russ) <https://docs.cntd.ru/document/352246404>
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 г. N 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 г. и на плановый период 2025 и 2026 гг.» [Decree of the Government of the Russian Federation No. 2353 of December 28, 2023 "On the Program of State guarantees of free medical care to citizens for 2024 and for the planning period of 2025 and 2026"] (In Russ) / <https://base.garant.ru/408323431/>
8. Семенова Н.Б. Распространенность и факторы риска самоубийств среди коренных народов: обзор зарубежной литературы. *Суицидология*. 2017; 8 (1): 17-38. [Semenova N.B. Prevalence and risk factors of suicide among indigenous peoples: a review of foreign literature. *Suicidology*. 2017; 8 (1): 17-38.] (In Russ)
9. Розанов В.А., Незнанов Н.Г., Ковалев А.В. и др. Превенция суицидов в контексте профилактической медицины. *Профилактическая медицина*. 2022; 25 (5): 101-109. [Rozaanov V.A., Neznanov N.G., Kovalev A.V., et al. Suicide prevention in the context of preventive medicine. *Preventive medicine*. 2022; 25 (5): 101-109.] (In Russ) DOI: 10.17116/profmed202225051101

POSSIBILITIES OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL COUNSELING ROOMS IN SUICIDE PREVENTION

G.A. Prokopovich^{1,2}, A.N. Gvozdetsky^{1,2},
I.A. Barannik², N.V. Vorobyova^{2,3},
A.E. Dobrovolskaya^{1,2}, A.G. Sofronov^{1,2}

¹Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia, galinapro1@rambler.ru

²City Psychiatric Hospital N3 named after I.I. Skvortsov-Stepanov, St. Petersburg, Russia

³A.I. Herzen Russian State Pedagogical University, St. Petersburg, Russia

Abstract:

The task of reducing the level of suicidal activity in society currently does not cease to lose its relevance. On 07/01/2023, the Procedure for Providing medical care for mental disorders and behavioral Disorders came into force in Russia (Order of the Ministry of Health of the Russian Federation N 668n dated October 14, 2022), according to which medical and psychological counseling offices were opened in polyclinics of the general somatic network. The article examines the possibilities of psychologists in medical and psychological counseling offices to screen for suicidal risk, identify patients with suicidal tendencies at an early stage and motivate them to seek specialized help.

Keywords: suicide prevention, psychological assistance, medical and psychological counseling rooms

Вклад авторов:

Г.А. Прокопович: разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;

А.Н. Гвоздецкий: написание и редактирование текста рукописи;

И.А. Баранник: написание и редактирование текста рукописи;

Н.В. Воробьева: написание и редактирование текста рукописи;

А.Е. Добровольская: написание и редактирование текста рукописи;

А.Г. Софронов: редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

G.A. Prokopovich: developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, article writing;

A.N. Gvozdetsky: writing and editing the text of the manuscript;

I.A. Barannik: writing and editing the text of the manuscript;

N.V. Vorobyova: writing and editing the text of the manuscript;

A.E. Dobrovolskaya: writing and editing the text of the manuscript;

A.G. Sofronov: article editing.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 29.03.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 28.04.2024.

Для цитирования: Прокопович Г.А., Гвоздецкий А.Н., Баранник И.А., Воробьева Н.В., Добровольская А.Е., Софронов А.Г. Возможности кабинетов медико-психологического консультирования в вопросах превенции суицидов. *Девантология*. 2024; 8 (1): 60-64. DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)- 60-64

For citation: Prokopovich G.A., Gvozdetsky A.N., Barannik I.A., Vorobyova N.V., Dobrovolskaya A.E., Sofronov A.G. Possibilities of medical and psychological counseling rooms in suicide prevention. *Deviant Behavior (Russia)*. 2024; 8 (1): 60-64. (In Russ) DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)- 60-64

