

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

## ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ  
КОЛЛЕГИЯ

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

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

Индекс подписки: 57986  
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

**16+**

## Содержание

- Н.Б. Семёнова*  
Суицидальное поведение у детей и подростков  
коренных народов Сибири: когнитивные факторы  
риска (Часть I) ..... 3
- В.И. Каневский, В.А. Розанов*  
Некоторые психологические факторы повторных  
суицидальных попыток ..... 12
- Е.Б. Любов, П.Б. Зотов, Е.С. Носова*  
Научная доказательность и экономическое  
обоснование предупреждения суицидов ..... 23
- А.В. Голенков, Ф.В. Орлов,  
И.Е. Булыгина, Е.С. Деомидов*  
Постгомицидные самоубийства в России ..... 32
- М.А. Байкова, А.В. Меринов*  
Влияние пола детей, воспитанных в семьях  
больных алкогольной зависимостью, на их  
суицидологические характеристики ..... 42
- К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, С.А. Чубина*  
Специфика отношений к жизни и смерти  
у пациентов в остром постсуициде  
и у врачей-психиатров ..... 56
- Е.В. Евсеенкова, Е.С. Каган, И.С. Морозова,  
К.Н. Белогай, Ю.В. Борисенко*  
Использование нечеткой модели для комплексной  
оценки риска суицидального поведения подростков . 72
- В.А. Розанов, П.Е. Григорьев, Ю.А. Сумароков,  
К.В. Шельгин, А.А. Карякин,  
С.И. Малявская, О.Г. Сидоренков*  
Анализ сезонных колебаний завершённых  
суицидов в Архангельской области в связи  
с геоклиматическими факторами ..... 82
- Е.Г. Корнетова, Е.Г. Дмитриева, В.В. Дубровская,  
И.А. Меднова, А.А. Гончарова, А.Н. Корнетов,  
А.В. Семке, С.А. Иванова, Н.А. Бохан*  
Суицидальное поведение больных шизофренией  
с метаболическим синдромом ..... 92
- П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, Н.М. Фёдоров, В.Г. Бьчков,  
А.И. Фадеева, Г.Г. Гарагашев, К.В. Коровин*  
Хроническая боль среди факторов суицидального  
риска ..... 99

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

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

EDITORIAL COLLEGE  
 N.A. Bokhan, acad. RAS,  
 Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)  
 Y.V. Kovalev, Ph. D., prof.  
 (Izhevsk, Russia)  
 N.A. Kornetov, Ph. D., prof.  
 (Tomsk, Russia)  
 J.A. Kudryavtsev, Ph. D., prof.  
 (Moscow, Russia)  
 E.B. Lyubov, Ph. D., prof.  
 (Moscow, Russia)  
 A.V. Merinov, Ph. D.  
 (Ryazan, Russia)  
 N.G. Neznanov, Ph. D., prof.  
 (St. Petersburg, Russia)  
 G. Pilyagina, Ph. D., prof.  
 (Kiev, Ukraine)  
 B.S. Polozhy, Ph. D., prof.  
 (Moscow, Russia)  
 Y.E. Razvodovsky, M.D.  
 (Grodno, Belarus)  
 A.S. Rakhimkulova  
 (Moscow, Russia)  
 K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof.  
 (Ekaterinburg, Russia)  
 V.A. Rozanov, Ph. D., prof.  
 (St. Petersburg, Russia)  
 V.A. Ruzhenkov, Ph. D., prof.  
 (Belgorod, Russia)  
 N.B. Semenova, Ph. D.  
 (Krasnoyarsk, Russia)  
 A.V. Semke, Ph. D., prof.  
 (Tomsk, Russia)  
 V.A. Soldatkin, Ph. D.  
 (Rostov-on-Don, Russia)  
 V.L. Yuldashev, Ph. D., prof.  
 (Ufa, Russia)  
 L.N. Yur'yeva, Ph. D., prof.  
 (Dnipropetrovsk, Ukraine)  
 Chiyo Fujii, Ph. D., prof. (Japan)  
 Jyrki Korkeila, Ph. D., prof.  
 (Finland)  
 Ilkka Henrik Mäkinen, Ph. D.,  
 prof. (Sweden)  
 William Alex Pridemore, Ph. D.,  
 prof. (USA)  
 Niko Seppälä, M.D., Ph.D. (Finland)  
 Marcin Wojnar, M.D., Ph.D., prof.  
 (Poland)

Журнал «Суицидология»  
 включен в:  
 1) Российский индекс научного  
 цитирования (РИНЦ)  
 2) международную систему  
 цитирования Web of Science  
 (ESCI)

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

Адрес редакции:  
 625051, г. Тюмень,  
 30 лет Победы, 81А, оф. 201, 202

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

Телефон: (3452) 73-27-45  
 Факс: (3452) 54-07-07  
 E-mail: note72@yandex.ru

ISSN 2224-1264

Информация для авторов ..... 116

Contents

*N.B. Semenova*  
 Suicidal behavior in children and teenagers of the indigenous  
 peoples of Siberia: cognitive risk factors (Part I) ..... 3

*V.I. Kanevskiy, V.A. Rozanov*  
 Some psychological factors of repeated suicide attempts ..... 12

*E.B. Lyubov, P.B. Zotov, E.S. Nosova*  
 Evidence-based strategies and economic arguments for  
 a policy of suicide prevention..... 23

*A.V. Golenkov, F.V. Orlov, I.E. Bulygina, E.S. Deomidov*  
 Post-homicide suicides in Russia ..... 32

*M.A. Baykova, A.V. Merinov*  
 Influence of the gender of children who are raised in families  
 of patients with alcohol addiction on their suicidological  
 characteristics ..... 42

*K.A. Chistopolskaya, S.N. Enikolopov, S.A. Chubina*  
 Specifics of life and death attitudes in patients in acute  
 postsuicide and psychiatrists ..... 56

*E.V. Evseenkova, E.S. Kagan, I.S. Morozova,  
 K.N. Belogai, J.V. Borisenko*  
 Fuzzy model of the suicidal risks among adolescents  
 in the screening practice ..... 72

*V.A. Rozanov, P.E. Grigoriev, Yu.A. Sumarokov, K.V. Shelygin,  
 A.A. Karyakin, S.I. Malyavskaya, O.G. Sidorenkov*  
 Analysis of seasonal variations of suicides in the Arhangelsk  
 region in relation to geoclimatic factors ..... 82

*E.G. Kornetova, E.G. Dmitrieva, V.V. Dubrovskaya,  
 I.A. Mednova, A.A. Goncharova, A.N. Kornetov,  
 A.V. Semke, S.A. Ivanova, N.A. Bokhan*  
 Suicidal behavior in patients with schizophrenia  
 with metabolic syndrome ..... 92

*P.B. Zotov, E.B. Lyubov, N.M. Fedorov, V.G. Bychkov,  
 A.I. Fadeeva, G.G. Garagashev, K.V. Korovin*  
 Chronic pain among suicidal risk factors ..... 99

Information ..... 116

Сайт журнала: <https://suicidology.ru/> или <https://суицидология.рф/>  
 Интернет-ресурсы: [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru), [www.medpsy.ru](http://www.medpsy.ru)  
<http://cyberleninka.ru/journal/n/suicidology> <https://readera.ru/suicidology>  
<http://globalf5.com/Zhurnaly/Psihologiya-i-pedagogika/suicidology/>

При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.  
 Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.  
 Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.  
 На 1 странице обложки: Г. Каньяччи «Смерть Клеопатры», 1660 г.  
 Заказ № 177. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 11.08.2019 г. Цена свободная

## СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КОРЕННЫХ НАРОДОВ СИБИРИ: КОГНИТИВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА (ЧАСТЬ I)

Н.Б. Семёнова

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

Контактная информация:

Семёнова Надежда Борисовна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 8340-6208; ORCID iD: 0000-0002-2790-7740; Web of Science Researcher ID: M-5846-2019). Место работы и должность: главный научный сотрудник ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», НИИ медицинских проблем Севера. Адрес: 660036, г. Красноярск, Академгородок, д. 50. Телефон: (913) 539-86-02, электронный адрес: snb237@gmail.com

У подростков коренных популяций Сибири показатели самоубийств в несколько раз превышают показатели подростков других национальностей, что требует анализа причин данного явления. Одним из факторов риска суицидального поведения может быть когнитивный фактор, в частности, отсутствие навыков решения проблем, неумение правильно оценивать ситуацию и находить конструктивный выход. Цель исследования: изучить особенности когнитивно-поведенческого паттерна в ситуации фрустрации у подростков коренных популяций Сибири (якутов, эвенов, эвенков, алтайцев, агинских бурят и тувинцев), в сравнении с подростками восточных славян. Материал и методы. Методом анонимного анкетирования обследованы подростки коренного населения Сибири численностью 703 человека, из них 181 якут, 63 эвена и эвенка, 103 алтайца, 228 агинских бурят и 128 тувинцев. В контрольную группу вошли восточные славяне численностью 136 человек. Всего обследовано 839 человек, средний возраст составил 16,5 лет. В обследовании использован опросник Самооценки психических состояний, включающий 4 шкалы (Тревожности, Фрустрированности, Ригидности и Агрессии), по 10 утверждений в каждой шкале. Для каждого утверждения предусмотрено 3 варианта ответов: «не подходит», «подходит, но не полностью» и «полностью подходит»; утверждения кодируются как «0», «1» или «2». В данный анализ включены утверждения, характеризующие когнитивно-поведенческую реакцию в стрессовой ситуации. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics, Version 22. Результаты. Испытывают страх перед трудностями 30,4% якутов ( $p < 0,001$ ), 28,6% эвенов и эвенков ( $p < 0,001$ ), 20,4% алтайцев ( $p < 0,001$ ), 13,2% агинских бурят ( $p < 0,05$ ) и 34,4% тувинцев ( $p < 0,001$ ). Состояние растерянности в стрессовой ситуации отмечается у 26,5% якутов ( $p < 0,001$ ) и у 33,6% тувинцев ( $p < 0,001$ ). Оценивают ситуацию как безвыходную 23,8% якутов ( $p < 0,001$ ), 23,8% эвенов и эвенков ( $p < 0,001$ ), 28,9% тувинцев ( $p < 0,001$ ). Отказываются от дальнейшей борьбы 13,8% якутов ( $p < 0,05$ ) и 30,5% тувинцев ( $p < 0,001$ ). Нарушения аффективной регуляции в ситуации стресса наблюдаются у 30,4% якутов, у 28,6% эвенов и эвенков ( $p < 0,05$ ), у 34% тувинцев. Выводы. У подростков коренных народов Сибири чаще выявляются когнитивные факторы риска суицидального поведения: дисфункциональные установки, склонность к чрезмерной генерализации, субъективное ощущение неразрешимости жизненных трудностей. Поведение в ситуации фрустрации отличается меньшей адаптивностью, блокированием активности, использованием стратегии отказа. Выявленные особенности когнитивно-поведенческого паттерна могут объяснить причину высокого уровня суицида у коренных народов Сибири с позиции когнитивного подхода.

*Ключевые слова:* суицид, когнитивная модель, подростки, коренные народы, Сибирь

Данная статья является продолжением цикла публикаций, посвящённых изучению причин и факторов риска высокого уровня самоубийств у подростков коренного населения Сибири – якутов, эвенов, эвенков, алтайцев, агинских бурят и тувинцев. Известно, что в формировании суицидального поведения важную роль играют когнитивные факторы, в том числе, отсутствие навыков конструктивного

решения проблем, неумение правильно оценивать ситуацию и находить выход из неё. Выделение когнитивных факторов в качестве причин самоубийств, предложено сторонниками когнитивной модели суицидального поведения, которая основана на общей когнитивной теории Бека, утверждающей, что ошибочное восприятие и неправильное толкование являются основными чертами психопатологии [1]. Расширенная и

дополненная новыми знаниями в области суицидологии, когнитивная модель объяснила самоубийство как следствие сочетанного влияния трёх групп факторов – когнитивных суицидальных установок, неадаптивного стиля поведения и нарушений аффективной регуляции [2]. На сегодняшний день выделен целый ряд когнитивных составляющих суицидального поведения. Наиболее часто упоминаемой и хорошо изученной является дефицит вариантов альтернативного решения проблем. Доказано, что лица, склонные к самоубийству, обладают меньшими навыками решения конфликтной ситуации [3], генерируют меньшее количество альтернативных вариантов [4, 5], с меньшей вероятностью используют альтернативы, которые они генерируют, чаще рассматривают возможность негативного исхода [5-7], чаще прибегают к стратегии отказа от борьбы [7].

У лиц с высоким риском суицидального поведения обнаружены особенности мышления, которые проявляются когнитивными искажениями и неправильным толкованием ситуации. Когнитивные искажения и дисфункциональные установки наблюдаются не только в моменты жизненных кризисов, но и являются проявлениями общего неадаптивного когнитивного стиля и иррациональности убеждений [8], характеристикой устойчивого способа восприятия мира, отношения к себе и окружающей среде [9]. Неадаптивный когнитивный стиль как постоянный когнитивный паттерн усугубляет дистресс в контексте жизненных стрессоров и играет роль катализатора возможного суицидального исхода [10].

Ещё одна когнитивная составляющая суицидального поведения связана с автобиографической памятью и невозможностью получения адекватного доступа к собственному хранилищу личных воспоминаний в моменты кризиса [4, 11]. Эмпирическими исследованиями показано, что у лиц, склонных к самоубийству, снижена способность к извлечению накопленных ранее знаний из багажа личного опыта для получения нужной информации, касающейся конструктивного решения проблем [12].

Когнитивно-поведенческая модель суицидального поведения у подростков основана на модели, описанной у взрослых, и сводится к тому, что вероятность суицида в ответ на стрессовую ситуацию возрастает при наличии

когнитивных искажений и неадаптивного поведения в стрессовой ситуации. Подтверждено, что подростки, склонные к суициду, значительно больше сфокусированы на своих проблемах, имеют значительно меньшее количество альтернативных решений [13, 14] и неадекватный атрибутивный стиль [15]. У подростков, совершивших суицидальную попытку, выявлены особенности восприятия и мышления в виде склонности к чрезмерной генерализации, выборочной персонализации, установки приписывать исход событий внешним факторам [16-18]. В ситуации фрустрации у них чаще возникает субъективное ощущение неразрешимости жизненных трудностей [7], сопровождающееся нарушениями аффективной регуляции [19].

Эмпирическими исследованиями, проведенными на двух группах подростков (совершивших и не совершавших суицидальную попытку) подтверждено мнение Уильямса [11] о роли обобщённой автобиографической памяти и связи её с дефицитом решения межличностных проблем, негативными жизненными событиями, безнадёжностью и последующим *самоубийством* [20]. В более поздних исследованиях была показана роль руминации, или навязчивого мышления, в развитии суицидального поведения у подростков [21]. Выявлено, что навязчивые мысли вытесняют другие виды психической активности, усиливают дистресс, ведут к неадаптивному поведению и появлению суицидальных идеаций.

Таким образом, в настоящее время накоплено множество фактов, основанных на эмпирических доказательствах, подтверждающих значение неадаптивного мышления в возникновении суицидального поведения. Однако когнитивная модель суицидального поведения описана на популяции европеоидов и не учитывает особенностей восприятия и мышления у представителей других культур.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей когнитивно-поведенческого паттерна в ситуации фрустрации у подростков коренных популяций Сибири, в сравнении с подростками восточных славян.

Дизайн исследования: Исследование проводилось в четырёх национальных субъектах РФ: Республике Саха (Якутия), Республике Алтай (РА), Агинском Бурятском округе (АБО) и Республике Тыва (РТ). Для проведения ис-

следования отобраны населённые пункты с наиболее компактным проживанием коренного населения. Большинство представителей коренных популяций проживают в сельской местности, поэтому обследование проводилось в посёлках, расположенных в национальных субъектах РФ. В Якутии отобрано 13 посёлков: пос. Депутатский, сёла Казачье, Усть-Куйга, Усть-Янск, Сайылык (Усть-Янский улус, расположенный в Арктических районах); сёла Абага, Петропавловск, Эжанцы, Кюпцы (Амгинский и Усть-Майский улусы, расположенные в центральных и восточных районах); сёла Дабан, Тяня, Кыллах, Токко (Олекминский улус, южные районы). В Республике Алтай отобрано 6 населённых пунктов: пос. Улаган, сёла Акташ и Чибит (Улаганский район), пос. Кош-Агач, сёла Бельтир и Мухор-Тархата (Кош-Агачский район), пос. Майма (Майминский район). В Агинском Бурятском округе отобрано 2 посёлка в сельской местности: пос. Агинское (Агинский район) и Могойтуй (Могойтуйский район). В Тыве отобрано 5 посёлков (кожуунов) в западных районах сельской местности: Чаа-Холь (Чаа-Хольский кожуун), Тээли (Бэй-айгинский кожуун), Чадан (Дзун-Хемчикский кожуун), Хандагайты (Овюрский Кожуун) и Торгалыг (Улуг-Хемский кожуун).

Методом сплошной выборки обследованы учащиеся 10–11 классов общеобразовательных школ общей численностью 839 человек. Из них якутов 181 человек (83 юноши и 98 девушек), эвенков и эвенков 63 человека (19 юношей и 44 девушки), алтайцев 103 человека (40 юношей и 63 девушки), агинских бурят 228 человек (98 юношей и 130 девушек), тувинцев 128 человек (50 юношей и 78 девушек). Контрольная группа сформирована из представителей восточных славян (русские, украинцы), проживающих в идентичных условиях, в национальном субъекте РФ, Республике Алтай, обучающихся в смешанных классах, совместно с подростками коренных национальностей. Численность контрольной группы составила 136 человек (54 юноши и 82 девушки). Средний возраст обследованных 16,5 лет.

Обследование подростков проводилось методом анонимного анкетирования с использованием опросника Самооценки психических состояний. Опросник состоит из четырёх шкал – Тревожности, Фрустрированности, Ригидности и Агрессии. Каждая шкала содержит 10

утверждений, для которых подросток выбирает один из трех подходящих ответов: «не подходит», «подходит, но не очень» или «полностью подходит». Ответы кодируются значениями 0, 1 или 2, соответственно. При проведении данного исследования в анализ были включены 7 утверждений, характеризующих когнитивно-поведенческую оценку стрессовой ситуации: 1. Меня пугают трудности. 2. Нередко мне кажутся безвыходными положения, из которых можно найти выход. 3. Чувствую растерянность перед трудностями; 4. Я часто отказываюсь от борьбы, считая её бесплодной. 5. Неприятности меня сильно расстраивают, я падаю духом. 6. Легко впадаю в уныние. 7. Я нередко чувствую себя незащищённым. Два первых утверждения содержат когнитивную оценку ситуации; утверждения 3 и 4 характеризуют способ поведения в ситуации фрустрации; утверждения 5 и 6 выявляют нарушение аффективной регуляции; утверждение 7 демонстрирует когнитивное самовосприятие себя в окружающем мире.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics, Version 22. Статистический анализ качественных порядковых признаков проводился путём регистрации количества объектов в выборке, имеющих одинаковое значение качественной переменной, с дальнейшим подсчётом относительной частоты (%). Сравнение групп по качественному бинарному признаку проводилось с помощью критерия Pearson  $\chi^2$  или Fisher's Exact Test (при количестве наблюдений 5 и менее). Результаты в статистических таблицах представлены в виде абсолютных (n) и относительных показателей (%). При описании статистических показателей указывалось абсолютное значение Pearson  $\chi^2$  или Fisher's Exact Test, степень свободы (df) для критерия  $\chi^2$  и статистическая значимость различий (p). Величина уровня значимости различий принималась при  $p=0,05$ , то есть при ошибке 5%.

Результаты исследования.

Когнитивно-поведенческая оценка фрустрирующей ситуации у подростков коренных народов Сибири, в сравнении с восточными славянами, представлена в таблице 1.

Анализ ответов старшеклассников показал, что у подростков коренных популяций Сибири чаще, чем у восточных славян, отмечается страх перед трудностями.

Таблица 1

Когнитивно-поведенческая оценка фрустрирующей ситуации у подростков разных этнических популяций Сибири

Утверждение	Код от-вета	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	Группа 5	Группа 6
		Якуты (n=181) n / %	Эвены, эвенки (n=63) n / %	Алтайцы (n=103) n / %	Агинские буряты (n=228) n / %	Тувинцы (n=128) n / %	Восточные славяне (n=136) n / %
Меня пугают трудности	0	49 / 27,1	17 / 27,0	41 / 39,8	80 / 35,1	39 / 30,5	63 / 46,3
	1	77 / 42,5	28 / 44,4	41 / 39,8	118 / 51,8	45 / 35,2	64 / 47,1
	2	55 / 30,4 <sup>a</sup>	18 / 28,6 <sup>a</sup>	21 / 20,4 <sup>a</sup>	30 / 13,2 <sup>a</sup>	44 / 34,4 <sup>a</sup>	9 / 6,6
Нередко мне кажутся безвыходными положения, из которых можно найти выход	0	55 / 30,4	17 / 27,0	46 / 44,7	102 / 44,7	46 / 35,9	71 / 52,2
	1	83 / 45,9	31 / 49,2	38 / 36,9	93 / 40,8	45 / 35,2	54 / 39,7
	2	43 / 23,8 <sup>a</sup>	15 / 23,8 <sup>a</sup>	19 / 18,4	33 / 14,5	37 / 28,9 <sup>a</sup>	11 / 8,1
Чувствую растерянность перед трудностями	0	49 / 27,1	19 / 30,2	42 / 40,8	78 / 34,2	33 / 25,8	70 / 51,5
	1	84 / 46,4	31 / 49,2	46 / 44,7	128 / 56,1 <sup>a</sup>	52 / 40,6	52 / 38,2
	2	48 / 26,5 <sup>a</sup>	13 / 20,6	15 / 14,6	22 / 9,6	43 / 33,6 <sup>a</sup>	14 / 10,3
Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесплодной	0	86 / 47,5	30 / 47,6	64 / 62,1	139 / 61,0	50 / 39,1	83 / 61,0
	1	70 / 38,7	25 / 39,7	29 / 28,2	73 / 32,0	42 / 32,8	42 / 30,9
	2	25 / 13,8 <sup>a</sup>	8 / 12,7	10 / 9,7	16 / 7,0	36 / 28,1 <sup>a</sup>	11 / 8,1
Неприятности меня сильно расстраивают, я падаю духом	0	55 / 30,4	20 / 31,7	51 / 49,5	87 / 38,2	43 / 33,6	80 / 58,8
	1	71 / 39,2	25 / 39,7	35 / 34,0	114 / 50,0 <sup>a</sup>	41 / 32,0	38 / 27,9
	2	55 / 30,4 <sup>a</sup>	18 / 28,6 <sup>a</sup>	17 / 16,5	27 / 11,8	44 / 34,5 <sup>a</sup>	18 / 13,2
Легко впадаю в уныние	0	88 / 48,6	36 / 57,1	50 / 48,5	125 / 54,8	44 / 34,4	80 / 58,8
	1	60 / 33,1	17 / 27,0	34 / 33,0	79 / 34,6	47 / 36,7	39 / 28,7
	2	33 / 18,2	10 / 15,9	19 / 18,4	24 / 10,5	37 / 28,9 <sup>a</sup>	17 / 12,5
Я нередко чувствую себя беззащитным	0	79 / 43,6	30 / 47,6	51 / 49,5	136 / 59,6	45 / 35,2	87 / 64,0
	1	73 / 40,3	21 / 33,3	35 / 34,0	77 / 33,8	44 / 34,4	34 / 25,0
	2	29 / 16,0 <sup>a</sup>	12 / 19,0	17 / 16,5	15 / 6,6	39 / 30,5 <sup>a</sup>	15 / 11,0

Примечание: Статистическая значимость различий (p) по критерию Pearson  $\chi^2$ , a – коренные > чем восточные славяне (p<0,05)

О том, что их пугают трудности, чаще высказываются якуты ( $\chi^2=30,2$ ; df=2; p<0,001), эвены и эвенки ( $\chi^2=19,4$ ; df=2, p<0,001), алтайцы ( $\chi^2=10,2$ , df=2, p=0,006), агинские буряты ( $\chi^2=6,5$ ; df=2, p=0,03) и тувинцы ( $\chi^2=31,8$ ; df=2, p<0,001). О том, что им нередко кажутся безвыходными положения, из которых можно найти выход, чаще подтверждают якуты ( $\chi^2 = 21,2$ ; df=2; p<0,001), эвены, эвенки ( $\chi^2=15,3$ ; df=2; p<0,001) и тувинцы ( $\chi^2=20,0$ ; df=2; p<0,001). Чаще чувствуют растерянность перед трудностями якуты ( $\chi^2=23,9$ ; df=2; p<0,001), агинские буряты ( $\chi^2=11,8$ , df=2; p=0,003) и тувинцы ( $\chi^2=27,8$ , df=2; p<0,001). Чаще отказываются от борьбы, считая её бесплодной, якуты ( $\chi^2=6,2$ ; df=2; p=0,04) и тувинцы ( $\chi^2=21,3$ ; df = 2; p<0,001). О том, что неприятности их сильно расстраивают и они падают духом, чаще заявляют якуты ( $\chi^2=27,5$ ; df=2; p<0,001), эвены и эвенки ( $\chi^2=13,7$ ; df=2; p=0,001), агинские буряты ( $\chi^2=17,9$ ; df=2; p<0,001) и тувинцы ( $\chi^2=21,9$ ; df=2; p<0,001). Склонность к унынию чаще отмечается у тувинцев ( $\chi^2=18,4$ ; df=2; p<0,001). О том, что

они чувствуют себя беззащитными, чаще высказываются якуты ( $\chi^2=12,9$ ; df=2; p=0,02) и тувинцы ( $\chi^2=25,1$ ; df=2; p<0,001).

Оценка фрустрирующей ситуации, скорректированная по полу, представлена в таблице 2. Анализ ответов юношей коренных национальностей Сибири, в сравнении с восточными славянами, выявил территориальные различия с преобладанием неадаптивного когнитивно-поведенческого паттерна в северных регионах Сибири и в Тыве. О том, что их пугают трудности, высказываются якуты ( $\chi^2=7,44$ ; df=2; p=0,02) и тувинцы ( $\chi^2=8,9$ ; df=2, p=0,01). О том, что им нередко кажутся безвыходными положения, из которых можно найти выход, подтверждают якуты ( $\chi^2 = 10,4$ ; df=2, p=0,005) и тувинцы ( $\chi^2=8,9$ ; df=2; p=0,01). Чувствуют растерянность перед трудностями тувинцы ( $\chi^2=7,4$ ; df=2; p=0,02). О том, что неприятности их сильно расстраивают, они падают духом, чаще заявляют якуты (Fisher=7,6; p=0,02), эвены, эвенки ( $\chi^2=6,4$ ; df=2; p=0,02) и тувинцы ( $\chi^2=8$ ; df=2; p=0,02). «Легко впадают в уныние» тувинцы (Fisher=8,6; p=0,01).

Таблица 2

Когнитивно-поведенческая оценка фрустрирующей ситуации, скорректированная по полу

Утверждение	Код	Группа 1 Якуты (n=181)		Группа 2 Эвены, эвенки (n=63)		Группа 3 Алтайцы (n=103)	
		Юноши n / %	Девушки n / %	Юноши n / %	Девушки n / %	Юноши n / %	Девушки n / %
Меня пугают трудности	0	33/39,8	16/16,3	8/42,1	9/20,5	21/52,5	20/31,7
	1	31/37,8	46/46,9	8/42,1	20/45,5	16/40,0	25/39,7
	2	19/22,9 <sup>a</sup>	36/36,7 <sup>ab</sup>	3/15,8	15/34,1 <sup>a</sup>	3/7,5	18/28,6 <sup>ab</sup>
Мне кажутся безвыходными положения, из которых можно найти выход	0	22/26,5	33/33,7	8/42,1	9/20,5	22/55,0	24/38,1
	1	44/53,0	39/39,8	7/36,8	24/54,5	14/35,0	24/38,1
	2	17/20,5 <sup>a</sup>	26/26,5 <sup>a</sup>	4/21,1	11/25,0 <sup>a</sup>	4/10,0	15/23,8 <sup>a</sup>
Чувствую растерянность перед трудностями	0	31/37,3	18/18,4	8/42,1	11/25,0	19/47,5	23/36,5
	1	38/45,8	46/46,9	8/42,1	23/52,3	20/50,0	26/41,3
	2	14/16,9	34/34,7 <sup>ab</sup>	3/15,8	10/22,7 <sup>a</sup>	1/2,5	14/22,2 <sup>b</sup>
Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесплодной	0	41/49,4	45/45,9	9/47,4	21/47,7	29/72,5	35/55,6
	1	28/33,7	42/42,9	8/42,1	17/38,6	8/20,0	21/33,3
	2	14/16,9	11/11,2 <sup>a</sup>	2/10,5	6/13,6	3/7,5	7/11,1
Неприятности меня сильно расстраивают, я падаю духом	0	36/43,4	19/19,4	7/36,8	13/29,5	25/62,5	26/41,3
	1	29/34,9	42/42,9	7/36,8	18/40,9	13/32,5	22/34,9
	2	18/21,7 <sup>a</sup>	37/37,8 <sup>ab</sup>	5/26,3 <sup>a</sup>	13/29,5 <sup>a</sup>	2/5,0	15/23,8 <sup>b</sup>
Легко впадаю в уныние	0	53/63,9	35/35,7	13/68,4	23/52,3	27/67,5	23/36,5
	1	24/28,9	36/36,7	3/15,8	14/31,8	11/27,5	23/36,5
	2	6/7,2	27/27,6 <sup>b</sup>	3/15,8	7/15,9	2/5,0	17/27,0 <sup>b</sup>
Я нередко чувствую себя беззащитным	0	44/53,0	35/35,7	14/73,7	16/36,4	30/75,0	21/33,3
	1	32/38,6 <sup>a</sup>	41/41,8	4/21,1	17/38,6	8/20,0	27/42,9
	2	7/8,4	22/22,4 <sup>ab</sup>	1/5,3	11/25,0 <sup>b</sup>	2/5,0	15/23,8 <sup>ab</sup>

Примечание. Статистическая значимость различий (p) по критериям Pearson  $\chi^2$  & Fisher's Exact Test: a – коренные > чем восточные славяне (p<0,05); b – девушки > чем юноши (p<0,05)

Таблица 2 (продолжение)

Утверждение	Код	Группа 4 Агинские буряты (n=228)		Группа 5 Тувинцы (n=128)		Группа 6 Восточные славяне (n=136)	
		Юноши n / %	Девушки n / %	Юноши n / %	Девушки n / %	Юноши n / %	Девушки n / %
Меня пугают трудности	0	43/43,9	37/28,5	28/56,0	11/14,1	25/46,3	38/46,3
	1	46/46,9	72/55,4	12/24,0	33/42,3	26/48,1	38/46,3
	2	9/9,2	21/16,2 <sup>ab</sup>	10/20,0 <sup>a</sup>	34/43,6 <sup>ab</sup>	3/5,6	6/7,3
Мне кажутся безвыходными положения, из которых можно найти выход	0	56/57,1	46/35,4	20/40,0	26/33,3	28/51,9	43/52,4
	1	33/33,7	60/46,2	15/30,0	30/38,5	22/40,7	32/39,0
	2	9/9,2	24/18,5 <sup>ab</sup>	15/30,0 <sup>a</sup>	22/28,2 <sup>a</sup>	4/7,4	7/8,5
Чувствую растерянность перед трудностями	0	46/46,9	32/24,6	23/46,0	10/12,8	28/51,9	42/51,2
	1	44/44,9	84/64,6	15/30,0	37/47,4	23/42,6	29/35,4
	2	8/8,2	14/10,8 <sup>b</sup>	12/24,0 <sup>a</sup>	31/39,7 <sup>ab</sup>	3/5,6	11/13,4
Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесплодной	0	58/59,2	81/62,3	23/46,0	27/34,6	29/53,7	54/65,9
	1	31/31,6	42/32,3	15/30,0	27/34,6	20/37,0	22/26,8
	2	9/9,2	7/5,4	12/24,0	24/30,8 <sup>a</sup>	5/9,3	6/7,3
Неприятности меня сильно расстраивают, я падаю духом	0	48/49,0	39/30,0	23/46,0	20/25,6	35/64,8	45/54,9
	1	43/43,9	71/54,6 <sup>a</sup>	13/26,0	28/35,9	15/27,8	23/28,0
	2	7/7,1	20/15,4 <sup>b</sup>	14/28,0 <sup>a</sup>	30/38,5 <sup>a</sup>	4/7,4	14/17,1
Легко впадаю в уныние	0	64/65,3	61/46,9	22/44,0	22/28,2	39/72,2	41/50,0
	1	29/29,6	50/38,5	23/46,0 <sup>a</sup>	24/30,8	12/22,2	27/32,9
	2	5/5,1	19/14,6 <sup>b</sup>	5/10,0	32/41,0 <sup>ab</sup>	3/5,6	14/17,1 <sup>b</sup>
Я нередко чувствую себя беззащитным	0	70/71,4	66/50,8	28/56,0	17/21,8	42/77,8	45/54,9
	1	25/25,2	52/40,0	12/24,0	32/41,0	8/14,8	26/31,7
	2	3/3,1	12/9,2 <sup>b</sup>	10/20,0	29/37,2 <sup>ab</sup>	4/7,4	11/13,4 <sup>b</sup>

Примечание. Статистическая значимость различий (p) по критериям Pearson  $\chi^2$  & Fisher's Exact Test: a – коренные > чем восточные славяне (p<0,05); b – девушки > чем юноши (p<0,05)

Нередко чувствуют себя беззащитными якуты ( $\chi^2=9,5$ ;  $df=2$ ,  $p=0,007$ ).

Анализ ответов у девушек коренных национальностей Сибири, в сравнении с восточными славянами, показал, что страх перед трудностями чаще испытывают якутки ( $\chi^2=29,2$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ), эвенки и эвенкийки ( $\chi^2=17,5$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ), алтайки ( $\chi^2=11,2$ ;  $df=2$ ;  $p=0,002$ ), агинские бурятки ( $\chi^2=8,4$ ;  $df=2$ ;  $p=0,01$ ) и тувинки ( $\chi^2=34,8$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

О том, что им нередко кажутся безвыходными положения, из которых можно найти выход, подтверждают якутки ( $\chi^2=11,6$ ;  $df=2$ ;  $p=0,003$ ), эвенки и эвенкийки ( $\chi^2=14,1$ ;  $df=2$ ;  $p=0,001$ ), алтайки ( $\chi^2=7,1$ ;  $df=2$ ;  $p=0,03$ ), агинские бурятки ( $\chi^2=7,4$ ;  $df=2$ ;  $p=0,02$ ) и тувинки ( $\chi^2=11,9$ ;  $df=2$ ;  $p=0,002$ ). Чаще чувствуют растерянность перед трудностями якутки ( $\chi^2=23,9$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ), эвенки и эвенкийки ( $\chi^2=8,1$ ;  $df=2$ ;  $p=0,02$ ), агинские бурятки ( $\chi^2=18,6$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ) и тувинки ( $\chi^2=30,1$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ). Часто отказываются от борьбы, считая её бесплодной, якутки ( $\chi^2=7,2$ ;  $df=2$ ;  $p=0,03$ ) и тувинки ( $\chi^2=20,2$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ). О том, что неприятности их сильно расстраивают, они падают духом, чаще отмечают якутки ( $\chi^2=25,3$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ), эвенки и эвенкийки ( $\chi^2=7,5$ ;  $df=2$ ;  $p=0,02$ ), агинские бурятки ( $\chi^2=15,9$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ) и тувинки ( $\chi^2=15,8$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ). Склонность к унынию чаще отмечается у тувинков ( $\chi^2=12,8$ ;  $df=2$ ;  $p=0,002$ ). О том, что они чувствуют себя беззащитными, чаще заявляют якутки ( $\chi^2=6,9$ ;  $df=2$ ;  $p=0,03$ ), алтайки ( $\chi^2=6,9$ ;  $df=2$ ;  $p=0,03$ ) и тувинки ( $\chi^2=21,3$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

При анализе когнитивно-поведенческого паттерна с позиции гендерных различий выявлено, что когнитивные факторы риска суицидального поведения встречаются чаще у девушек, чем у юношей. О том, что их пугают трудности, чаще высказываются якутки ( $\chi^2=12,9$ ;  $df=2$ ;  $p=0,001$ ), алтайки (Fisher=8,2;  $p=0,02$ ), агинские бурятки ( $\chi^2=6,6$ ;  $df=2$ ;  $p=0,04$ ) и тувинки ( $\chi^2=25,4$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ). О том, что им нередко кажутся безвыходными положения, из которых можно найти выход, чаще подтверждают бурятки ( $\chi^2=11,4$ ;  $df=2$ ;  $p=0,003$ ). Чаще чувствуют растерянность перед трудностями якутки ( $\chi^2=11,4$ ;  $df=2$ ;  $p=0,004$ ), алтайки (Fisher=7,7;  $p=0,02$ ), агинские бурятки ( $\chi^2=12,4$ ;  $df=2$ ;  $p=0,002$ ) и тувинки ( $\chi^2=17,5$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ). О том, что неприятности их сильно расстраивают и они падают духом, чаще заяв-

ляют якутки ( $\chi^2=13,0$ ;  $df=2$ ;  $p=0,001$ ), алтайки (Fisher=8,4;  $p=0,02$ ), агинские бурятки ( $\chi^2=9,8$ ;  $df=2$ ;  $p=0,007$ ). Склонность к унынию чаще отмечают якутки ( $\chi^2=8,7$ ;  $df=2$ ;  $p=0,01$ ), алтайки (Fisher=12,1;  $p=0,002$ ), агинские бурятки (Fisher=9,5;  $p=0,008$ ), тувинки (Fisher=15,3;  $p<0,001$ ) и восточные славянки (Fisher=7,4;  $p=0,02$ ). О том, что они чувствуют себя беззащитными, чаще высказываются якутки ( $\chi^2=8,7$ ;  $df=2$ ;  $p=0,01$ ), алтайки (Fisher=8,4;  $p=0,02$ ), агинские бурятки (Fisher=10,6;  $p<0,001$ ), тувинки ( $\chi^2=15,6$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ) и восточные славянки (Fisher=7,4;  $p=0,02$ ).

#### Обсуждение результатов.

Полученные результаты показывают, что у подростков коренных народов Сибири чаще, чем у восточных славян, встречаются когнитивные факторы риска суицидального поведения, в том числе, когнитивные дисфункциональные установки, склонность к чрезмерной генерализации и субъективное ощущение неразрешимости жизненных трудностей. Так, склонность к чрезмерной генерализации (утверждение «меня пугают трудности») статистически значимо чаще выявляется у представителей всех коренных популяций: у якутов ( $p<0,001$ ), у эвенов и эвенков ( $p<0,001$ ), у алтайцев ( $p<0,001$ ), у агинских бурят ( $p<0,05$ ) и у тувинцев ( $p<0,001$ ). Субъективное ощущение неразрешимости жизненных трудностей (утверждение «нередко мне кажутся безвыходными положения, из которых можно найти выход») чаще обнаруживается у якутов ( $p<0,001$ ), у эвенов и эвенков ( $p<0,001$ ) и у тувинцев ( $p<0,001$ ).

У подростков коренных этносов Сибири чаще, чем у восточных славян, отмечается неадаптивное поведение в стрессовой ситуации. Так, блокирование активности в ситуации стресса (утверждение «чувствую растерянность перед трудностями») статистически значимо чаще встречается у якутов ( $p<0,001$ ), у агинских бурят ( $p<0,01$ ) и у тувинцев ( $p<0,001$ ). Чаще прибегают к стратегии отказа (утверждение «я часто отказываюсь от борьбы, считая её бесплодной») якуты ( $p<0,001$ ) и тувинцы ( $p<0,001$ ).

У подростков коренных сибирских популяций чаще, чем у восточных славян, встречаются нарушения аффективной регуляции в ситуации фрустрации (утверждение «неприятности меня сильно расстраивают, я падаю духом»). Статистически значимые различия по-



лучены у якутов ( $p < 0,001$ ), у эвенов и эвенков ( $p < 0,01$ ), у агинских бурят ( $p < 0,01$ ) и у тувинцев ( $p < 0,001$ ). При этом у тувинцев выявляются типологически обусловленные особенности эмоционального состояния в виде склонности к унынию ( $p < 0,001$ ).

Дисфункциональное когнитивное самовосприятие собственной личности в окружающем мире (утверждение «я нередко чувствую себя беззащитным») чаще присутствует у якутов ( $p < 0,01$ ) и у тувинцев ( $p < 0,001$ ).

В ходе проведения данного исследования выявлены территориальные различия когнитивно-поведенческого паттерна в ситуации фрустрации с преобладанием когнитивных суицидальных установок и неадаптивного стиля поведения у подростков, проживающих в северных районах Сибири ( $p < 0,05$ ) и в Тыве ( $p < 0,05$ ), особенно в группе юношей. Мы объясняем это социально-экономическим неблагополучием, более выраженным на севере Сибири и в Республике Тыва, на что было указано в предыдущих наших исследованиях [22, 23].

Анализ ответов старшеклассников с позиции гендерных различий показал, что когнитивно-поведенческий паттерн в ситуации фрустрации у девушек менее адаптивен, чем у юношей. У девушек чаще, чем у юношей, выявляется склонность к чрезмерной генерализации, блокирование активности в ситуации стресса, нарушения аффективной регуляции, склонность к унынию и чувство беззащитности.

Разница заключается в том, что у представительниц женского пола, по сравнению с мужчинами, чаще отмечается незавершенный суицид, в то время среди мужского населения преобладают завершенные самоубийства [24]. И, несмотря на то, что женщины могут иметь целый набор факторов риска для совершения самоубийства, они реже его завершают. Это объясняется многими причинами, в том числе, чувством страха перед самим фактом совершения самоубийства у представительниц женского пола [25], а также меньшей предрасположенностью к развитию приобретённой способности к суицидальному поведению у женщин [26].

#### Выводы:

Таким образом, у подростков коренных популяций Сибири, при сравнении с восточными славянами, чаще выявляются когнитивные факторы риска суицидального поведения: дисфункциональные установки, склонность к чрезмерной генерализации, субъективное ощущение неразрешимости жизненных трудностей. Поведение в ситуации фрустрации отличается меньшей адаптивностью, блокированием активности и использованием стратегии отказа. Когнитивно-поведенческая реакция на стресс чаще сопровождается нарушениями аффективной регуляции. Выявленные особенности когнитивно-поведенческого паттерна могут объяснить причину высокого уровня суицида у коренных народов Сибири с позиции когнитивного подхода.

#### Литература:

1. Beck A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York, NY: Harper & Row.
2. Rudd M.D. The suicidal mode: A cognitivebehavioral model of suicidality. *Suicide Life Threat. Behav.* 2000; 30: 18–33.
3. Schotte D.E., Cools J., Payvar S. Problem-solving deficits in suicidal patients: Trait vulnerability or state phenomenon? *J. Cons. Clin. Psychol.* 1990; 58: 562–564.
4. Evans J., Williams J.M.G., O'Loughlin S., et al. Autobiographical memory and problem solving strategies of parasuicidal patients. *Psychol. Med.* 1992; 22: 399–405.
5. Pollock L.R., Williams J.M.G. Problem-solving in suicide attempters. *Psychol. Med.* 2004; 34: 163–167.
6. Ellis T.E., Ratliff K.G. Cognitive characteristics of suicidal and non-suicidal psychiatric inpatients. *Cogn. Ther. Res.* 1986; 10: 625–634.
7. Orbach I., Mikulincer M., Blumenson R., et al. The subjective experience of problem irresolvability and suicidal behavior: dynamics and measurement. *Suicide Life Threat Behav.* 1999; 29 (2): 150–164.
8. Thomas E. Ellis, Katharine G. Ratliff. Cognitive characteristics of suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Cogn. Ther. Res.* 1986; 10 (6): 625–634.
9. Neuringer C., Lettieri D.J. Cognition, attitude, and affect in suicidal individuals. *Life-Threatening Behav.* 1971; 1 (2): 106–124.

#### References:

1. Beck A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York, NY: Harper & Row.
2. Rudd M.D. The suicidal mode: A cognitivebehavioral model of suicidality. *Suicide Life Threat. Behav.* 2000; 30: 18–33.
3. Schotte D.E., Cools J., Payvar S. Problem-solving deficits in suicidal patients: Trait vulnerability or state phenomenon? *J. Cons. Clin. Psychol.* 1990; 58: 562–564.
4. Evans J., Williams J.M.G., O'Loughlin S., et al. Autobiographical memory and problem solving strategies of parasuicidal patients. *Psychol. Med.* 1992; 22: 399–405.
5. Pollock L.R., Williams J.M.G. Problem-solving in suicide attempters. *Psychol. Med.* 2004; 34: 163–167.
6. Ellis T.E., Ratliff K.G. Cognitive characteristics of suicidal and non-suicidal psychiatric inpatients. *Cogn. Ther. Res.* 1986; 10: 625–634.
7. Orbach I., Mikulincer M., Blumenson R., et al. The subjective experience of problem irresolvability and suicidal behavior: dynamics and measurement. *Suicide Life Threat Behav.* 1999; 29 (2): 150–164.
8. Thomas E. Ellis, Katharine G. Ratliff. Cognitive characteristics of suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Cogn. Ther. Res.* 1986; 10 (6): 625–634.
9. Neuringer C., Lettieri D.J. Cognition, attitude, and affect in suicidal individuals. *Life-Threatening Behav.* 1971; 1 (2): 106–124.

10. Hooley J.M. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Appl. and Prev. Psychol.* 2008; 12 (4): 189–201.
11. Williams J.M.G., Broadbent K. Distraction by emotional stimuli: Use of a Stroop task with suicide attempters. *British J. Clin. Psychol.* 1986; 25: 101–110.
12. Pollock L.R., Williams J.M.G. Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide Life Threat. Behav.* 2001; 31: 386–396.
13. Rotheram-Borus M.J., Trautman P.D., Dopkins S.C., et al. Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1990; 58 (5): 554–561.
14. Adams J., Adams M. The association among negative life events, perceived problem solving alternatives, depression, and suicidal ideation in adolescent psychiatric patients. *J. Child. Psychol. Psychiatry.* 1996; 37 (6): 715–720.
15. Summerville M.B., Kaslow N.J., Abbate M.F., et al. Psychopathology, family functioning, and cognitive style in urban adolescents with suicide attempts. *J. Abnorm. Child. Psychol.* 1994; 22 (2): 221–335.
16. Stellrecht N.E., Gordon K.H., Van Orden K., et al. Clinical applications of the interpersonal–psychological theory of attempted and completed suicide. *J. Clin. Psychol.* 2006; 62 (2): 211–222.
17. Brent D., Kolko D., Allan M., et al. Suicidality in affectively disordered adolescent inpatients. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 1990; 29 (4): 586–593.
18. Beautrais A.L., Joyce P.R., Mulder R.T. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life Threat. Behav.* 1999; 29 (1): 37–47.
19. Spirito A., Esposito-Smythers C., Wolff J., et al. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2011; 20 (2): 191–204.
20. Arie M., Apter A., Orbach I., et al. Autobiographical memory, interpersonal problem solving, and suicidal behavior in adolescent inpatients. *Compr. Psychiatry.* 2008; 49 (1): 22–29.
21. Grierson A.B., Hickie I.B., Naismith S.L., et al. The role of rumination in illness trajectories in youth: linking trans–diagnostic processes with clinical staging models. *Psychol. Med.* 2016; 46 (12): 2467–2484.
22. Семенова Н.Б., Манчук В.Т. Медико–социальный статус подростков Республики Тыва. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2007; 3: 17–20.
23. Семенова Н.Б. Социальный статус подростков Якутии. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2015; 4: 14–19.
24. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World health organization; 2014.
25. Berkley K.J. Sex differences in pain. *Behav. and Brain Sciences.* 1997; 20: 371–380.
26. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., et al. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol. Rev.* 2010; 117 (2): 575–600.
10. Hooley J.M. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Appl. and Prev. Psychol.* 2008; 12 (4): 189–201.
11. Williams J.M.G., Broadbent K. Distraction by emotional stimuli: Use of a Stroop task with suicide attempters. *British J. Clin. Psychol.* 1986; 25: 101–110.
12. Pollock L.R., Williams J.M.G. Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide Life Threat. Behav.* 2001; 31: 386–396.
13. Rotheram-Borus M.J., Trautman P.D., Dopkins S.C., et al. Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1990; 58 (5): 554–561.
14. Adams J., Adams M. The association among negative life events, perceived problem solving alternatives, depression, and suicidal ideation in adolescent psychiatric patients. *J. Child. Psychol. Psychiatry.* 1996; 37 (6): 715–720.
15. Summerville M.B., Kaslow N.J., Abbate M.F., et al. Psychopathology, family functioning, and cognitive style in urban adolescents with suicide attempts. *J. Abnorm. Child. Psychol.* 1994; 22 (2): 221–335.
16. Stellrecht N.E., Gordon K.H., Van Orden K., et al. Clinical applications of the interpersonal–psychological theory of attempted and completed suicide. *J. Clin. Psychol.* 2006; 62 (2): 211–222.
17. Brent D., Kolko D., Allan M., et al. Suicidality in affectively disordered adolescent inpatients. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 1990; 29 (4): 586–593.
18. Beautrais A.L., Joyce P.R., Mulder R.T. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life Threat. Behav.* 1999; 29 (1): 37–47.
19. Spirito A., Esposito-Smythers C., Wolff J., et al. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2011; 20 (2): 191–204.
20. Arie M., Apter A., Orbach I., et al. Autobiographical memory, interpersonal problem solving, and suicidal behavior in adolescent inpatients. *Compr. Psychiatry.* 2008; 49 (1): 22–29.
21. Grierson A.B., Hickie I.B., Naismith S.L., et al. The role of rumination in illness trajectories in youth: linking trans–diagnostic processes with clinical staging models. *Psychol. Med.* 2016; 46 (12): 2467–2484.
22. Semenova N.B., Manchuk V.T. Mediko–social'nyj status podrostkov Respubliki Tyva [Medical and social status of adolescents of the Republic of Tuva]. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny [Problems of social hygiene, health care and history of medicine]*. 2007; 3: 17–20.
23. Semenova N.B. Social'nyj status podrostkov Yakutii [The social status of adolescents of Yakutia]. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny [Problems of social hygiene, health care and history of medicine]* 2015; 4: 14–19.
24. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World health organization; 2014.
25. Berkley K.J. Sex differences in pain. *Behav. and Brain Sciences.* 1997; 20: 371–380.
26. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., et al. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol. Rev.* 2010; 117 (2): 575–600.

## SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND TEENAGERS OF THE INDIGENOUS PEOPLES OF SIBERIA: COGNITIVE RISK FACTORS (PART I)

N.B. Semenova

Federal Research Centre «Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences», Scientific Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia; snb237@gmail.com

### Abstract:

In adolescents of indigenous populations of Siberia, suicide rates are several times higher than those of teenagers of other nationalities, which requires an analysis of the causes of this phenomenon. One of the risk factors for suicidal

behavior can be a cognitive factor, lack of problem-solving skills, inability to properly assess the situation and find a constructive way out, in particular. Aim: to study the features of the cognitive-behavioral pattern in the situation of frustration in adolescents of indigenous populations of Siberia (Yakuts, Evens, Evenks, Altaians, Agin Buryats and Tuvans), in comparison with adolescents of Eastern Slavs. Material and methods. By an anonymous questionnaire, adolescents of the indigenous population of Siberia with a population of 703 people were surveyed, among whom there were 181 Yakuts, 63 Evens and Evenks, 103 Altaians, 228 Agin Buryats and 128 Tuvans. The control group included Eastern Slavs numbering 136 people. A total of 839 people were examined, with the mean age of 16.5 y.o. The survey used a Self-assessment of mental states questionnaire, which includes 4 scales (Anxiety, Frustration, Rigidity and Aggression), with 10 statements in each scale. For each statement, there were 3 possible answers: "not suitable", "suitable, but not completely" and "fully suitable"; statements were encoded as "0", "1" or "2". This analysis included statements characterizing the cognitive-behavioral response in a stressful situation. Statistical processing of the results was carried out using the IBM SPSS Statistics, Version 22 application package. Results. 30.4% of Yakuts ( $p < 0.001$ ), 28.6% of Evens and Evenks ( $p < 0.001$ ), 20.4% of Altaians ( $p < 0.001$ ), 13.2% of Aginian Buryats ( $p < 0,05$ ) and 34.4% of Tuvini-ans ( $p < 0.001$ ). A state of confusion in a stressful situation is noted in 26.5% of Yakuts ( $p < 0.001$ ) and in 33.6% of Tu- vinians ( $p < 0.001$ ). 23.8% of Yakuts ( $p < 0.001$ ), 23.8% of Evens and Evenks ( $p < 0.001$ ), 28.9% of Tuvinians ( $p < 0.001$ ) assess the situation as desperate. 13.8% of Yakuts ( $p < 0.05$ ) and 30.5% of Tuvinians ( $p < 0.001$ ) refuse from further struggle. Impaired affective regulation under stress is observed in 30.4% of Yakuts, in 28.6% of Evens and Evenks ( $p < 0.05$ ), in 34% of Tuvans. Findings. Adolescents of indigenous peoples of Siberia more often identify cognitive risk factors for suicidal behavior: dysfunctional attitudes, a tendency toward over-generalization, a subjective sense of the insolubility of life difficulties. Behavior in a situation of frustration is less adaptive, blocking activity, using a fail- ure strategy. The revealed features of the cognitive-behavioral pattern can explain the reason for the high level of sui- cide among the indigenous peoples of Siberia from the point of view of the cognitive approach.

*Keywords:* suicide attempt, suicidal behavior, suicide, Siberia

*Благодарности.*

Автор выражает огромную благодарность за помощь в организации экспедиционных исследований директору РЦ ПМСС Республики Саха (Якутия) (РС (Я)), заслуженному работнику образования РС (Я) В.Н. Филиппову и его заместителю по учебно-методической работе, почётному работнику образования РФ, отличнику образования РС (Я) Т.Ф. Мартыновой; работникам администрации Агинского Бурят- ского округа Забайкальского края в лице консультанта отдела соц. развития С.Б. Базарова и зам. начальника отдела соц. развития Р.М. Балдоржиевой; начальнику отдела образовательной политики Министерства образования и науки Республики Алтай О.С. Саврасовой.

Автор благодарит за помощь в проведении исследований работников образования и здравоохранения РС (Я): зав. отделом инновационных технологий РЦ ПМСС Мин. Обр. РС(Я) Р.Н. Андрееву; зав. РПМПК РЦ ПМСС Мин. Обр. РС (Я) И.И. Андрееву; педагогов-психологов РЦ ПМСС Мин. Обр. РС (Я) Е.Н. Семёнову, А.Ф. Петрову и А.Н. Андросову; специалиста управления образованием Олекминского района Н.С. Макарову; врача психиатра ГУ ЯРПНД Мин. Здрав. РС (Я) Е.В. Мордосову; врача педи- атра ЦБ Усть-Майского улуса Ю.Е. Ноеву; врачей психиатров РПМПК РЦ ПМСС Мин. Обр. РС (Я) Т.Н. Саввину и Т.С. Сивцеву.

Автор благодарен за помощь в сборе и обработке полученного материала научным сотрудникам ФИЦ КНЦ СО РАН, г. Красноярск: в.н.с., к.м.н. В.А. Вшивкову, в.н.с., к.м.н. А.Ю. Холмогеевой; в.н.с., к.м.н. Л.В. Лаптевой; н.с. Н.Г. Муравьевой; медицинским психологам КГБУЗ ККПНД №1 А.Ф. Музафа- ровой, Е.Е. Долгушиной, Ю.Н. Орловой.

Финансирование: 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 declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 03.02.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 21.05.2019.

---

Для цитирования: Семёнова Н.Б. Суицидальное поведение у детей и подростков коренных народов Сибири: когнитивные факторы риска (Часть I). *Суицидология*. 2019; 10 (2): 3-11. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-3-11

For citation: Semenova N.B. Suicidal behavior in children and teenagers of the indigenous peoples of Siberia: cognitive risk factors (Part I). *Suicidology*. 2019; 10 (2): 3-11. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-3-11

## НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПОВТОРНЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК

В.И. Каневский, В.А. Розанов

Черноморский национальный университет им. Петра Могилы, г. Николаев, Украина  
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия

### Контактная информация:

Каневский Виктор Ионович – кандидат психологических наук, доцент (ORCID iD: 0000-0002-3197-9413). Место работы и должность: и.о. заведующего кафедрой психологии Черноморского национального университета им. Петра Могилы. Адрес: Украина, 54000, г. Николаев, ул. 68 Десантников, корп. 1. Телефон: (0512) 56-81-47, электронный адрес: 2528kan@gmail.com

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 факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, набережная Макарова, д. 6. Электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

Цель исследования: оценить психологические отличия лиц, совершающих повторные суицидальные попытки, от парасуицидентов с однократными попытками. Методы. Проанализированы данные обследования 370 молодых людей (средний возраст – 25,31 лет), из них 170 мужчин (средний возраст – 25,24 лет) и 200 женщин (средний возраст – 25,37 лет) – участников генетического исследования суицидальных попыток GISS. Из общего числа участников 44,6% (n=164) сообщили о предыдущих попытках самоубийства, из этого числа 61,6% участников (n=101) сообщили об одной ранее имевшей место попытке, 16,5% (n=27) сообщили о двух, 6,1% (n=10) – трёх и 15,8% (n=25) о четырёх и более предыдущих попытках. В группе повторных попыток средний возраст (26,99 лет) оказался достоверно выше, чем в группы первичных попыток (23,96 лет). Проанализированы способы самоповреждения, некоторые психологические характеристики пациентов в группах, их личностные особенности и показатели намеренности суицидального акта по шкале намеренности самоповреждения Бека (BSIS). Данные обрабатывались программой SPSS 17.0. Результаты. Выявлено, что группы с однократной и многократными попытками существенно отличаются по многим исследованным показателям. Так, среди методов самоповреждений у повторяющих попытки вдвое чаще фигурируют более агрессивные (X70, удушение, повешение, удушение), у них наблюдается достоверно более выраженная депрессия по шкале Бека (p<0,002), склонность к насильственным действиям по шкале Плутчика, (p<0,0001) пессимизм и безнадежность по шкале Бека (p<0,001). Характерно также, что в этой группе выявлен более высокий уровень переживаемого стресса (p=0,007). Исследование структуры личности (в рамках пятифакторной модели Большая Пятерка) позволило установить, что на фоне того, что все парасуициденты имели характерные отличительные черты (высокий Нейротизм, соответственно, 57,99/59,97), резко сниженное Дружелюбие (соответственно, 47,89/47,25) и Чувство долга (соответственно, 45,35/43,95), лица с повторными попытками отличались ещё более выраженной Враждебностью (n2=57,81; p<0,05), Импульсивностью (n5=54,35; p<0,01) и ещё более сниженным Альтруизмом, что соответствует повышенному уровню эгоизма (a3=45,76; p<0,05). Кроме того, у них выявлены более выраженная намеренность (желание умереть) как мотив самоповреждения (p=0,000), а также относительная слабость социальной поддержки (p=0,000). Многие из перечисленных показателей коррелируют между собой, что можно расценивать как проявление определённой сформировавшейся внутренней склонности к повторению, возможно, устоявшегося поведенческого и психологического суицидального сценария, или формирующейся «суицидальной карьеры». Заключение. Лица, повторяющие суицидальные попытки, имеют целый ряд особенностей, свидетельствующих о повышенном риске завершённого суицида среди этого контингента. Это требует максимально серьёзного отношения (в частности, при оценке постсуицида) к таким пациентам в условиях медицинских стационаров и при оказании им психологической помощи.

*Ключевые слова:* суицидальная попытка, повторная суицидальная попытка, парасуицид, суицид

В исследовании суицидального поведения особое место занимает вопрос о неоднократных суицидальных попытках (повторных парасуицидах). Это нашло своё отражение в суицидальной мифологии. Так, один из мифов о суициде гласит, что если человек совершил одна-

жды суицидальную попытку, то он больше её уже не повторит. Другое расхожее суждение, напротив, утверждает, что если у человека есть склонность к самоубийству, то она останется с ним навсегда, он будет повторять свои попытки, и когда-нибудь обязательно доведёт дело до

конца. Суицидологические исследования позволяют взглянуть на это более объективно.

Прежде всего, необходимо рассмотреть вопрос о распространённости повторяющегося суицидального поведения. В среднем на Европейском континенте частота повторных попыток среди суицидентов близка к 15% в год [1]. По данным крупнейшего исследования в Великобритании (около 9000 суицидентов, поступивших в медицинские учреждения в течение 6 лет), в среднем повторная попытка случается через 75 дней, в 10% случаев – в ближайшие 5 суток. Основными факторами риска повторности являются наличие психиатрического диагноза, статус безработного, история несуицидальных самоповреждений, наличие проблем с алкоголем и серьёзных суицидальных планов в момент контакта с медицинской службой [2].

Известно, что парасуицидальное поведение и, в частности, повторные попытки чаще ассоциированы с молодым возрастом. Исследование, проводившееся в период с 1989 по 1995 г., ставило целью выявить закономерности и факторы риска повторных суицидов в старшем подростковом возрасте (15-18 лет). Было проанализировано 1720 суицидальных случаев, принадлежащих 1264 субъектам в течение 4 лет наблюдения. Оказалось, что 24% лиц, имеющих в анамнезе суицидальные попытки, за указанный период повторили их, в то время как среди «первичных» суицидентов повторы составили 6,8% [3]. Факт предыдущей попытки и использование агрессивных методов являются независимыми предикторами повторяющегося суицидального поведения [3]. Таким образом, среди молодых суицидентов присутствует довольно большая группа, характеризующаяся повторным суицидальным поведением, нуждающаяся в более пристальном внимании с точки зрения профилактики.

Риск повторной попытки возрастает, если был исходно использован более агрессивный метод самоповреждения, и у лиц старшего возраста. В данной возрастной группе риск повторности связан, прежде всего, с семейными проблемами (развод) и безработицей [4]. Что касается психиатрических диагнозов, то среди мужчин с множественными попытками чаще встречаются невротические состояния и расстройства зрелой личности, в то время как среди женщин – острая реакция на стресс и расстройства адаптации [4]. Масштабное проспективное исследование (более 11000 человек в

течение 16 лет) выявило те же факторы риска: мужской пол, наличие психиатрического диагноза, факт госпитализации по поводу самоповреждения, однако указало на более зрелый возраст (более 35 лет) и на агрессивный способ попытки – повторность чаще наблюдалась у тех, кто пытался покончить с собой путём повешения и самоудушения [5]. При этом повторные попытки встречались с максимальной частотой (3,6%) в первую неделю после идентифицированного покушения, смертельные случаи в этот же период происходили в 0,1% случаев [5].

Сравнение лиц, совершивших одну или несколько попыток, показало, что примерно за 4 года до 31% суицидентов совершают повторные попытки, причем повторное покушение повышает риск завершённого суицида. Иными словами, каждая последующая попытка действительно приближает завершённый суицид [6]. В другом исследовании приводится близкая цифра – 35% из 11583 пациентов, поступивших в госпитали Оксфорда по поводу суицидальной попытки, за 20 лет наблюдения совершили повторную попытку. Среди повторных парасуицидентов риск завершённого самоубийства был выше, чем среди совершивших однократную попытку, причём среди женщин выше, чем среди мужчин [7]. Наличие повторной попытки является фактором риска преждевременной смерти не только от суицида, но и от других причин [8].

Приведённые данные не оставляют сомнений в том, что риск завершённого суицида растёт после каждой повторной попытки. В связи с этим возникает вопрос о том, что лежит в основе такой формы самоповреждающего поведения, и что отличает эту группу от тех, кто, совершив однократную попытку, действительно больше не попадает в поле зрения медицинских учреждений. Согласно многим моделям суицидального поведения, например, модели стрессуязвимости Д. Вассерман, суицидальный процесс характеризуется подъёмами и спадами наблюдаемых и ненаблюдаемых явлений, и суицидальная попытка может стать как фактором обрыва процесса, так и фактором ухудшения ситуации [9]. В связи с этим необходимо обратить внимание на личностные (психологические), медицинские (психиатрические) и поведенческие, связанные с межличностными отношениями и реагированием на стресс (психосоциальные) особенности лиц, склонных к повторным самоповреждениям.

В литературе высказывается мнение, что среди лиц, повторяющих суицидальные действия, с каждой последующей попыткой суицидальный акт лучше подготовлен и менее импульсивен. Летальность повторных попыток вдвое превышает летальность первичных покушений. В то же время, при повторных попытках не применяются необычные или очень жестокие способы реализации самоубийств, характерные, например, для «патологических суицидов» [10]. Одним из факторов, способствующих повторяющемуся самоповреждению, по-видимому, является психологическая травма в детском возрасте. На контингенте заключенных (1553 человека) было выявлено, что пережитые в детстве тяжелые психотравмирующие обстоятельства (по данным ретроспективного опроса) ассоциированы с ранним началом суицидального поведения и повторностью попыток [11].

Неоднократные попытки среди женщин, поступивших в суицидологическое отделение психиатрической больницы, ассоциированы с более ранним началом и тяжелым протеканием депрессивных и дизадаптационных состояний, с более молодым возрастом, низким профессиональным уровнем, социальной дизадаптацией, неразвитостью копинг-механизмов, сопутствующими аддикциями и соматовегетативными нарушениями [12]. Повторные попытки (в форме самоотравления, по данным токсикологического отделения больницы) ассоциированы с большей частотой алкогольного опьянения по сравнению с первичными (36% против 26%), и с большей тяжестью самой интоксикации [13]. Кроме того, возможно частота повторных попыток связана с особенностями менталитета и испытывает культурные влияния. Например, среди ромов в Венгрии частота повторных попыток среди лиц, экстренно поступивших в медицинские учреждения, заметно выше, чем среди представителей других национальностей [14].

Подводя итог этого небольшого обзора необходимо отметить, что большинство работ, посвящённых феномену повторных суицидальных попыток, обсуждает такое поведение главным образом с позиций вероятности завершённого суицида, обосновывая необходимость более пристального внимания к этой группе и отношения к ней не как к манипуляторам, а как к группе повышенного риска. В то же время, целый ряд вопросов, которые, несомненно,

важны для понимания сущности этого феномена и тех мотивов, которые лежат в его основе, остаются почти не изученными. С этой целью полезно было бы сравнить между собой суицидентов, совершивших повторные попытки, с теми, кто совершил всего одну, с учётом способа и медицинских последствий самоповреждения, особенностей личности, характера некоторых психических состояний, например, выраженности депрессивных симптомов или склонности к агрессии, а также с учётом намеренности суицидального акта. Исследований такого плана явно недостаточно, в связи с чем, в данной работе мы поставили перед собой эти задачи, и приводим соответствующие эмпирические данные.

#### Материалы и методы.

Данные, использованные в работе, получены в ходе выполнения исследовательского проекта «Генетическое исследование суицида и суицидальных попыток» (рук. – профессор Д. Вассерман, профессор В.А. Розанов, при финансовой поддержке Wallenberg Foundation). В данную выборку вошли лица, совершившие суицидальные попытки и вовлечённые в исследование в городах центральной и юго-восточной Украины (всего 370 человек). Структурированные стандартизованные интервью проводились в условиях медицинских стационаров (чаще всего – отделений реанимации и острой токсикологии) и центров оказания социально - психологической помощи, как государственных, так и частных. Все участники исследования подписывали письма информированного согласия.

Протокол исследования был утвержден этическим комитетом при Каролинском институте (Стокгольм, Швеция), проект был зарегистрирован в Минздраве Украины. В основе исследования было клиническое интервью, включающее опрос о попытке, историю самоубийств в семье, опрос о негативных событиях жизни, исследование личностного профиля пациента и использование ряда шкал, оценивающих психологический статус.

В выборку вошли лица с первой и единственной (идентифицированной) попыткой суицида, а также имеющие несколько попыток в анамнезе. Таким образом, разделение на группы осуществлялось на основании свидетельств пациентов. Число попыток варьировало от 2 (с учётом идентифицированной, по поводу которой пациент был вовлечён в исследование)

до 8. Время между первой и идентифицированной попыткой составляло от 3 лет до 10 дней. Средний возраст испытуемых – 25,31 лет, из них 170 мужчин (средний возраст – 25,24 лет) и 200 женщин (средний возраст – 25,37 лет). Из общего числа участников 44,6% (n=164) сообщили о предыдущих попытках самоубийства, из этого числа 61,6% участников (n=101) сообщили об одной ранее имевшей место попытке, 16,5% (n=27) сообщили о двух, 6,1% (n=10) о трёх и 15,8% (n = 25) о четырёх и более предыдущих попытках. Средний возраст группы первичных попыток составил 23,96 лет, группы повторных попыток – 26,99 лет, различия статистически достоверны ( $p < 0,02$ ).

Для учёта характера и тяжести попыток использована классификация самоповреждений по МКБ-10 (раздел «Умышленное самоповреждение», коды X60-X84) и Шкала медицинских последствий самоповреждений, в которой по определённым критериям каждый способ оценивался по принципу «0» баллов – без медицинских последствий, «8» баллов – смертельный исход. В исследование вовлекались случаи с тяжестью по указанной шкале не менее 2. Для оценки степени намеренности суицидального акта использовалась Шкала намеренности суицидальных действий Бека (Beck Suicide Intention Scale, BSIS) [15].

Для оценки выраженности протективной роли социального окружения использовался комплекс вопросов, отражающих связь пациента с его близкими, потребность в моральной и практической поддержке со стороны семьи, партнера, друзей и т.д.

Психологический инструментарий проекта включал личностный опросник NEO-PIR (NEO Personality Inventory Revised), разработан американскими авторами Р.Т. Costa и Р.Р. McCrae [16], адаптирован для применения в русскоязычной среде коллективом кафедры психологии Ярославского государственного университета В. Орлом, А. Рукавишниковым, И. Сениным [17]. Опросник построен на основе так называемой «пяtifакторной» модели личности (Big Five или Five Factors Model) [18, 19] и предназначен для измерения пяти «областей» личности: Нейротизма (Neuroticism), Экстраверсии (Extraversion), Открытости опыту (Openness to Experience), Сотрудничества (Agreeableness), Добросовестности (Conscientiousness). Каждая из этих пяти шкал включает в свой состав 6 субшкал (см. табл. 2).

Для оценки различных аспектов состояния суицидентов использованы следующие клинические инструменты:

1. Шкала благополучия ВОЗ (*WHO-5 Well-Being Index*) [20]. Шкала предназначена для измерения субъективного ощущения благополучия с позиций концепции качества жизни.

2. Опросник депрессивности Бека (*Beck Depression Inventory, BDI*) предназначенный для оценки выраженности депрессивных симптомов у обследуемого на текущий период. BDI имеет достаточно длительную и успешную историю использования в медико - психологических исследованиях [21].

3. Шкала безнадёжности Бека (*Beck Hopelessness Scale, BHS*) [22] в модифицированном (сокращённом до 4-х пунктов) варианте, предложенном А.М. Aish и D. Wasserman [23], которая построена на субъективной оценке пациентом своего будущего, своих жизненных перспектив.

4. Опросник склонности к насильственным действиям Плутчика и Ван Праага (*Plutchik Feelings and Acts of Violence Scale, PFAV*), предназначенный для самооценки склонности к насилию [24].

5. Шкала характеристик гнева Спилбергера (*State Trait Anger Scale, STAS*) [25]. Шкала оценивает два относительно независимых параметра – гнев, как черту личности (Т), и гнев, как реакцию на фрустрирующие обстоятельства (R).

6. Опросник событий жизни, апробированный в ходе выполнения проекта GISS (ГИСС) [26]. Опросник предназначен для получения и формализации качественно-количественных данных о пережитых индивидом стрессовых жизненных событиях. Качественный аспект отражался вопросами о том «что произошло?», количественный – «когда?» и «как часто?». Субъективное ранжирование событий по степени их негативного влияния, предлагаемое испытуемым, позволило вычислить условный «негативный вес» тех или иных событий. В данном исследовании использовались значения суммарной стрессовой нагрузки, рассчитываемой как сумма всех баллов с учётом «веса» отдельных событий (*Summary of Life Events, SUMLE*).

Статистическая обработка данных осуществлена с помощью программы SPSS.17, для сравнения групп использовались t-критерий Стьюдента и, при необходимости, критерий  $\chi^2$ ,



при оценке корреляций применен коэффициент парной корреляции Пирсона (r).

Результаты и обсуждение.

На рис. 1 представлено процентное распределение всех методов самоповреждения, которые были выявлены среди тех, кто совершил попытку однажды и повторно. Как видно из представленных данных, в обеих группах первые места (представленные почти поровну – 23-25%) занимают самопорезы острыми и колющими предметами (X78) и намеренные самоотравления с использованием противосудорожных, седативно-снотворных, антипаркинсонических и иных психотропных препаратов (X61). Далее следуют самоотравления с использованием неопиоидных анальгетиков, жаропонижающих и противоревматических лекарственных препаратов (X60). Затем самоотравления с использованием других препаратов, влияющих на вегетативную нервную систему (X63) и только потом – намеренные самоповреждения путём повешения, удушения и удушения (X70).

Различия между группами касаются X60, X63 и X70, но наиболее выражены они в отношении самого агрессивного и «надёжного» способа самоповреждения – повешения, удушения и удушения (рис. 1).



Рис. 1. Сравнение частот использованных методов самоповреждения в группах сравнения (X60-X83), в %.

Такие попытки довольно часто заканчиваются летально, если не до конца оценены возможности спасения, поэтому их часто рассматривают как незавершённые суициды. В группе повторных попыток доля этого метода достига-

ет 11,6%, в то время как в группе однократных попыток она составляет 4,4%.

Таблица 1

Показатели психологического состояния парасуицидентов с однократной и повторными попытками

Показатели	Однократная попытка		Повторная попытка		*p
	M	Std	M	Std	
WHO-5	9,74	6,49	8,56	5,39	1,89
BDI	18,19	12,69	22,38	12,79	-3,11 (<0,002)
BHS	2,16	1,82	2,87	2,00	-3,51 (<0,001)
PFAV	4,86	3,18	6,57	4,73	-3,97 (<0,0001)
STAS	21,68	6,27	21,07	6,37	0,90
T	8,16	3,01	8,19	3,00	-0,12
R	13,35	4,19	12,88	4,19	1,04
SUMLE	21,35	14,30	33,68	20,30	-6,77 (<0,0001)

Примечание: \* – t-критерий Стьюдента

Проверка достоверности этих различий с использованием критерия  $\chi^2$  даёт отрицательный результат (p=0,094), то есть различия следует рассматривать лишь как тенденцию при значимости около 10%. В то же время факт того, что среди лиц с повторными попытками частота самых опасных методов самоповреждения более чем в 2 раза выше, не следует игнорировать, отсутствие достоверности может быть связано с недостаточным объёмом выборки.

Комплекс показателей, характеризующих сравниваемые группы, представлен в табл. 1. Сюда вошли выраженность депрессии, склонность к насилию, выраженность гнева, безнадежность и накопленный жизненный стресс в виде различных негативных событий, несчастий и неприятностей.

Как видно из представленных данных (табл. 1), между группами выявились существенные и достоверные различия по ряду показателей (p<0,002–0,0001). В частности, лица с повторными попытками имели в среднем в 1,23 раза более высокие баллы депрессии, в 1,33 раза более высокие баллы безнадежности и в 1,35 раза более высокие баллы склонности к насильственным действиям. Ещё одной особенностью является значительно более высокий балл негативных жизненных событий – в 1,58 раза. Таким образом, выясняется, что повторные попытки ассоциируются с более высо-



кой депрессией, негативным восприятием своего будущего и своей жизненной перспективы, склонностью к насилию и высоким уровнем переживаемого стресса. Разница между двумя группами, в первую очередь касается эмоциональных реакций: повышенный уровень депрессии, безнадёжность и стрессогенные события, которые могут нести кумулятивный характер, возможно, обуславливают склонность к агрессивному реагированию и повторению попыток при столкновении с жизненными сложностями и неприятностями. Интересно, что корреляционный анализ показал, что склонность к агрессии у лиц, совершающих повторные попытки, позитивно связан с интегральным показателем негативных жизненных событий ( $r=0,242$ ;  $p<0,01$ ), а также с враждебностью и импульсивностью, которые также коррелируют между собой, образуя своеобразный комплекс. С психологических позиций это можно понять из соотношения уязвимости – устойчивости: те, кто совершал попытки ранее, пережили подобное состояние, и им, вероятно, легче его повторить.

Большой интерес представляет вопрос о различиях в чертах личности суицидентов, совершивших однократную и повторные попытки. Ранее мы сообщали о том, что по данным того же контингента парасуицидентов характерными признаками личности, ассоциированными с суицидальной попыткой, являются повышенный уровень нейротизма, сниженные показатели экстраверсии, сотрудничества и, особенно, сознательности [27]. Сравнение двух исследованных групп по основным и добавочным шкалам пятифакторной модели личности представлено в табл. 2.

Таблица 2

Сравнительная таблица выраженности черт личности парасуицидентов с однократной и повторными попытками в рамках пятифакторной модели\*

Показатели	Однократная попытка		Повторная попытка		**p
	М	Std	М	Std	
Нейротизм (N)	57,99	13,28	59,77	12,65	-1,36
Тревожность (n1)	54,76	12,88	55,35	12,63	-0,44
Враждебность (n2)	55,31	11,65	57,81	11,63	-2,05 (<0,05)
Депрессия (n3)	59,39	12,42	61,69	13,58	0,17
Рефлексия (n4)	54,34	12,42	54,13	11,64	0,17
Импульсивность (n5)	51,5	10,29	54,35	10,57	-2,6 (<0,01)

Ранимость (n6)	58,79	13,77	59,18	13,73	-0,27
Экстраверсия (E)	48,03	13,39	45,99	12,13	1,52
Сердечность (e1)	48,44	12,84	46,12	11,14	1,85
Общительность (e2)	49,44	11,52	47,68	10,62	1,52
Настойчивость (e3)	47,55	11,73	46,73	10,81	0,69
Активность (e4)	46,72	12,04	45,73	12,31	0,77
Поиск возбуждения (e5)	51,68	12,5	51,4	9,11	0,22
Позитивные эмоции (e6)	47,69	10,81	45,66	11,66	1,71
Открытость (O)	48,85	11,06	48,58	11,04	0,23
Фантазия (o1)	50,44	10,47	50,52	11,69	-0,71
Эстетика (o2)	48,52	10,91	47,66	10,98	0,75
Чувства (o3)	49,69	10,42	48,84	11,7	0,74
Действия (o4)	49,84	12,06	50,23	10,77	-0,33
Идеи (o5)	48,53	10,93	48,83	11,23	-0,26
Ценности (o6)	48,08	11,29	46,45	10,26	1,44
Сотрудничество (A)	47,89	10,83	47,25	11,43	0,55
Доверие (a1)	43,86	11,31	43,75	11,83	0,09
Честность (a2)	49,51	10,98	49,26	10,87	0,36
Альтруизм (a3)	48,72	11,81	45,76	11,03	2,48 (<0,05)
Уступчивость (a4)	48,19	11,45	47,87	12,26	0,26
Скромность (a5)	52,38	10,88	51,95	11,15	0,38
Чуткость (a6)	48,94	10,85	49,72	12,89	-0,62
Сознательность (C)	44,22	11,34	42,34	11,05	1,60
Компетентность (c1)	43,31	12,34	41,62	12,26	1,31
Организованность (c2)	46,8	9,85	45,39	9,61	1,38
Обязательность (c3)	45,35	10,9	43,95	11,58	1,18
Стремление к достижениям (c4)	47,1	11,15	45,84	11,05	1,09
Самодисциплина (c5)	44,69	11,02	43,57	11,3	0,96
Скрупулёзность (c6)	44,46	11,64	42,95	10,88	1,28

Примечание: \*Базовые шкалы выделены.  
\*\* – t-критерий Стьюдента.

Как видно из представленных данных, все абсолютные значения шкал, отражающих черты личности согласно пятифакторной модели, отклоняются у испытуемых от нормы (50 ±

баллов) в соответствии с ранее полученными данными (завышенные показатели по нейротизму и сниженные по экстраверсии, сотрудничеству и сознательности).

При этом обнаружены достоверные отличия между группами – в группе с повторными попытками показатели враждебности и импульсивности выше, чем в группе с однократными попытками. Ещё одно отличие касается альтруизма – в группе повторных попыток эта характеристика, на фоне низких цифр в обеих группах, ниже, чем среди совершивших одну попытку. Таким образом, вырисовывается комплекс психологических особенностей, ассоциированных с повторными попытками – это завышенная тенденция испытывать гнев, фрустрацию, озлобленность, чаще всего в ответ на стрессовые ситуации, это неспособность контролировать свои желания и побуждения, склонность реагировать импульсивно, без обдумывания своих действий, и сниженный альтруизм, или его обратная сторона – эгоизм. Эгоизм обычно понимается как заикленность на своих проблемах, люди такого плана обычно «глухи» к проблемам других людей. Из табл. 2 также видно, что лица с повторными попытками имеют более высокие баллы по всем

субшкалам нейротизма, но наиболее достоверны различия по импульсивности. Этот результат противоречит теории о том, что повторные попытки обычно становятся более обдуманными и менее импульсивными.

Большой блок вопросов касался намеренности суицидального акта, представление о котором могут дать показатели BSIS (табл. 3).

Опросник BSIS представляет собой комплекс вопросов, позволяющих выявить обстоятельства совершения попытки, прежде всего, с позиций прямых и косвенных признаков серьёзности происходящего, выраженности желания умереть. Опросник построен таким образом, что бóльшие баллы при ответе на каждый вопрос говорят о более высокой намеренности суицидального акта.

Как видно из табл. 3, группа с повторными попытками существенно отличалась от группы с однократными попытками по таким признакам, как планирование самоповреждения, о чём говорят более тщательные меры предосторожности (меры, чтобы не быть обнаруженным, приведение в порядок своих дел, понимание, что в момент попытки никто не сможет оказать помощь и сознательное следование этому).

Таблица 3

Показатели суицидальных интенций парасуицидентов с однократной попыткой и с повторами

Пункты шкалы BSIS	Однократная попытка		Повторная попытка		t-критерий Стьюдента
	М	Std	М	Std	
Во время попытки рядом в контакте никого не было	2,06	0,94	2,25	1,06	-1,835
В какой момент была предпринята попытка? Ожидался ли кто-нибудь? Мог ли кто-либо вскоре появиться?	2,1	1,36	2,87	1,19	-5,722 (0,000)
Предприняты активные меры предосторожности, чтобы не быть обнаруженным	1,29	0,62	1,56	0,76	-3,75 (0,000)
Не обращались к потенциальному помощнику, и не сообщали о попытке	1,84	0,94	2,22	0,93	-3,79 (0,000)
Предпринимались ли какие-либо действия, когда приняли решение о самоповреждении (оплатили свои счета, написали завещание)?	1,15	0,47	1,27	0,61	-2,045 (<0,05)
Планировали ли свои действия заранее в течение некоторого времени	1,36	0,60	1,5	0,65	-2,138 (<0,05)
Написали ли прощальное письмо (письма)?	1,22	0,63	1,34	0,69	1,721
Говорили ли намеком или прямо о своём намерении нанести себе повреждение	1,49	0,74	1,58	0,8	-1,122
Желали смерти	1,98	0,85	2,32	0,73	-4,153 (0,000)
Цель самоповреждения: крик о помощи / временный отдых / смерть	2,46	1,2	2,63	0,89	-1,517
Вероятность смертельного исхода (в представлении респондента)	1,98	0,98	2,19	0,88	-2,178 (<0,05)

Кроме того, характерны ответы на прямой вопрос: «каковы были Ваши чувства в отношении жизни и смерти? Вам хотелось остаться в живых сильнее, чем умереть? Было ли Вам безразлично, останетесь ли Вы в живых или умрётё?». На данный вопрос предлагалось несколько вариантов ответа – «Не хотел умереть», «Были безразличны к тому, останетесь ли в живых или умрётё», «Хотел умереть». И респонденты из группы с повторными попытками значительно и достоверно чаще отвечали «хотел умереть», набирая, соответственно, больше баллов (табл. 3). Более того, они гораздо выше оценивали вероятность смертельного исхода при этом.

Таким образом, намеренность суицидального поведения выше при повторных попытках. Особенности поведения и мышления, ведущие к более возможному летальному исходу, более остро выражены по сравнению с «однократными» (в частности, чувство по отношению к жизни и смерти, и вероятность смертельного результата). При этом «демонстративный блок» в поведении повторяющих попытки менее выражен (чаще все совершается в отсутствие посторонних, больше мер предосторожности, чтобы не обнаружили, чаще имеет место отсутствие предварительных сообщений о планируемой попытке).

Что касается роли числа попыток среди респондентов с повторами, то после разделения выборки на две группы: с одним повтором ( $n=101$ ) и с двумя и больше ( $n=63$ ) в личностных характеристиках и оценке состояний значимых различий не выявлено. Статистически значимые различия наблюдались в значении интегрального показателя стрессогенных событий ( $p=0,007$ ), он был выше у тех участников исследования, у которых попыток было больше, у тех, кто сообщал о предполагаемой попытке и желании умереть ( $p<0,05$ ).

Интересно, что по данным корреляционного анализа у лиц с однократной попыткой такая черта, как враждебность (важнейшая составная часть нейротизма) оказалась значимо связана с уведомлением окружающих о намерении нанести себе повреждения ( $r=0,209$ ;  $p<0,01$ ), в то время, как у «повторяющих» эта связь отрицательная ( $r= -0,187$ ;  $p<0,05$ ). Это можно трактовать как то, что негативные эмоции в данной группе направлены на себя, возможно в форме гнева, злости и ненависти к себе. Кроме того, баллы склонности к насильственным действиям (методика PFAV) прямо связаны с вероятностью летального результата ( $r=0,18$ ;  $p<0,05$ ), что в очередной раз подтверждает связь суици-

дального поведения у «повторяющих» с агрессией, в данном случае в форме аутоагрессии. Кроме того, это показывает, что как интернализированные факторы (в частности, депрессия и безнадёжность), так и экстернализованные проявления (агрессия и склонность к насильственным действиям) могут быть ассоциированы с повторными суицидальными действиями.

Обсуждая полученные данные, мы обратились к двум работам, в которых представлены психологические аспекты повторного суицидального поведения. В исследовании И.А. Кудрявцева [28], отмечается, что наиболее значимым личностным фактором повышенного суицидального риска у лиц, помещённых в психиатрический стационар в связи с повторными попытками самоубийства, является фрустрированные потребности в гармоничных взаимоотношениях со значимыми другими (в основном с брачными и любовными партнерами), то есть со своим ближайшим семейным окружением. Логично предположить, что эти факторы могут послужить питательной средой для формирования хронического негативного эмоционального состояния и повторных суицидальных попыток как средства либо привлечь внимание к проблеме, либо найти выход из невыносимой ситуации. Отчасти это подтверждается нашими данными. Так, парасуициденты, которые совершали неоднократные попытки, чаще испытывали необходимость в практической и моральной поддержке со стороны партнера (соответственно  $p=0,01$ ;  $p<0,04$ ), в меньшей степени чувствовали, что нужны семьи для моральной поддержки ( $p=0,020$ ) и в меньшей степени получали моральную ( $p=0,003$ ) и практическую поддержку ( $p=0,040$ ) со стороны партнера и семьи.

В работе Г.Я. Пилягиной и соавт. сравниваются парасуициденты с первичными и повторными аутоагрессивными действиями. Авторы вводят понятие «суицидальной карьеры» как процесса хронификации и качественного утяжеления аутоагрессивного поведения с высокой вероятностью реализации жизнеопасных саморазрушающих действий. К числу факторов риска повторной попытки они относят чувство неприятия настоящего и будущего; чувство непонимания близкими, беспомощности, ненужности, брошенности, невыносимого одиночества. Повторению суицидального поведения также способствуют субъективные переживания депрессивных эмоций, тревоги, психалгии, мотивы избегания страдания и же-

ления смерти, отказа от жизни, самопожертвования, самонаказания. Суицидальный риск растёт при наличии равнодушного и позитивного отношения к реализации аутоагрессивных действий в ближайшем постсуицидальном периоде [29]. Эти наблюдения также подтверждаются нашими данными о дефиците социальной поддержки в группе с повторными попытками, а также выявленными личностными особенностями самих суицидентов, особенно их завышенной враждебности, эгоизма и импульсивности.

В заключение мы считаем важным указать на возможные отличия в понимании сущности феномена повторной суицидальной попытки. Вполне возможно, что контингент, который с точки зрения психиатров часто характеризуется как «хронический суицид», и который представляет собой лиц, поступающих в медицинское учреждение по поводу суицидальной попытки вскоре после недавней попытки, и который характеризуется семейной историей суицидов, химическими зависимостями, неадекватными копинг-стратегиями, меньшей импульсивностью и высоким риском завершённого самоубийства [30], не вполне совпадает с тем контингентом, который был объектом нашего исследования. Вполне возможно, что в нашем случае, при близких характеристиках (более выраженная депрессия, высокая намеренность суицидального поведения) основные проблемы лежат в сфере социальной дизадаптации и дисфункциональных межличностных отношениях. Их более высокая импульсивность, эгоизм и враждебность говорят о них как о сложных в общении и достаточно безответ-

ственных личностях, что, впрочем, не снижает вероятности завершения суицидального акта.

**Заключение.**

Проведённое исследование показало, что парасуициденты, имеющие в анамнезе уже совершённые суицидальные попытки, имеют достоверные отличия от тех, кто на момент исследования совершил только одну попытку. Эти различия касаются способов самоповреждений (избираются более агрессивные), некоторых психологических состояний и черт (более выраженная депрессия, склонность к насильственным действиям, пессимизм), более высоким уровнем переживаемого стресса, ряда черт личности (более выраженная враждебность, импульсивность и эгоизм), более выраженной намеренностью, желанием умереть, а также относительной слабостью социальной поддержки. Многие из перечисленных показателей коррелируют между собой, что можно расценивать как проявление определённой сформировавшейся внутренней склонности к повторению, возможно, устоявшегося поведенческого и психологического суицидального сценария, или формирующейся суицидальной карьеры. Все это, безусловно, говорит о повышенном риске завершённого суицида среди этого контингента, и требует максимально серьёзного к нему отношения. В то же время, не подтвердилось, что данный контингент характеризуется снижением импульсивности, хотя более тщательное планирование своих действий для него характерно. Это может быть следствием своеобразия выборки, и может объясняться сравнительно молодым возрастом парасуицидентов.

**Литература:**

1. Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2002; 181: 193-199.
2. Kapur N., Cooper J., King-Hele S. et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006; 67: 1599-1609.
3. Hultén A; Jiang GX; Wasserman D. et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 10 (3): 161-169.
4. Schmidtke A., Bille-Brahe U., DeLeo D. et al. Attempted suicide in Europe: rates trends and socio-demographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicenter Study of Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996; 93: 127-138.
5. Fedyszyn I.E., Erlangsen A., Hjorthøj C. et al. Repeated suicide attempts and suicide among individuals with a first emergency department contact for attempted suicide: A prospective, nationwide, Danish register-based study. *J Clin Psychiatry*. 2016; Jun; 77 (6): 832-840. doi: 10.4088/JCP.15m09793.
6. Christiansen E., Jensen B.F. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007; Mar; 41 (3): 257-265.

**References:**

1. Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2002; 181: 193-199.
2. Kapur N., Cooper J., King-Hele S. et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006; 67: 1599-1609.
3. Hultén A; Jiang GX; Wasserman D. et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 10 (3): 161-169.
4. Schmidtke A., Bille-Brahe U., DeLeo D. et al. Attempted suicide in Europe: rates trends and socio-demographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicenter Study of Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996; 93: 127-138.
5. Fedyszyn I.E., Erlangsen A., Hjorthøj C. et al. Repeated suicide attempts and suicide among individuals with a first emergency department contact for attempted suicide: A prospective, nationwide, Danish register-based study. *J Clin Psychiatry*. 2016; Jun; 77 (6): 832-840. doi: 10.4088/JCP.15m09793.
6. Christiansen E., Jensen B.F. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007; Mar; 41 (3): 257-265.

7. Zahl D, Hawton L.K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11, 583 patients. *Br J Psychiatry*. 2004; Jul; 185: 70–75.
8. Ostamo A., Lönnqvist J. Excess mortality of suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001; Jan; 36 (1): 29–35.
9. Wasserman, D. The suicidal process. In D. Wasserman, ed. *Suicide. An Unnecessary Death*. 2<sup>nd</sup> Edition, 2016, NY: Oxford University Press. pp. 21–26.
10. Ведрин Ж., Вебер Д. Можно ли оценить риск суицида? *Социальная и клиническая психиатрия*. 1997; 3: 69–73.
11. Mandelli L., Carli V., Roy A. et al. The influence of childhood trauma on the onset and repetition of suicidal behavior: an investigation in a high risk sample of male prisoners. *J Psychiatr Res*. 2011; Jun; 45 (6): 742–747. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.11.005.
12. Лапин И.А. Факторы риска повторного суицидального поведения у женщин с умеренно выраженными и тяжелыми депрессивными расстройствами: Автореф. дисс... канд мед. наук. М., 2005.
13. Pach J., Polewka A., Zieba A. et al. A trial for the complex risk assessment of repeated suicide predictors in patients after suicidal poisoning attempts, hospitalized in the Department of Clinical Toxicology CM UJ in Krakow. II. Clinical predictors. *Przegl Lek*. 2001; 58 (4): 330–334.
14. Tóth M.D., Ádám S., Zonda T. et al. Risk factors for multiple suicide attempts among Roma in Hungary. *Transcult Psychiatry*. 2018; Feb; 55 (1): 55–72. doi: 10.1177/1363461517731703.
15. Beck A.T., Beck R., Kovacs M. Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *American Journal of Psychiatry*, 1975; 132: 285–287.
16. Costa P.T., McCrae R.R. *NEO PI-R. Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc. 1992.
17. Орел В.Е., Рукавишников А.А., Сенин И.Г. Разработка русскоязычной версии личностного теста NEO PI-R. Рук. депонирована в ИНИОН № 52220 09.10.97
18. Digman J.M. Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 1990; 41: 417–440.
19. Лаак Я., Бругман Г. *Big 5: Как измерить человеческую индивидуальность: Оценки и описания*; пер. с англ. М.К. Павловой. М.: Книжный дом «Университет», 2003. 112 с.
20. Bech P., Olsen L.R., Kjoller M., Rasmussen N.K. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: A comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-five well-being scale. *International Journal of Psychiatric Research*. 2003; 12 (2): 85–91.
21. Storch E.A., Roberti J.W., Roth D.A. Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory–Second Edition in a sample of college students. *Depression and Anxiety*. 2004; 19 (3): 187–189.
22. Beck A.T., Weisman A., Lester D. et al. The measurements of pessimism. The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974; 41: 861–865.
23. Aish A-M., Wasserman D. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? *Psychological Medicine*. 2001; 31: 367–372.
24. Plutchik R., van Praag H.M. A self-report measure of violence risk, II *Comprehensive Psychiatry*. 1990; Sep; 31 (5): 450–456. DOI:10.1016/0010-440X(90)90031-M
25. Spielberger CD: *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc. 1988.
26. Каневский В.И., Розанов В.А. Намеренность суицидального акта и целевая направленность личности у парасуицидентов в связи с переживанием безнадежности. *Журнал практикующего психолога*. 2010; 17: 95–108.
27. Rozanov V.A., Mid'ko A. Personality patterns of suicide attempters: gender differences in Ukraine. *Spanish Journal of Psychology*. 2011; 14 (2): 693–700.
28. Кудрявцев И.А. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства. *Суицидология*. 2012; 3: 10–14.
29. Пилыгина Г. Я., Чумак С. А., Семенцук В.Э. Анализ отдельных аспектов реализации суицидальных попыток и их влияние в рецидивировании аутоагрессивного поведения.
7. Zahl D, Hawton L.K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11, 583 patients. *Br J Psychiatry*. 2004; Jul; 185: 70–75.
8. Ostamo A., Lönnqvist J. Excess mortality of suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001; Jan; 36 (1): 29–35.
9. Wasserman, D. The suicidal process. In D. Wasserman, ed. *Suicide. An Unnecessary Death*. 2<sup>nd</sup> Edition, 2016, NY: Oxford University Press. pp. 21–26.
10. Vedrin Zh., Veber D. Mozhno li ocenit' risk suicida? [Is it possible to assess the risk of suicide?] *Social'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 1997; 3: 69–73. (In Russ)
11. Mandelli L., Carli V., Roy A. et al. The influence of childhood trauma on the onset and repetition of suicidal behavior: an investigation in a high risk sample of male prisoners. *J Psychiatr Res*. 2011; Jun; 45 (6): 742–747. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.11.005.
12. Lapin I.A. Faktory riska povtornogo suicidal'nogo povedeniya u zhenshchin s umerenno vyrazhennymi i tyazhelymi depressivnymi rasstrojstvami [Risk factors for recurrent suicidal behavior in women with moderate and severe depressive disorders]: Avtoref. diss... kand med. nauk. М., 2005. (In Russ)
13. Pach J., Polewka A., Zieba A. et al. A trial for the complex risk assessment of repeated suicide predictors in patients after suicidal poisoning attempts, hospitalized in the Department of Clinical Toxicology CM UJ in Krakow. II. Clinical predictors. *Przegl Lek*. 2001; 58 (4): 330–334.
14. Tóth M.D., Ádám S., Zonda T. et al. Risk factors for multiple suicide attempts among Roma in Hungary. *Transcult Psychiatry*. 2018; Feb; 55 (1): 55–72. doi: 10.1177/1363461517731703.
15. Beck A.T., Beck R., Kovacs M. Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *American Journal of Psychiatry*, 1975; 132: 285–287.
16. Costa P.T., McCrae R.R. *NEO PI-R. Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc. 1992.
17. Orel V.E., Rukavishnikov A.A., Senin I.G. Razrabotka russko-yazychnoj versii lichnostnogo testa NEO PI-R. Ruk. deponirovana v INION № 52220 09.10.97 [Development of the Russian version of the personal test NEO PI-R. Hands. deposited in INION] (In Russ)
18. Digman J.M. Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 1990; 41: 417–440.
19. Laak Ya., Brugman G. Big 5: Kak izmerit' chelovecheskuyu individualnost': Ocenki i opisaniya [Big 5: How to measure human individuality: Assessments and descriptions]; per. s angl. M.K. Pavlovoj. М.: Knizhnyj dom «Universitet», 2003. 112 s. (In Russ)
20. Bech P., Olsen L.R., Kjoller M., Rasmussen N.K. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: A comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-five well-being scale. *International Journal of Psychiatric Research*. 2003; 12 (2): 85–91.
21. Storch E.A., Roberti J.W., Roth D.A. Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory–Second Edition in a sample of college students. *Depression and Anxiety*. 2004; 19 (3): 187–189.
22. Beck A.T., Weisman A., Lester D. et al. The measurements of pessimism. The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974; 41: 861–865.
23. Aish A-M., Wasserman D. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? *Psychological Medicine*. 2001; 31: 367–372.
24. Plutchik R., van Praag H.M. A self-report measure of violence risk, II *Comprehensive Psychiatry*. 1990; Sep; 31 (5): 450–456. DOI:10.1016/0010-440X(90)90031-M
25. Spielberger CD: *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc. 1988.
26. Kanevskij V.I., Rozanov V.A. Namerennost' suicidal'nogo akta i celevaya napravlennost' lichnosti u parasuicidentov v svyazi s perezhivaniem beznadezhnosti [The intention of the suicide act and the target orientation of the individual in parasuicides in connection with the experience of hopelessness]. *Zhurnal praktikuyushchego psihologa*. 2010; 17: 95–108. (In Russ)
27. Rozanov V.A., Mid'ko A. Personality patterns of suicide attempters: gender differences in Ukraine. *Spanish Journal of Psychology*. 2011; 14 (2): 693–700.
28. Kudryavtsev J.A. Psychological forecast of repeated suicide attempts. *Suicidology*. 2012; (3): 10–14. (In Russ)
29. Pilyagina G. Ya., Chumak S. A., Se-mencul V.E. Analiz otdel'nyh aspektov realizacii suicidal'nyh popytok i ih vliyanie v recidivirovaniy autoagressivnogo povedeniya [Analysis of individual as-

*Архив Психиатрии*. 2006; 12 (1-4): 240–250.

30. Reynolds P, Eaton P. Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department. *Can J Psychiatry*. 1986; May; 31 (4): 328-330.

pects of the implementation of suicide attempts and their impact in the recurrence of autoaggressive behavior]. *Архив Психиатрии*. 2006; 12 (1-4): 240–250. (In Russ)

30. Reynolds P, Eaton P. Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department. *Can J Psychiatry*. 1986; May; 31 (4): 328-330.

## SOME PSYCHOLOGICAL FACTORS OF REPEATED SUICIDE ATTEMPTS

V.I. Kanevskiy<sup>1</sup>, V.A. Rozanov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Petro Mohyla Black Sea University, Nikolaev, Ukraine; 2528kan@gmail.com

<sup>2</sup>Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia; v.rozanov@spbu.ru

### Abstract:

Aim of the study: to evaluate psychological peculiarities of suicide attempt repeaters in comparison with group with a single suicide attempt. Methods. Data of the assessment of 370 young adults who participated in the genetic study of suicides and suicide attempts (GISS, mean age – 25,31 y.o.) were analyzed. The group consisted of 170 males (mean age – 25,24 y.o.) and 200 females (mean age – 25,37 y.o.). From the whole group 44,6% (n=164) have reported previous suicide attempt(s), of these 61,6% participants (n=101) have claimed 1 previous suicide attempt, 16,5% (n=27) – 2, 6,1% (n=10) – 3 and 15,8% (n=25) – 4 and more previous suicide attempts. Mean age of repeaters was 26,99 y.o., while mean age of first-timers was 23,96 y.o., the difference was statistically confirmed. The groups were compared with regards of the parasuicide methods, some psychological features, personality traits within the frame of the Big Five model, besides the score of the suicidal act intent (using Beck Suicide Intent Scale, BSIS) was calculated. The data was processed by the SPSS 17.0 program. Results. It was revealed, that repeaters and first-timers differ in many domains. In particular, among self-harm of repeaters more violent methods (X70, hanging, strangulation and suffocation) were twice more frequent, they also had higher depression scores in Beck's Depression Inventory, BDI (p<0,002), they were more prone to violent actions and thoughts Plutchik's Feelings and Acts of Violence Scale, PFAV (p<0,0001), and expressed higher pessimism and hopelessness Beck's Hopelessness Scale, BHS, (p<0,001). It is remarkable that repeaters have reported significantly higher life stress (p = 0,007), counted as negative life events accumulation. The study of personality traits have revealed that though all attempters had rather typical elevated Neuroticism (respectively 57,99/59,97) and lowered Agreeableness (47,89/47,25 respectively) and Conscientiousness (45,35/43,95 respectively), repeaters had even higher Angry Hostility (n2= 57,81; p<0,05), Impulsivity (n5= 54,35; p<0,01) and lower Altruism (i.e. higher egoism) (a3=45,76; p<0,05). Moreover, their intention to die was higher (p=0,000) while their social support was lower (p=0,000). Many of the above mentioned variables are correlated, which implies formation of a certain internal inclination to iterating self-harm, or even of the stable behavioral and psychological suicidal scenario or suicidal career. Conclusion. Suicide attempts repeaters have many psychological peculiarities that testify of the elevated suicide risk among them. This contingent must be the subject of the most serious attitude (in particular, in evaluating the post-suicide) both in the emergency ward and during psychological consulting or psychotherapy.

**Keywords:** suicide attempt, repeated suicide attempt, parasuicide, suicide

### Вклад авторов:

V.I. Kanevskiy: разработка дизайна исследования, подготовка и обработка данных, их статистический анализ, написание статьи;

V.A. Rozanov: разработка дизайна исследования, анализ полученных данных, написание и редактирование статьи.

### Authors' contributions:

V.I. Kanevskiy: development of the research design, preparing data and their statistical analysis, article writing;

V.A. Rozanov: development of the research design, analysis of the obtained raw data, article writing and final editing.

**Финансирование:** Проект GISS в целом финансировался Wallenberg Foundation, данное исследование не имело финансовой поддержки.

**Financing:** GISS project as a whole was financed by the Wallenberg Foundation, the current study was not supported financially.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 13.02.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 17.05.2019.

Для цитирования: Каневский В.И., Розанов В.А. Некоторые психологические факторы повторных суицидальных попыток. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 12-22. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-12-22

For citation: Kanevskiy V.I., Rozanov V.A. Some psychological factors of repeated suicide attempts. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 12-22. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-12-22

## НАУЧНАЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТЬ И ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СУИЦИДОВ

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов, Е.С. Носова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия  
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия  
ГКУЗ КО «Калужская областная психиатрическая больница им. А.Е. Лифшица», г. Калуга, Россия

### Контактная информация:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517; Researcher ID: W-5674-2013). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической 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: (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Носова Евгения Сергеевна – врач-психиатр (SPIN-код: 3224-1027, ORCID iD: 0000-0002-8275-7749, Researcher ID: W-3801-2017). Место работы и должность: заведующая отделением ГКУЗ КО «Калужская областная психиатрическая больница им. А.Е. Лифшица». Адрес: 248009, г. Калуга, ул. Маяковского, д. 55, корп. 6. Телефон: (910) 865-29-48, электронный адрес: nosova.evgenya@lenta.ru

Множащиеся данные о социально-экономических издержках самоубийств и намеренных самоповреждений способствуют признанию необходимости сохранения и приумножения физического и психического благополучия граждан и предотвращения суицидального поведения (СП), в частности. Обзор литературы и собственных данных авторов указывает важность научно доказательного обоснования государственных и местных программ предотвращения СП, а также целевых мероприятий в группах высокого риска. В целостную оценку эффективности антисуицидальных программ и вмешательств входит экономический анализ, соответствующий концепции экономики благосостояния. Приведены примеры плодотворного и перспективного клинко-экономического подхода в суицидологии, особо востребованного в условиях хронического дефицита медицинских и людских ресурсов. Научно доказательный выбор лечебно-профилактической стратегии несёт не только гуманистический, но и ресурсо (народо-) сберегающий потенциал.

*Ключевые слова:* суицидальное поведение, профилактика, экономическая оценка

*«... всеобъемлющий экономический подход применим ко всякому человеческому поведению ... к решениям, повторяющимся и однократным, важным и малозначимым, к целям, эмоционально нагруженным и нейтральным, к богачам и беднякам, мужчинам и женщинам, взрослым и детям, умным и тупицам, пациентам и врачам, бизнесменам и политикам, учителям и учащимся»<sup>1</sup>*

G. Becker

Общемировой тренд снижения уровней самоубийств [1] не может дезориентировать об-

щественность и профессионалов. Контрастные показатели на региональном уровне [2-5], особенно в Российской Федерации, в возрастных, социальных, этнических и клинических группах риска [4, 6, 7], в связи с чем, в экономически развитых странах разработаны программы предупреждения суицидального поведения (СП) [1, 8].

Систематический обзор 1800 исследований [9] показал возможности научно доказательного подхода в профилактике СП. Многоуровневая модель «Ноль самоубийств» (Zero Suicide

<sup>1</sup>Цит. по: G. Becker. The Economic Approach to Human Behavior. Chicago, 1976. P. 8.

Model)<sup>1</sup> Национального альянса действий по предотвращению самоубийств (США) поддерживает его развитие и внедрение [10]. Ряд компонентов модели (определение, вовлечение, лечение и преемственность) – суть аспекты медицинской помощи, а три (привести, обучить и улучшить) – касаются административных действий. Медицинские составляющие включают регулярные скрининг и оценку изменчивого риска суицида, активное привлечение к эффективной кризисной помощи и поддержка «здесь и сейчас», затруднения доступа к средствам суицида [11].

Так, действенны (пример активной формы профилактики) ограждения мостов и платформ метро, детоксикация бытового газа, контроль выписки обезболивающих, антидепрессантов с высоким индексом смертельной токсичности при намеренной передозировке, что важно в свете растущей доли самоотравлений психотропными препаратами [12]. Польза для потенциальных суицидентов связана с издержками для «здорового большинства» (требование рецептов). Так, комбинированная таблетка парацетамола и рвотного, спасительного при передозировке, неудобна принимающим лекарство по медицинским показаниям [13].

Доказана результативность обучения врачей общей практики выявлению и лечению депрессии [11].

Контролируемые исследования выделили амбулаторно - стационарный континуум [14, 15] как необходимое организационно - функциональное условие снижения риска СП.

Программам профилактики СП необходим источник устойчивого финансирования. Скудная и несистематизированная база данных об успехах и препятствиях реализации таких программ, консерватизм и малая мотивация (настороженность к новациям «сверху») персонала затрудняют выработку и распространение рекомендаций о приоритетах «справедливого» обеспечения стратегий здравоохранения.

*Экономические анализы* представлены эмпирическими, или описательными (descriptive) и нормативными, или предписывающими (prescriptive). Вторые востребованы экономикой благосостояния (welfare economics) [16], оценивающей динамику общественного благосос-

стояния при социальных, политических и иных переменах. Этические (весьма субъективные) критерии «приемлемого уровня» общественного согласия и справедливого перераспределения благ [17] вкупе с экономическими критериями ранжирования по шкале «лучше-хуже» определяют «желательное и должное» при выборе альтернативных действий [18]. Целесообразность финансовых вливаний в профилактику СП в дискурсе экономики благосостояния объяснена полезностью каждого члена общества. Ведь любая смерть уменьшает социальное благополучие:

«смерть каждого человека умаляет и меня...»

*Джон Донн*

На микроэкономическом уровне компенсационный «принцип» как мерило экономической эффективности [19] работает, когда выгоды выигравших (суицидентов) сбалансированы с затратами здоровых (налогоплательщиков).

С задачами и содержанием экономики благосостояния созвучны основные вопросы экономики здравоохранения: распределены ли «всегда недостаточные» (тезис ВОЗ) медицинские ресурсы наилучшим образом; как получить наибольшую выгоду при «правильном» (доказательном) выборе новой программы, подхода [20] в разных условиях, культурах и контекстах. Очевиден недостаток экономических исследований для планирования вложений и прогноза отдачи инвестиций в программы предупреждения СП.

*Стоимостный анализ.*

Бремя суицидов в странах-участниках ВОЗ подсчитано в единицах потерянных в связи с преждевременной смертью лет жизни (Years of Life Lost, или YLL). YLL можно выразить в денежном эквиваленте «недовлажения» в подушевой валовой продукт. Так, суммарные потери России не менее 150 млрд рублей (2009 г.), или 0,5% ВВП [21], сравнимо с убытками вследствие злокачественных новообразований и ишемической болезни сердца.

Формально самоубийства не связаны с медицинскими затратами, но к бремени суицидов молодых австралийцев отнесены расходы на особое следствие (коронером) и ритуальные услуги. К социальным – и «неуловимые» (горе утраты) [22].

Тиражируемое в литературе соотношение попыток и суицидов 10:1 [1]. Не менее 10-15%

<sup>1</sup>Созвучно с названием «просуицидной» песни «Suicide Silence – The Zero», но контрастирует по посылу.



суицидентов после «серьёзной» попытки совершают суицид за 10 лет [23]. Около 15% совершивших суицидальную попытку с тяжёлыми (требующими больничного лечения) медицинскими последствиями регоспитализированы в течение года, риск регоспитализаций в связи с повторными попытками 30% за 10 лет [24].

Издержки в связи с суицидальными попытками и суицидов в США [15] – почти 60 млрд. долларов (2013 г.). Социальные потери определили 97% суммарного бремени. Учёт погрешностей официальной статистики увеличивает потери на треть, до 95 млрд. долларов.

Первое отечественное многоцентровое экономическое исследование парасуицидов (в широком понимании ВОЗ) с тяжёлыми медицинскими, требующими лечения в многопрофильных больницах, последствиями оценило эпизод терапии, по тарифам ОМС, в 25000 руб. (2016) [12], сопоставимо с медицинскими затратами в экономически развитых странах [14]. На лечение уходит каждый сотый рубль месячных бюджетов больниц при смертности суицидентов 2%. Особое внимание привлекают пациенты (половина объединённой когорты) с повторными в течение года парасуицидами, «проваливающимися» меж ячей негибкой стигматизируемой и стигматизирующей психиатрической службы при неразвитости суицидологического континуума. С учётом минимального (то есть 44) уровня парасуицидов, медицинские затраты составили 0,04% бюджета здравоохранения РФ; суммарные (+ социальные потери) – 0,002% ВВП страны.

#### *Выбор ресурсосберегающих альтернатив.*

Для оценки программ предупреждения СП адаптированы методы фармакоэкономического и клинко-экономического анализов [20]. Так, распространено модельное прогнозирование затрат на сбережённый год, сопряжённый с качеством жизни QALY (единица полезности). Прогнозировано благоприятное соотношение выгода-затраты 6:1 при дополнительных вложениях в медицинские службы и их ответственность [15].

Подлежащие учёту и анализу последствия СП отражают эпидемиологические и демографические характеристики ресурсоёмких групп риска СП с сочетанными клинко - социальными проблемами, мишеней первоочередных целевых междисциплинарного (бригадного) и

межведомственного лечебно - профилактических подходов. В обзоре ВОЗ [цит. по 1] среди 2/3 эффективных и перспективных стратегий предупреждения самоубийств универсальные и селективные менее затратны, чем индивидуально показанные.

Так, почти 40% суммарных YLL пришлось на молодых 15-24 лет. Суицид мужчины трудоспособного возраста (средний возраст жертвы суицида в России около 40 лет) оборачивается потерями около 5 млн. руб. [21].

Антисуицидальная программа для рабочих в Австралии за счёт снижения риска СП вернула правительству пятикратно каждый доллар вложения [цит. по 14]. Многоуровневая (обучение «вахтеров», скрининг, межведомственное взаимодействие, кризисная «горячая линия», работа с «выжившими») общественная программа для молодежи успешна более 10 лет в колледжах США за счёт уменьшения эпизодов СП. Затраты на программу компенсированы с лихвой сбережением медицинских затрат [25].

Затратно-эффективны когнитивно - поведенческая терапия (КБТ), скрининги в группах риска депрессии студентов (+ обучение выявлению ранних признаков СП, неформальная поддержка); подростков (обучение «естественных» помощник кризисной поддержке с последующем привлечением профессионалов), онлайн [1, 26].

Интернет-вмешательства для предотвращения самоубийств, депрессии продемонстрировали экономическую эффективность по сравнению с обычными подходами [1, 27, 28].

Моделирование с опорой на литературные данные затратной эффективности кризисной помощи по телефону в Бельгии прогнозирует за 10 лет снижение более чем на треть эпизодов СП в группе высокого риска и сбережение в социальной перспективе [29].

Краткосрочная кризисная терапия в постсуицидальном периоде в университетской клинике (Швейцария) показала ресурсосберегающий эффект в медицинской перспективе за 24 месяца [30]. Поственция облегчает дистресс и снижает риск СП через год после трагедии в социальной перспективе при экономии и увеличении QALY [цит. по 14].

Законодательные меры по затруднению доступа к огнестрельному оружию сэкономили более 50000 австралийских долларов за допол-

нительный QALY; рекомендации для СМИ по ответственному освещению СП – почти 30000 австралийских долларов за QALY при предотвращении каждого самоубийства [1].

Уровень суицидов можно сократить на 20% использованием пяти вышеуказанных подходов [цит. по 15]: краткосрочной психотерапии (снижение суицидов почти на 10% у 18-64-летних), неотложного лечения, привлечения психиатрических служб, улучшения систем безопасности автомобиля (во избежание автоцидов. *Прим. Е.Б.*), хранения огнестрельного оружия, программы профилактики в школе [цит. по 15]. Сокращение на 10% суицидов в США принесёт 10 млрд. долларов с соотношением польза-затраты 2,5:1. Сходны данные международного обзора [31].

Итак, стратегическая цель Плана ВОЗ – сокращение усредненного уровня суицидов на 10% за счёт умеренно эффективных программ к 2020 г. [1] – не выглядит химерой. При прогнозируемом ВОЗ снижении суицидов экономия в России составит 15 млрд руб. (2009) [21].

*Кто против.*

Если жизнь – основное и первостепенное благо, возникает вопрос нормативной теории и общественной политики (охраны психического здоровья) о допустимых границах свободы от вмешательств при индивидуальном выборе жизни и смерти. Не все граждане озабочены предотвращением СП, а восхищены самоубийствами чести, любви, идеалистов и альтруистов, воплощёнными Сенекой, Лукрецией, Катонем [32, 33]. Экзистенциальный абсурд делает самоубийство естественным ответом, коли в мире и жизни нет цели, ценности и смысла [34], хотя, по Камю (1955), лучше выбрать «такую-никакую» жизнь.

Предотвращение самоубийств противоречит философии Гайи (Gaia-based views), то есть биоэтике. Экологическая проблема вытекает из гипотезы «живой земли» как единой саморегулирующейся для наибольшего благоприятствования жизни системы, включающей физико-химические и биологические («человеческие») явления [35]. Профилактика суицидов расточительна [36], увеличивая затраты на лечение депрессивных больных, то есть большинства суицидентов [37]. При типично обеднённой сети неформальной поддержки суицидента мало горящих. Социальные затраты невелики,

ведь суициденты – маргинальные члены общества, депрессивные – обычно нетрудоспособны. Отпадают пенсионные выплаты и затраты на надомную помощь. Персонал высвобождён для более «благодарной» деятельности.

Экологические проблемы популярны и политкорректны, но аргумент «против» мало убедителен, не соответствуя принципам традиционной экономики благосостояния. Абсолютизация ценностей негативной свободы в концепции предпочтений неприемлема с позиции объективного блага.

При этом нормативная экономика допускает, что один социальный статус предпочтительнее другого. Экономически объяснена (Becker G., 1978; см. первую ссылку статьи) меньшая полезность дополнительного года жизни заядлого курильщика и/или пренебрегающего физическими упражнениями трудоголика (ипостаси хронического суицида).

Бродский после инфарктов курил пяти пачек в день: «Хотя – жить можно. Что херово – курить подталкивает бес. Не знаю, кто там Гончарова, но сигарета – мой Дантес».

Согласно экономическому подходу, большинство смертей (если не все) в некоей степени самоубийства: могли быть отсрочены при бóльшем вкладе в человеческий капитал. Долгая счастливая, значит, здоровая, жизнь видится важной целью большинству людей, хотя кто-то жертвует здоровьем и/или годами жизни ради «высших» целей, как при альтруистическом суициде, по Дюркгейму.

*Ограничения экономических анализов* связаны предметом изучения и с недостаточной методологией (отсутствие контрольных групп, произвольный набор элементов стоимостного анализа; сложность определения антисуицидального эффекта). Систематический обзор [38] 30 экономических анализов антикризисных вмешательств выделил лишь шесть моделированных, соответствующих критериям качества [цит. по 20, 39].

Стоимостный анализ отражает повседневную практику ведения суицидентов, но не резервы эффективности помощи – предмета анализов затраты - эффект и затраты - полезность.

Экономическая оценка стратегий и многоуровневых программ обычно сведена к первичным результатам: предотвращению СП в дежурном выражении, но суицид – трагическое,

но редкое, слава Богу, и суицидологии, эпидемиологически событие, требующее для изучения больших выборок и времени. Нелегко связать напрямую динамику биопсихосоциального феномена СП с неким лечебно - профилактическим воздействием. Осложняет анализ малая прогностическая ценность факторов риска, не позволяющих судить, какая часть потенциальных суицидентов переходят в активную фазу СП. Очевидны пробелы данных о проспективной действенности (efficacy – в идеальных условиях), результативности (effectiveness – в реальной практике) программ.

Образовательный ценз и доход большого как критерии благополучного общества, не отражены YLL; «дискриминированы» нетрудоспособные и безработные (часты среди суицидентов) при декларируемой ценности обществу каждого гражданина. Дисконтирование и «социальная ценность» года жизни в разных возрастах свидетельствует о предпочтениях общества: сохранение жизни молодого желательнее (как при медицинской сортировке), но на пожилых приходится пик суицидального риска во всем мире.

В связи с малой предсказуемостью инфляционных процессов в России в отечественном стоимостном анализе [21] опущено дисконтирование (обычно 3-6%) для эквивалентной оценки «социальной ценности» года жизни в разных возрастах, ведь YLL отнесены к будущим годам. Желателен анализ чувствительности с коэффициентом дисконтирования до 10%, но высокий уровень скидки не в пользу программ предупреждения СП, чей эффект отставлен.

Большинство моделирований с временным горизонтом не более года показали затратную действенность новых вмешательств с опорой на РКИ в странах с высокими доходами населения, что актуализирует проблему распространения результатов на иные условия.

Выводы и обсуждение.

У программ предупреждения СП, вписанных в концептуальные аргументы экономики благосостояния [42], недолгая история в отличие от признания и осуждения суицида [32, 33]. Суицидология как междисциплинарная область знания [40, 41] не ущемлена экономическим подходом. Общественность и профессионалов «кое-где порой» коробит «неэтичная» денежная

оценка СП, но объективизация масштабов экономических потерь СП и результатов помощи, согласно Национальным стратегиям предупреждения суицидов [1], служит призывом к действию в условиях хронического недостатка материальных и людских ресурсов.

Социально-экономическое бремя СП – важный показатель физического и душевного благополучия общества; его масштабы служат научно доказательным обоснованием выбора приоритетов финансирования в здравоохранении. Экономическая оценка учитывает широкую социальную перспективу в русле Единого плана по достижению национальных целей развития Российской Федерации до 2024 года (Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204). Наибольшее снижение смертности запланировано в трудоспособном и пожилом возрастах, на коих приходится большинство суицидов.

Доминирующие социальные издержки подчеркивают общественную значимость принципиально предотвратимого СП. Эффективная программа («что делать») с привлечением государственных и/или частных (благотворительных) ресурсов повышает социальное благосостояние, удлиняя жизни, особо молодые, но не печали. У программ гуманный посыл (народосбережение) и ресурсосберегающий потенциал, но их рентабельность в медицинской сфере – не сверхзадача, так как стратегические результаты реализуются вне матрицы здравоохранения – в пользу обществу, группам суицидентов и их близких.

В связи с малыми медицинскими потерями в суммарном бремени суицидов и попыток затраты на усиление связи служб умеренны. Возможно улучшение результативности программ без значительных дополнительных финансовых и кадровых вливаний при координации и преемственности медицинских, психиатрических и социальных служб с привлечением мало пока востребованной в РФ добровольческой помощи (хребет суицидологической службы за рубежом). Обнадёживает сокращение социальных потерь при обучении «привратников» бдительности, но при доступной профессиональной помощи.

«Рекомендованная практика» ведения суицидентов увеличит медицинские издержки в краткосрочной перспективе. Ожидаем приток

пациентов в привлекательные суицидологические службы, обращённые к эластичным потребностям и/или их близких.

Непременные условия реализации программ следующие: единая база данных (суицидологический регистр) [43], обученный персонал, внедрение в повседневную практику лечебно-профилактических мероприятий с доказанной затратной эффективностью. Следует учесть затраты на целевое обучение (переучивание) персонала, например, развертывание кризисного отделения за счёт сокращаемых круглосуточных коек стационара, информацию и связь.

Экономическая эффективность программы и/или её ключевых составляющих (их предстоит уточнить) укажет оптимальные пути распределения «всегда недостаточных» медицинских (тезис ВОЗ) и социальных ресурсов при выборе приоритетов региональной, государственной и международной стратегий здравоохранения.

*Будущие исследования* уточнят и детализируют бремя СП «исправленной эпидемиологии» [3, 15], с позиций медицинской (психиатрической) службы и общества в целом, исходя из уточнённой («исправленной») эпидемиологии на федеральном и местном уровнях. Стоимостные анализы охватят субъективное бремя «выживших» (самостигматизацию, самообвинение).

Концептуально психическое расстройство и СП суть «негативная» полезность. В экономической модели самоубийства мера дистресса сопоставлена с медицинскими затратами для его устранения. Так, «цену» психалгии [44] можно определить посредством анализа затрат-полезность.

Многостороннее планирование программ целесообразнее (следует доказать) разрозненных и неполных звеньев суицидологических служб и неунифицированных стихийных лечебно-профилактических методов [8]. Ретро- и проспективные экономические анализы, прежде всего, в «проблемных» по суицидальной активности регионах и группах риска укажут долгосрочный ресурсосберегающий потенциал профилактических программ и их составляющих.

Широкие программы психобразования населения и «проблемных» его групп, скринин-

ги и рекомендации для СМИ, интернет-технологии с опорой на инфодемологические данные (изучение паттернов потребления интернета), мероприятия поственции ждут экономического анализа.

Экономически не обоснованы роль и место частных (благотворительных, неправительственных) организаций, групп самопомощи «выживших» (единичны в РФ) в ходе децентрализации контроля и предоставления больших полномочий неправительственным организациям и в рамках государственно-частного партнёрства.

Важно уточнение промежуточных результатов программ [1, 45, 46] как активизация поиска помощи (у суицидентов особые паттерны потребления медицинских и социальных ресурсов), облегчение стигмы и дезактуализация мыслей о суициде, новые навыки профессионалов (выявление, лечение депрессий), «вахтеров» (определение риска СП, неформальная поддержка), уменьшение эпизодов агрессии, употребления ПАВ, нагрузки на скорпомощные, социальные, правоохранные службы, улучшение качества жизни, психофизического благополучия суицидентов, уверенная работа с суицидальными и / или депрессивными при росте назначений антидепрессантов. Так, показана обратная связь назначения антидепрессантов и СП на региональном уровне [47]. Сочетанное фармакоэпидемиологическое и фармакоэкономическое изучение паттернов психофармакотерапии суицидентов обоснует выбор препаратов с низким индексом токсичности при намеренной передозировке. Следует показать экономический эффект затруднения доступа к иным средствам СП (заграждения).

Сетевой анализ [48] – возможная основа экономических анализов в больших (популяционных) группах риска СП. Доступнее экономической оценке избирательная и указательная профилактика в ресурсоёмких группах - мишенях как совершивших повторные парасуициды подростков, пожилых, «выживших», онкобольных, в трудовых коллективах, ЦСО и ЦЗН [7, 8].

В целостном анализе новых психотропных препаратов обязателен экономический анализ антисуицидального и/или антиагрессивного эффектов [49].

## Литература:

1. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. ВОЗ, 2014. 102 с.
2. Любов Е.Б., Шматова Ю.Е., Голланд В.Б., Зотов П.Б. Десятилетний эпидемиологический анализ суицидального поведения психиатрических пациентов России. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 84-90.
3. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: территориальный аспект. *Суицидология*. 2014; 5 (1): 3–11.
4. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. 232 с.
5. Чубина С.А., Любов Е.Б., Куликов А.Н. Клинико-эпидемиологический анализ суицидального поведения в Тульской области. *Суицидология*. 2015; 6 (4): 66-75.
6. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации. М.: МНИИП, 1980. 30 с.
7. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение II. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 16-29.
8. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс]. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн*. 2013. № 2 (19).
9. Zalsman G., Hawton K., Wasserman D., et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3 (7): 646–659.
10. 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.
11. Mann J.J., Apter A., Bertolote J., et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294 (16): 2064-2074.
12. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Куликов А.Н. и соавт. Комплексная (эпидемиологическая, клинико-социальная и экономическая) оценка парасуицидов как причин госпитализаций в многопрофильные больницы. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 16-29.
13. Lester D. Preventing suicide: Closing the Exits revisited. Hauppauge, NY: Nova Science, 2009.
14. Любов Е.Б., Паршин А.Н. Клинико-экономические исследования суицидального поведения. *Суицидология*. 2016; 7 (1): 11-28.
15. Shepard D.S., Gurewich D., Lwin A.K., et al Suicide and suicidal attempts in the united states: costs and policy implications. *Suicide and Life-Threat. Behavior*. 2015. 46 (3): 1-11.
16. Baumol W., Wilson C. Welfare economics. 3 vols. Northampton, MA: Edward Elgar, 2001.
17. Eckstein O. A survey of the theory of public expenditure criteria. R.W. Houghton, ed., Public finance: Selected readings. 1961; 216-276.
18. Mishan E. Introduction to normative economics. NY: Oxford University Press, 1981. P. 3.
19. Kaldor N. Welfare propositions of economics and interpersonal comparisons of utility. *Economic J*. 1939; XLIX: 549-552.
20. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. Медпрактика-М, 2003. 263 с.
21. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации. *Суицидология*. 2012; 3: 3-10.
22. Kinchin Ch., Doran M. The Cost of Youth Suicide in Australia. *Int. J. Environmental Res. Publ. Health*. 2018; 15 (9): 1940.
23. Gibb S.J., Beautrais A.L. Fergusson D.M. Mortality and further suicidal behavior after an index suicide attempt: A 10year study.

## References:

1. Predotvrashchenie samoubijstv: global'nyj imperativ. VOZ [Suicide prevention: a global imperative. WHO], 2014. 102 c. (In Russ)
2. Lyubov E.B., Shmatova Y.E., Holland V.B., Zotov P.B. 10-year epidemiological analysis of suicidal behavior of psychiatric patients in Russia. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 84-90. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-84-90 (In Russ)
3. Morev M.V., Shmatova J.E., Lyubov E.B. Dynamics of suicide mortality in Russia: the Regional level. *Suicidology*. 2014; 5 (1): 3–11. (In Russ)
4. Polozhij B.S. Suicidal'noe povedenie [Suicidal behavior] (kliniko-epidemiologicheskie i etnokul'tural'nye aspekty). M.: RIO «FGU GNC SSP im. V.P. Serbskogo», 2010. 232 c. (In Russ)
5. Chubina S.A., Lyubov E.B., Kulikov A.N. Clinical and epidemiological analysis of suicidal behavior in Tula region. *Suicidology*. 2015; 6 (4): 66-75. (In Russ)
6. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya: metod. Rekomendacii [Diagnosis of suicidal behavior]. M.: MNIIP, 1980. 30 c. (In Russ)
7. Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report II. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 16-29. (In Russ)
8. Lyubov E.B., Cuprun V.E. Vek, vremya i mesto profes-sora Ambrumovoj v otechestvennoj suicidologii [Age, time and place of the Professor Abramovoj in domestic of suicide-studying] [Elektronnyj resurs]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* 2013. № 2 (19). (In Russ)
9. Zalsman G., Hawton K., Wasserman D., et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3 (7): 646–659.
10. 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.
11. Mann J.J., Apter A., Bertolote J., et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294 (16): 2064-2074.
12. Lyubov E.B., Zotov P.B., Kulikov A.N. et al. Integrated (epidemiological, clinical, social, and cost) assessment of parasuicides as the reasons of hospitalization in multidisciplinary hospitals. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 16-29. (In Russ)
13. Lester D. Preventing suicide: Closing the Exits revisited. Hauppauge, NY: Nova Science, 2009.
14. Lyubov E.B., Parshin A.N. The clinical and economic studies of suicidal behavior. *Suicidology*. 2016; 7 (1): 11-28. (In Russ)
15. Shepard D.S., Gurewich D., Lwin A.K., et al Suicide and suicidal attempts in the united states: costs and policy implications. *Suicide and Life-Threat. Behavior*. 2015. 46 (3): 1-11.
16. Baumol W., Wilson C. Welfare economics. 3 vols. Northampton, MA: Edward Elgar, 2001.
17. Eckstein O. A survey of the theory of public expenditure criteria. R.W. Houghton, ed., Public finance: Selected readings. 1961; 216-276.
18. Mishan E. Introduction to normative economics. NY: Oxford University Press, 1981. P. 3.
19. Kaldor N. Welfare propositions of economics and interpersonal comparisons of utility. *Economic J*. 1939; XLIX: 549-552.
20. Gurovich I.Ya., Lyubov E.B. Farmakoepidemiologiya i farmakoekonomika v psihiatrii [Pharmacoepidemiology and pharmacoeconomics in psychiatry]. Medpraktika-M, 2003. 263 c. (In Russ)
21. Lyubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. The economic suicide burden in Russian Federation. *Suicidology*. 2012; 3: 3-10. (In Russ)
22. Kinchin Ch., Doran M. The Cost of Youth Suicide in Australia. *Int. J. Environmental Res. Publ. Health*. 2018; 15 (9): 1940.
23. Gibb S.J., Beautrais A.L. Fergusson D.M. Mortality and further suicidal behavior after an index suicide attempt: A 10year study.

- Austral. NZ J. Psychiatry.* 2005; 39: 95-100.
24. Suominen K., Isometsä E., Suokas J., et al Completed suicide after a suicide attempt: A 37year follow-up study. *Am. J. Psychiatry.* 2004; 161: 562–563.
  25. Garraza L., Boyce S.P., Walrath C.h., Goldston D. An economic evaluation of the garrett lee smith memorial suicide prevention program. *Suicide Life Threat Behav.* 2018; 48 (1): 3-11.
  26. Zechmeister I., Kilian R., McDaid D., and the MHEEN group. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations *BMC. Public Health.* 2008; 8: 20.
  27. Donker T., Blankers M., Hedman E., Ljótsson B. Economic evaluations of Internet interventions for mental health: a systematic review. *Psychol. Med.* 2015; 45: 3357-3376.
  28. Любов Е.Б., Палаева Р.И. «Молодые» суициды и интернет: хороший, плохой, злой. *Суицидология.* 2018; 9 (2): 72-81.
  29. Pil L., Pauwels K., Muijzers E., et al. PHS38 Cost-effectiveness analysis of a helpline for suicide prevention. *J. Telemedicine Telecare.* 2013; 19 (5): 273-281.
  30. Park A., Gysin-Maillart A., Muller T.J., et al. Cost-effectiveness of a brief structured intervention program aimed at preventing repeat suicide attempts among those who previously attempted suicide: a secondary analysis of the ASSIP randomized clinical trial. *JAMA Network Open.* 2018; 1 (6): e183680.
  31. Centre for Suicide Prevention. 2010. The cost of suicide, SIEC alert #74. Retrieved December 11, 2014. <https://suicideinfo.ca/LinkClick.aspx?>
  32. Любов Е.Б., Зотов П.Б. К истории отношения общества к суициду. *Суицидология.* 2017; 8 (4): 9-30.
  33. Minois G. History of suicide: Voluntary death in western culture. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1999.
  34. Orbach I Existentialism and suicide. A. Tomer, G. Eleason, P. Wong, eds. Existential and spiritual issues in death attitudes NY: Lawrence Erlbaum Associates, 2007; 281-316.
  35. Lovelock J The revenge of Gaia: Why the earth is fighting back-and how we can still save humanity. London: Allen Lane, 2006.
  36. Gordon R. An operational classification of disease prevention. *Public. Health Rep.* 1983; 98 (2): 107-109.
  37. Yang B., Lester D. A prolegomenon to behavioral economic studies of suicide. M. Altman, ed. Handbook of contemporary behavioral economics. Armonk, NY: M.E. Sharpe, 2006. P. 543-559.
  38. Madsen L.B., Eddleston M., Hansen K.S., Konradsen F. Quality Assessment of Economic Evaluations of Suicide and Self-Harm Interventions. *Crisis.* 2018; 39 (2): 82-95.
  39. Drummond M.F., Sculpher M.J., Torrance G.W., et al. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford; NY: Oxford University Press; 2005.
  40. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / Комплексные исследования в суицидологии: сб. научных трудов. М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986. 7-25.
  41. Положий Б.С. Суицидология как мультидисциплинарная область знаний. *Суицидология.* 2017; 8 (4): 3-8.
  42. Doessel D.P., Williams R.F.G. The Economic Argument for a Policy of Suicide Prevention. *Suicidology Online.* 2010; 1: 66-75.
  43. Зотов П.Б. Опыт системного суицидологического учета: первичная документация. *Академический журнал Западной Сибири.* 2011; 6: 13-16.
  44. Shneidman ES The suicidal mind. NY: Oxford University Press, 1996.
  45. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал.* 2010; 4: 55-62.
  46. Arensman E., Coffey C.D., McDaid D., et al. Intermediate out-  
*Austral. NZ J. Psychiatry.* 2005; 39: 95-100.
  24. Suominen K., Isometsä E., Suokas J., et al Completed suicide after a suicide attempt: A 37year follow-up study. *Am. J. Psychiatry.* 2004; 161: 562–563.
  25. Garraza L., Boyce S.P., Walrath C.h., Goldston D. An economic evaluation of the garrett lee smith memorial suicide prevention program. *Suicide Life Threat Behav.* 2018; 48 (1): 3-11.
  26. Zechmeister I., Kilian R., McDaid D., and the MHEEN group. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations *BMC. Public Health.* 2008; 8: 20.
  27. Donker T., Blankers M., Hedman E., Ljótsson B. Economic evaluations of Internet interventions for mental health: a systematic review. *Psychol. Med.* 2015; 45: 3357-3376.
  28. Lyubov E.B., Palayeva R.I. Suicides of youth and internet: the good, the bad and the ugly. *Suicidology.* 2018; 9 (2): 72-81. (In Russ)
  29. Pil L., Pauwels K., Muijzers E., et al. PHS38 Cost-effectiveness analysis of a helpline for suicide prevention. *J. Telemedicine Telecare.* 2013; 19 (5): 273-281.
  30. Park A., Gysin-Maillart A., Muller T.J., et al. Cost-effectiveness of a brief structured intervention program aimed at preventing repeat suicide attempts among those who previously attempted suicide: a secondary analysis of the ASSIP randomized clinical trial. *JAMA Network Open.* 2018; 1 (6): e183680.
  31. Centre for Suicide Prevention. 2010. The cost of suicide, SIEC alert #74. Retrieved December 11, 2014. <https://suicideinfo.ca/LinkClick.aspx?>
  32. Lyubov E.B., Zotov P.B. To the history of community attitudes to suicides. *Suicidology.* 2017; 8 (4): 9-30. (In Russ)
  33. Minois G. History of suicide: Voluntary death in western culture. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1999.
  34. Orbach I Existentialism and suicide. A. Tomer, G. Eleason, P. Wong, eds. Existential and spiritual issues in death attitudes NY: Lawrence Erlbaum Associates, 2007; 281-316.
  35. Lovelock J The revenge of Gaia: Why the earth is fighting back-and how we can still save humanity. London: Allen Lane, 2006.
  36. Gordon R. An operational classification of disease prevention. *Public. Health Rep.* 1983; 98 (2): 107-109.
  37. Yang B., Lester D. A prolegomenon to behavioral economic studies of suicide. M. Altman, ed. Handbook of contemporary behavioral economics. Armonk, NY: M.E. Sharpe, 2006. P. 543-559.
  38. Madsen L.B., Eddleston M., Hansen K.S., Konradsen F. Quality Assessment of Economic Evaluations of Suicide and Self-Harm Interventions. *Crisis.* 2018; 39 (2): 82-95.
  39. Drummond M.F., Sculpher M.J., Torrance G.W., et al. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford; NY: Oxford University Press; 2005.
  40. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения [Suicidal behavior as an object of complex study] / Kompleksnye issledovaniya v suicidologii: sb. nauchnyh трудов. М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986. 7-25. (In Russ)
  41. Polozhy B. Suicidology as multidisciplinary field of knowledge. *Suicidology.* 2017; 8 (4): 3-8. (In Russ)
  42. Doessel D.P., Williams R.F.G. The Economic Argument for a Policy of Suicide Prevention. *Suicidology Online.* 2010; 1: 66-75.
  43. Zotov P.B. Experience of system suicidal accounting: primary documentation. *Academic Journal of West Siberia.* 2011; 6: 13-16. (In Russ)
  44. Shneidman ES The suicidal mind. NY: Oxford University Press, 1996.
  45. Polozhij B.S. Integrativnaya model' suicidal'nogo povedeniya [Integrative model of suicidal behavior]. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal.* 2010; 4: 55-62. (In Russ)
  46. Arensman E., Coffey C.D., McDaid D., et al. Intermediate out-

- come criteria and evaluation of suicide prevention programmes: a review. *Injury Prevention*. 2010; 16 (Suppl 1): A1–289.
47. Любов Е.Б., Васькова Л.Б., Тяпкина М.В. Уровни суицидов и потребление антидепрессантов в России и ее регионах. *Суицидология*. 2017; 8 (2): 49-54.
48. Любов Е.Б., Носова Е.С. Сетевой подход в суицидологии: проблемы и перспективы развития. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 58-61.
49. Любов Е.Б., Чапурин С.А., Чурилин Ю.Ю. и соавт. Клинико-социальная и экономическая результативность палиперидона пальмитата у больных с первым эпизодом шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2019; 29 (1): 60-72.
- come criteria and evaluation of suicide prevention programmes: a review. *Injury Prevention*. 2010; 16 (Suppl 1): A1–289.
47. Lyubov E.B., Vaskova L.B., Tiapkina M.V. Suicide rates and anti-depressant utilization in Russia and its regions. *Suicidology*. 2017; 8 (2): 49-54. (In Russ)
48. Lyubov E.B., Nosova E.S. Network approach to suicidology: problems and perspectives of development. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 58-61. (In Russ)
49. Lyubov E.B., Chapurin S.A., Churilin Yu.Yu. i so-avt. Kliniko-social'naya i ekonomicheskaya re-zul'tativnost' paliperidona pal'mitata u bol'nyh s pervym epizodom shizofrenii [Clinical, social and economic effectiveness of paliperidone palmitate in patients with the first episode of schizophrenia]. *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya*. 2019; 29 (1): 60-72. (In Russ)

## EVIDENCE-BASED STRATEGIES AND ECONOMIC ARGUMENTS FOR A POLICY OF SUICIDE PREVENTION

*E.B. Lyubov<sup>1</sup>, P.B. Zotov<sup>2</sup>, E.S. Nosova<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbysky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

<sup>2</sup>Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; zotov72@yandex.ru

<sup>3</sup>Kaluga Regional Psychiatric Hospital, Kaluga, Russia; nosova.evgenya@lenta.ru

### Abstract:

Increasing evidence of the high socio-economic costs of suicide and intentional self-harm contributes to the growing recognition of the need to promote positive mental health and well-being, as well as the correction and prevention of suicidal behaviour. The discussion of suicide and self-harm prevention includes certainly health economic evidence according to the principles of welfare economics along with cultural, social, and political aspects. The review of current literature and original data highlights the importance of evidence-based public and local programs for the prevention of suicide and intentional self-harm, as well as targeted interventions in high-risk groups of suicidal behavior. The overall assessment of the effectiveness of antisuicide interventions necessarily includes economic analysis, according to the concept of the welfare economy and with the involvement of methods of the health economy. Examples of fruitful and perspective approach are given. These measures can be not only humane, but also potentially economically viable. Additional research is needed to gain knowledge regarding the specific setting and / or target populations in which each biopsychosocial treatment intervention has most resource saving potential.

*Keywords:* suicidal behaviour, prevention, economic evaluation

### Вклад авторов:

*Е.Б. Любов:* разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;

*П.Б. Зотов:* обзор публикаций по теме статьи, анализ полученных данных; написание текста рукописи;

*Е.С. Носова:* обзор и перевод публикаций по теме статьи, анализ полученных данных, написание текста рукописи.

### Authors' contributions:

*E.B. Lyubov:* developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, article writing, article editing; analysis of the obtained data; article writing;

*P.B. Zotov:* reviewing of publications of the article's theme,

*E.S. Nosova:* reviewing and translated relevant publications, analysis of the obtained data; article writing.

**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: 02.03.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 11.06.2019.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б., Носова Е.С. Научная доказательность и экономическое обоснование предупреждения суицидов. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 23-31. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-23-31

For citation: 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.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-23-31

## ПОСТГОМИЦИДНЫЕ САМОУБИЙСТВА В РОССИИ

А.В. Голенков, Ф.В. Орлов, И.Е. Булыгина, Е.С. Деомидов

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

Контактная информация:

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Researcher ID: C-4806-2019). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: (905) 197-35-25, электронная почта: [golenkovav@inbox.ru](mailto:golenkovav@inbox.ru)

Орлов Федор Витальевич – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 5604-0041; ORCID iD: 0000-0002-8772-4428). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: (903) 358-01-06, электронная почта: [orlovf@yandex.ru](mailto:orlovf@yandex.ru)

Булыгина Ирина Евгеньевна – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 9119-0910; ORCID iD: 0000-0003-4433-6908). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: (905) 343-20-54, электронная почта: [ibuligina@rambler.ru](mailto:ibuligina@rambler.ru)

Деомидов Евгений Сергеевич – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 9811-9509; ORCID iD: 0000-0001-8107-3671). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: (927) 845-99-97, электронная почта: [neurokaf@yandex.ru](mailto:neurokaf@yandex.ru)

В отечественной литературе на данный момент проведено мало исследований постгомицидных самоубийств (ПГСУ), и те основаны преимущественно на изучении их в Чувашской Республике (регионе России). Цель исследования: проанализировать особенности ПГСУ, совершённых в регионах Российской Федерации (РФ) за последние 10 лет. Материалы и методы. В интернете проводился поиск ПГСУ во всех 85 регионах РФ в период с 01 января 2009 г. по 30 июня 2019 г. по комбинации слов «Убийства и самоубийства в области (крае, республике и др.)». Собрана информация о 195 случаях ПГСУ в 67 регионах РФ (от 1 до 7 случаев), совершённых 169 мужчинами и 26 женщинами в возрасте от 16 до 86 лет (средний –  $42,6 \pm 15,9$  года), и 300 жертвах (108 лиц мужского и 192 женского пола) в возрасте от 2 месяцев до 93 лет (средний возраст –  $31,2 \pm 20,3$  года). На каждый случай ПГСУ выписывались социально-демографические показатели и особенности деликта. Статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики и  $\chi^2$ -распределения. Результаты исследования. Мужчины совершили ПГСУ в 86,7% случаях ( $n=169$ ), женщины – в 13,3% ( $n=26$ ). Чаще всего встречались супружеские (партнёрские) ПГСУ (30,3%), реже смешанные (22,6%), внесемейные (21,5%), детские (16,4%) и семейные (9,2%). Детские ПГСУ были характерны для женщин (88,5%), внесемейные и смешанные – для мужчин; семейные встречались примерно с одинаковой частотой. С двумя и более жертвами было 39% ПГСУ, с одной – 61%. Самым распространённым способом убийств и самоубийств было использование огнестрельного оружия (40%), часто преступники прибегали к колюще-режущим предметам (38,7%) и удушению (10,3%). Из способов самоубийств, кроме огнестрельного оружия (42,1%), нередко использовалось повешение (33,3%), холодное оружие (14,4%) и падение с высоты (6,2%). Достоверные различия обнаруживались только для огнестрельного оружия как способ убийства мужчин. После убийства совершили самоубийство в течение трех дней 94,4% (сразу – 74,9%), от трех дней до одного месяца – 5,6%. Как правило, самоубийства совершались в том же самом месте, что и убийство (различные помещения). Способы убийств и самоубийств совпадали в 63,6% случаях. В алкогольном опьянении совершено 17,4% ПГСУ. Чаще всего причинами ПГСУ были разрыв партнерских отношений (24,6%) и различные конфликты, пьяные ссоры (20,5%). Среди женщин чаще встречались различные психические расстройства (38,5%), а среди мужчин – расставание с партнером (24,6%). Более 70% жертв и 99% убийц / самоубийц было в возрастной группе 18 лет и старше. Заключение. Схожесть с другими странами мира прослеживается в типологической структуре ПГСУ, демографических и криминологических показателях, социальных, психологических и психиатрических причинах. ПГСУ как причина смертности населения пока мало изучена.

*Ключевые слова:* постгомицидные самоубийства, Россия, криминологические и демографические особенности, интернет медиа репортажи

Самоубийства, совершённые после убийства, относительно редкое криминальное деяние, которое встречается практически во всех странах мира [1-5]. В отечественной литературе

для обозначения этого предложены такие дефиниции, как: посткриминальный суицид убийц (убийства, осложнённые суицидом; убийства, сопряжённые с посткриминальным



суицидом) [6], «расширенное самоубийство», постгомицидные самоубийства (ПГСУ) [7]. Последний термин нам представляется наиболее удачным, оригинальным и ёмким определением, совпадающим по содержанию с англоязычными синонимами (suicide preceded by murder; homicide followed by suicide; homicide-suicide, murder-suicide) [8-10].

За рубежом опубликовано достаточно много результатов исследований ПГСУ, посвящённых распространённости, классификации, гипотезам возникновения и причинам их совершения, демографическим, криминологическим, психологическим, психиатрическим и прочим аспектам ПГСУ [2-5]. Определённая часть сообщений о ПГСУ основана на материалах, взятых из средств массовой информации (СМИ), включая газеты [11-13]. Зачастую это используется на начальном этапе исследования [14]. Такие сообщения являются хорошим источником наблюдения, когда информация ограничена [15-17]. Другими аргументами работ, основанных на материалах из СМИ, являются подтверждение выводов предыдущих исследований [18], определения регионов (штатов) страны, в которых ПГСУ совершаются чаще всего и их подтипы [19], выявление тенденций в динамике (сравнение случаев ПГСУ в пятилетних интервалах времени) [20]. В отечественной литературе на данный момент имеется мало психиатрических работ о ПГСУ, и те основаны преимущественно на изучении их в Чувашской Республике [21, 22].

Настоящее исследование преследовало цель – проанализировать особенности ПГСУ, совершённых в регионах Российской Федерации (РФ) за последние 10 лет.

Материалы и методы.

В интернете проводился поиск ПГСУ во всех 85 регионах РФ по комбинации слов, введенных в строку запроса «Убийства и самоубийства в области (крае, республике и др.)». В результате появлялась лента новостей с информацией о происшествиях, включая случаи ПГСУ (например, ЧЕБОКСАРЫ.РУ, информационный сайт столицы Чувашии; [www.cheboksary.ru](http://www.cheboksary.ru) «Происшествия» от 24.07.2017 г.: «В Чебоксарах молодой человек убил отца, расчленил его тело и покончил с собой»). Недостающую информацию в большинстве случаев можно было собрать при целенаправленном поиске по данному случаю в других сообщениях по ссылкам в сети, на сайте следственного комитета и других ресурсах, появляющихся по ссылке.

Критериями включения случаев ПГСУ в исследование являлись:

– случаи завершённых самоубийств, совершённые убийцей в течение не позднее 1 месяца после преступления (по делу о гибели жертвы возбуждалось уголовное дело по ст. 105 Уголовного кодекса РФ «Убийство»);

– ПГСУ, совершённые в регионах России в период с 01 января 2009 г. по 30 июня 2019 г.

Критериями исключения ПГСУ из анализа были:

– покушения на убийства (когда жертвы не умирали), попытки самоубийств (незавершённые суициды) агрессоров-убийц;

– смерть преступника (убийцы) наступала не в результате самоубийства;

– убийства, совершённые в группе, когда связь между убийцей и жертвой окончательно установить не удавалось;

– серьёзные сомнения в совершении убийства лицом, умершим вскоре в результате самоубийства;

– отсутствие информации о способах убийства / самоубийства, даты, региона России, возрасте, половой принадлежности участников ПГСУ;

– случаи серийных убийств (несколько убийств, разделённых по времени более чем на месяц).

Всего удалось собрать информацию о 195 случаях ПГСУ в 67 регионах Российской Федерации (от 1 до 7 случаев), 169 мужчинах и 26 женщинах, совершивших убийства с последующим самоубийством в возрасте от 16 до 86 лет (средний – 42,6 ± 15,9 года), и 300 жертвах (108 лиц мужского и 192 женского пола) в возрасте от 2 месяцев до 93 лет (средний – 31,2 ± 20,3 года).

На каждый случай ПГСУ выписывались социально - демографические показатели (год и месяц преступления, регион России, пол, возраст убийцы / самоубийцы и его жертв) и особенности деликта (совершенное в алкогольном опьянении, место совершения, способ убийства и самоубийство, число жертв, указание психических расстройств у преступника и его жертв, вероятные причины деликта).

Математико - статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (M – среднее значение, σ – стандартное отклонение) и  $\chi^2$ -распределения. Когда один или несколько показателей были 4 и меньше, использовали поправку Йейтса.

Таблица 1

Структура ПГСУ с учётом пола преступника

Вид ПГСУ	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	n	%	n	%	n	%
Супружеские (партнерские)	59	30,3	57	33,7	2	7,7
Детские	32	16,4	9	5,3	23	88,5
Семейные	18	9,2	17	10,1	1	3,8
Внесемейные	42	21,5	42	24,9	-	-
Смешанные	44	22,6	44	26,0	-	-
Всего	195	100,0	169	100,0	26	100,0

Результаты исследования.

Мужчины совершили ПГСУ в 86,7% (n=169), женщины – в 13,3% (n=26). Как видно из табл. 1, чаще всего встречались супружеские (партнерские) ПГСУ, далее следовали смешанные, внесемейные, детские и семейные. Поясним, что к детским ПГСУ относили случаи убийств лиц, не достигших 18-летнего возраста. Если родитель совершал убийство своего сына или дочери совершеннолетнего возраста (18 лет и старше), такие ПГСУ квалифицировались нами как семейные; к смешанным ПГСУ мы относили случаи, когда жертвами инцидента становились лица из разных групп (двух и более групп из выше перечисленных).

В городской местности было совершено 64,1% ПГСУ, в сельской – 39,9%; в весеннее время – 34,9%, летнее – 27,7%, осеннее – 20,0%, зимнее – 17,4%.

В семейных ПГСУ в 50% случаев жертвами были родители (отцы – в пяти случаях, матери – в четырех), в 22,2% – жены (сожительницы) вместе с детьми и/или с другими родственниками, в 11,1% – взрослые дети (сыновья). Редко жертвами ПГСУ становились незнакомые люди (прохожие, полицейские, работники скорой помощи, люди в компании родных и близких). Среди знакомых людей убитыми оказывались соседи, любовники жен, друзья, сослуживцы (коллеги по работе), одноклассники (студенты одного ВУЗа), учителя (преподаватели).

Так называемые «альтруистические (altruistic homicide-suicide)» ПГСУ наблюдались всего у двух женщин, убивших своих детей, чтобы «избавить их от будущих мучений», «некому будет за ними ухаживать» [23]. Среди пожилых пар в нашей выборке случаев «убийств из милосердия» (“mercy killing”) мы не обнаружили, хотя они известны и довольно распространены за рубежом [10, 17]. В пяти случаях мужчины с

ПГСУ, либо имели онкологическую патологию, которая доставляла им страдания (боль), либо подозревали какое-то «смертельное, тяжелое» заболевание, были недовольны оказанием медицинской помощи и, поэтому, нередко перед самоубийством убивали врачей [24, 25].

Среди семейных ПГСУ мы обнаружили один «пакт о самоубийстве» (suicide pact) [1], когда была договорённость между взрослыми людьми (матерью и её дочерью) о совместном самоубийстве, но в результате которого погиб (был убит) ещё и ребенок (внучка). В репортаже указывалось, что она до последнего сопротивлялась попытке прыгнуть вместе со своей матерью и бабушкой с крыши высотного дома и хотела остаться жить. Данный случай очень похож на индуцированное бредовое расстройство (либо конформный бред), квалификация которого зависит от клинической оценки психического состояния взрослых участников этого ПГСУ [11, 26, 27].

Структура ПГСУ, совершённых мужчинами и женщинами достоверно различалась ( $\chi^2=114,126$ ;  $df=4$ ;  $p<0,0001$ ). Детские ПГСУ были очень характерны для женщин (5,3 против 88,5% среди женщин;  $\chi^2=113,5$ ;  $df=1$ ;  $p<0,0001$ ), внесемейные ( $\chi^2=8,235$ ;  $df=1$ ;  $p=0,004$ ) и смешанные ( $\chi^2=8,742$ ;  $df=1$ ;  $p=0,003$ ) для мужчин; семейные встречались примерно с одинаковой частотой ( $\chi^2=1,912$ ;  $df=1$ ;  $p=0,308$ ).

В табл. 2 представлены виды ПГСУ с учётом числа жертв. Видно, что с двумя и более жертвами было 39% ПГСУ (максимальное число жертв – пять), с одной – 61%. Структура ПГСУ с одной жертвой различались между полами ( $\chi^2=107,822$ ;  $df=8$ ;  $p<0,001$ ), как и ПГСУ с одной и многочисленными (двумя, тремя и более) жертвами ( $\chi^2=111,160$ ;  $df=8$ ;  $p<0,001$ ); но сравнение ПГСУ с двумя, тремя и более жертвами между собой не достигало статистических различий ( $p>0,05$ ).

Таблица 2

Виды ПГСУ в изучаемой выборке с учётом числа жертв

ПГСУ	Оба пола	Мужчины	Женщины
Постгомицидные самоубийства с одной жертвой (n=119; 61,0%)			
Супружеские (партнерские)	59	57	2
Детские	21	6	15
Семейные	13	13	-
Внесемейные	26	26	-
собутыльники	8	8	-
друзья, знакомые, соседи	13	13	-
незнакомые люди	5	5	-
Постгомицидные самоубийства с двумя жертвами (n=51; 26,2%)			
Детские	10	3	7
Семейные	3	2	1
Внесемейные	10	10	-
Смешанные	28	28	-
жена / сожительница, ребенок	17	17	-
жена / сожительница и любовник	5	5	-
жена / сожительница и другие люди	5	5	-
дочь и её сожитель	1	1	-
Постгомицидные самоубийства с тремя и более жертвами (n=25; 12,8%)			
Детские	1	-	1
Семейные	2	2	-
Внесемейные	6	6	-
Смешанные	16	16	-
жена / сожительница, дети	10	10	-
жена / сожительница, дети и др. люди	4	4	-
дети и др. люди	2	2	-

ПГСУ с двумя и более жертвами чаще совершали лица в возрасте до 60 лет (42,9 против 12% у пожилых людей;  $\chi^2=8,773$ ;  $df=1$ ;  $p=0,003$ ), преимущественно с использованием огнестрельного оружия (52,6 против 35,3% с одной жертвой;  $\chi^2=5,721$ ;  $df=1$ ;  $p=0,016$ ).

Как видно из табл. 3, самым частым способом убийства и самоубийства было использование огнестрельного оружия (в подавляющем числе случаев охотничья ружья). Довольно часто преступники прибегали к колюще-режущим предметам (ножам) и удушению. Из способов самоубийств, кроме огнестрельного оружия, использовалось повешение, холодное оружие и падение с высоты. Другие орудия / способы встречались довольно редко. Достоверные различия обнаруживались только для огнестрельного оружия как способа убийства мужчин (50,9 против 33,6% среди женщин;  $\chi^2=8,394$ ;  $df=1$ ;  $p=0,003$ ).

После убийства совершили самоубийство до трех дней 94,4% (n=184) человека (сразу –

74,9%), в течение одного дня – 16,9% (n=33), двух дней – 1,0% (n=2), трех – 1,5% (n=3); от трёх дней до одного месяца – 5,6% (n=11), в том числе в течение 8-12 дней – три случая (1,5%), двух недель – три (1,5%), трёх недель – один (1,0%), один месяц – четыре человека (2,1%). Из 11 случаев семь самоубийств были совершены убийцами в следственном изоляторе в промежутке от двух недель до одного месяца.

Как правило, самоубийства совершались в том же самом месте, что и убийство, обычно в квартирах, домах, хозяйственных постройках и подсобных (гараж, сарай, чердак, кладовка и т.д.) помещениях. Значительно реже это были машины и людные места (административные здания предприятий, офисы и служебные кабинеты с несколькими сотрудниками, магазины, торгово-развлекательные центры), дворы домов и площади городов, проезжая (пешеходная) часть дороги, лесные массивы и водоемы (реки).

Таблица 3

Орудия/способы убийств и самоубийств ПГСУ в сравниваемых группах

Орудия/способы	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	n	%	n	%	n	%
Орудия/способы убийств						
Огнестрельное	120	40,0	55	50,9	65	33,9
Холодное	116	38,7	37	34,3	79	41,2
Удушение	31	10,3	9	8,3	22	11,4
Тупое	9	3,0	1	0,9	8	4,2
Падение с высоты	8	2,7	3	2,8	5	2,6
Утопление	6	2,0	1	0,9	5	2,6
Взрыв	2	0,6	-	-	2	1,0
Несколько	8	2,7	2	1,9	6	3,1
Орудия / способы самоубийств						
Огнестрельное	82	42,1	82	48,5	-	-
Повешение	65	33,3	52	30,8	13	50,0
Холодное	28	14,4	27	15,9	1	3,9
Падение с высоты	12	6,2	4	2,4	8	30,7
Отравление	3	1,5	1	0,6	2	7,6
Транспортное средство	2	1,0	2	1,2	-	-
Утопление	1	0,5	-	-	1	3,9
Взрыв	1	0,5	1	0,6	-	-
Несколько	1	0,5	-	-	1	3,9

Способы убийств и самоубийств совпадали в 63,6% (n=124) случаев, чаще всего с использованием огнестрельного (n=77) и холодного (n=25) оружия. Алкогольное опьянение у убийцы указывалось в 17,4% (n=34) случаев.

Как видно из табл. 4, чаще причинами ПГСУ были разрыв партнерских отношений, расставание, развод (24,6%) и различные конфликты, пьяные ссоры (20,5%). Структура мотивов ПГСУ между полами достоверно различалась ( $\chi^2=21,866$ ;  $df=5$ ;  $p<0,0005$ ). Среди женщин достоверно чаще встречались различные психические расстройства (38,5 против 10,0% у мужчин;  $\chi^2=15,380$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ), в первую очередь шизофрения и депрессивные состояния (послеродовые, реактивные, эндогенные), а среди мужчин – разрыв партнерских (супружеских) отношений (27,8 против 3,8% у женщин;  $\chi^2=5,742$ ;  $df=1$ ;  $p=0,01$ ); по другим причинам

различия между половыми группами были недостоверны  $p>0,05$ ).

В табл. 5 представлены основные демографические показатели ПГСУ. Видно, что половозрастные структуры убийц / самоубийц ( $\chi^2=7,272$ ;  $df=4$ ;  $p=0,121$ ), а также их жертв ( $\chi^2=8,798$ ;  $df=5$ ;  $p=0,117$ ) достоверно не различались ( $p>0,05$ ). Более 70% жертв и 99% убийц / самоубийц было в возрастной группе 18 лет и старше.

Обсуждение результатов.

Изучение ПГСУ в СМИ и интернете является, по нашему мнению, вполне допустимым методом исследования особенно при отсутствии регистрации таких случаев в судебно-медицинских экспертных организациях, редким направлением ПГСУ на посмертную судебно-психиатрическую экспертизу [21, 22].

Таблица 4

Причины ПГСУ

Причина	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	n	%	n	%	n	%
Расставание, развод	48	24,6	47	27,8	1	3,8
Конфликты, ссоры	40	20,5	38	22,5	2	7,7
Психические расстройства	27	13,8	17	10,0	10	38,5
Финансовые причины	14	7,2	11	6,5	3	11,5
Прочие	15	7,7	13	7,7	2	7,7
Неизвестные обстоятельства	51	26,2	43	25,5	8	30,8

Таблица 5

## Поло-возрастные группы преступников и жертв ПГСУ

Возрастные группы	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	n	%	n	%	n	%
Возраст жертв						
До 1 года	13	4,3	5	4,6	8	4,2
1-17	74	24,7	35	32,4	39	20,3
18-24	25	8,3	8	7,4	17	8,9
25-39	87	29,0	33	30,6	54	28,1
40-64	81	27,0	20	18,5	61	31,7
≥ 65	20	6,7	7	6,5	13	6,8
Возраст убийц / самоубийц						
≤ 17	2	1,0	2	1,2	-	-
18-24	15	7,7	12	7,1	3	11,5
25-39	75	38,5	60	35,5	15	57,7
40-64	90	46,1	84	49,7	6	23,1
≥ 65	13	6,7	11	6,5	2	7,7

Это связано с тем обстоятельством, что правоохранительные органы нашей страны в большинстве случаев выносят постановления об отказе в возбуждении уголовного дела по признакам преступлений, предусмотренных ст. 105 (убийство) и ст. 110 Уголовного кодекса РФ (по факту смерти убийцы, доведение до самоубийства) в соответствии с п. 1, ч.1, ст. 24 Уголовно-процессуального кодекса РФ, то есть за отсутствием состава и события преступления [6]. В сложившейся ситуации использование интернета считаем адекватным источником сбора информации о ПГСУ. Аналогичным образом проводилось исследование в Китае, основанное на 63 случаях, взятых из газетных репортажей центральных газетных изданий [17]. Исследование ПГСУ на материалах, опубликованных в СМИ, проводилось в Англии и Уэльсе, Италии, Нидерландах, США [11-14, 18-20]. Последующее сопоставление полученных результатов с данными судебно-медицинских исследований в этих странах подтвердили справедливость многих выводов в отношении структуры ПГСУ, социально-демографических и криминологических показателей [5, 9, 23, 27].

В подавляющем числе исследований ПГСУ преступниками в 75-92% случаев были мужчины, что совпадает с полученными (86,7%) нами данными. Ещё одним подтверждением этому может служить анализ 134 ПГСУ из 24 субъектов РФ, в котором мужчины-убийцы совершили посткриминальный суицид в 91,8% случаев [6]. Большинство (94,3%) собранных нами случаев полностью соответствовали классическим

критериям ПГСУ (совершение самоубийства после убийства в течение одной недели) [3, 23], но и в 5,7% наблюдений, превышающих этот временной интервал, прослеживалась безусловная связь между самоубийством и убийством [9].

Типологическая структура ПГСУ в РФ в целом соответствует данным зарубежной литературы. Считаем оправданным выделение смешанного типа ПГСУ для случаев с убийством двух и более человек. Возможно, что этот тип соответствует «другим видам ПГСУ», встречающимся в некоторых англоязычных публикациях [8, 10], хотя его содержание не раскрывается в тексте.

В нашем исследовании доля ПГСУ (39%) с двумя и более жертвами несколько превышает аналогичные показатели литературы (12-28,6%), что может быть связано со сбором материала в электронных СМИ. В частности, известно, что журналисты ряда изданий в погоне за рейтингами могут отдавать предпочтение публикациям более сенсационных и шокирующих случаев и игнорирование «неинтересных» (банальных) убийств [28].

Как показало исследование ПГСУ, огнестрельное гражданское оружие в России является самым распространённым способом убийства (40,0%) и самоубийства после совершенного убийства (42,1%), что соответствует показателям большинства стран мира [5, 29-31]. Однако при сравнении ПГСУ с обычными убийствами оказывается, что в России с применением огнестрельного оружия совершается

29% убийств, колюще-режущих предметов – около 21% [32] против 40% и 38,7% по данным проведённого исследования (табл. 3). Смертность мужчин в результате убийств в России более чем в три раза превосходит смертность женщин (21,4 против 6,0 у женщин на 100 тыс. человек) [32]; при ПГСУ наблюдалось обратное отношение полов – 108 жертв среди лиц мужского пола и 192 – среди женского (табл. 3).

При сравнении ПГСУ с обычными самоубийствами в России получены ещё более контрастные различия. Как известно, самым распространённым способом самоубийств в нашей стране является повешение (84,3% от всех завершённых самоубийств), на долю самоубийств с использованием огнестрельного оружия приходилось 4%, самоубийств с помощью колюще-режущих предметов – 2,9%, падению с высоты – 2% [33]; при ПГСУ соответственно – 33,3, 42,1, 14,4 и 6,2% (табл. 3).

В нашей выборке большинство ПГСУ совершалось в помещениях (квартирах, частных домах), что также совпадает с данными литературы [29, 34]. Однако точное место (конкретная комната жилища) указывалось редко, поэтому не включалось нами в анализ.

Половозрастная структура ПГСУ преступников и жертв совпадает с рядом зарубежных исследований [10, 27], как и средний возраст участников деликтов [23, 33, 34]. По данным Р.Г. Ардашева (134 уголовных дела из 24 субъектов РФ), в возрасте до 32 лет находилось 63% убийц, совершивших затем самоубийств, от 33 до 50 лет – 27% [6]. В нашем исследовании таковых было 20,5 и 41,5% соответственно.

Что касается сравнения причин ПГСУ с данными литературы, возникают трудности, обусловленные социально-психологическими и культурными различиями в разных странах мира, наличием широкого спектра мотивов для совершённых убийств / самоубийств [1-5]. Можно подтвердить высокую значимость в совершении ПГСУ разрыва отношений между партнёрами, проблемы взаимоотношений (конфликты) [2, 23] и влияние психических расстройств [9, 11, 26, 30]. Распространённость и структура психических расстройств в нашем исследовании соответствует материалам, основанных на газетных репортажах (СМИ) и сведениям из Интернета [27].

По мнению Р.Г. Ардашева, типичный убийца-суицидент в РФ, это мужчина в воз-

расте 18-50 лет, имеющий в 90% случаев неполное среднее или среднее образование, ранее (в 70%) привлекавшийся к уголовной ответственности (в 58% имеющий судимость за преступления против личности или хулиганство), склонный к употреблению психоактивных веществ и обнаруживающий признаки психического расстройства, склонный к физическому насилию и аутоагрессии [6]. Данное наблюдение противоречит фактам зарубежных исследований, в котором преступники с ПГСУ отличаются от обычных убийц высоким уровнем образования, отсутствием судимости, редкими случаями домашнего насилия и злоупотребления психоактивными веществами [10, 31, 35]. Впрочем, в Китае ПГСУ чаще совершали граждане с низким образованием и профессиональным уровнем, с психическими расстройствами (30%) и не имеющие работы [17, 23].

Мы не включали в исследование приличное число ПГСУ (встречаются в сообщениях из многих регионов РФ), совершённых убийцами в следственных изоляторах (местах заключения), так как были не известны сроки и другие важные подробности деликта (не прослеживалась причинная связь между убийством и самоубийством); было также исключено несколько случаев «убийств по неосторожности» (на охоте, при игре подростков с огнестрельным оружием) с последующим самоубийством виновников причинения такой смерти [35].

Ограничениями нашего исследования являются отсутствие сведений о распространённости ПГСУ в России, их динамике и межрегиональных сопоставлениях, выявлении факторов, влияющих на изучаемую криминальную активность. Приведенная информация о психических расстройствах и ПГСУ (у преступников и жертв) является весьма краткой и неполной, как и упоминание о состоянии опьянения. Требуют серьёзных уточнений причины ПГСУ, анализ ситуаций, способствующих противоправному деликту и последующему за ним самоубийству [7, 21, 22].

Заключение.

ПГСУ составляют небольшую часть суицидального поведения в популяции (примерно 3 случая на 1 млн жителей), однако вместе с убийствами жертв число смертей увеличивается в три и более раза. Случаи ПГСУ оказывают шокирующее влияние на общество, особенно на непосредственных свидетелей и знакомых умерших людей.

Проведённое исследование позволило получить первые сведения о структуре ПГСУ в нашей стране, половозрастных показателей убийц / самоубийц и их жертв, криминологических аспектах деяния (месте и времени самоубийства, орудиях / способах убийств, самоубийств, числе жертв), представления о вероятных причинах ПГСУ, вкладе алкогольного опьянения и психических расстройствах. Обобщая изложенное выше, можно констатировать, что ПГСУ в России мало отличаются от

других стран мира. Однако в России в настоящее время не отработан алгоритм учёта ПГСУ, отсутствуют показатели их распространённости, что пока не позволяет обосновать дифференцированные меры профилактики ПГСУ. Тем не менее, приведённые в работе данные о высокой доле ПГСУ, совершённых с помощью огнестрельного оружия, с двумя и более жертвами, являются веским аргументом против либерализации существующего порядка оборота гражданского оружия в стране.

## Литература:

1. Byard R.W. Murder-Suicide: An Overview. *Forensic Pathology Reviews*. 2005; 3: 337-347.
2. Eliason S. Murder-suicide: a review of the recent literature. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*. 2009; 37 (3): 371-376.
3. Large M., Smith G., Nielssen O. The epidemiology of homicide followed by suicide: a systematic and quantitative review. *Suicide Life Threat. Behav.* 2009; 39 (3): 294-306. doi:10.1521/suli.2009.39.3.294
4. Liem M. Homicide followed by suicide: A review. *Aggress. Violent Behav.* 2010; 15 (3): 153-161. doi: 10.1016/j.avb.2009.10.001
5. Liem M., Oberwittler D. Homicide Followed by Suicide in Europe. Handbook of European Homicide Research: Patterns, Explanations, P. and Country Studies. *Springer Science+Business Media*, 2012. P. 197-215. doi: 10.1007/978-1-4614-0466-8\_12
6. Ардашев Р.Г. Вопросы теории и практики расследования убийств, сопряженных с посткриминальным суицидом правонарушителя. Иркутск, 2015. 220 с.
7. Голенков А.В. Постгомицидные самоубийства. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 3-15. doi.org /10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-3-15
8. Barraclough B., Harris E.C. Suicide preceded by murder: the epidemiology of homicide-suicide in England and Wales 1988-92. *Psychol. Med.* 2002; 32 (4): 577-584.
9. Merzagora I., Travaini G., Battistini A., Pleuteri L. Murder-suicide in the province of Milan, Italy: criminological analysis of cases 1990-2009. *Med. Sci. Law*. 2011; 51 (2): 87-92. doi: 10.1258/msl.2010.010086
10. Flynn S., Swinson N., While D., Hunt I.M., Roscoe A., Rodway C., Kapur N., Appleby L., Shaw J. Homicide followed by suicide: a cross-sectional study. *J. Forensic Psychiatry & Psychology*. 2009; 20 (2): 306-321. doi: 10.1080/14789940802364369
11. Flynn S., Gask L., Shaw J. Newspaper reporting of homicide-suicide and mental illness. *B.J. Psych. Bull.* 2015; 39 (6): 268-272. doi: 10.1192/pb.bp.114.049676
12. Roma P., Spacca A., Pompili M., Lester D., Tatarelli R., Girardi P., Ferracuti S. The epidemiology of homicide-suicide in Italy: a newspaper study from 1985 to 2008. *Forensic Sci. Int.* 2012; 10-214 (№1-3). e1-5. doi: 10.1016/j.forciint. 2011.06.022
13. Oliffe J.L., Han C.S., Drummond M., Sta Maria E., Bottorff J.L., Creighton G. Men, Masculinities, and Murder-Suicide. *Am. J. Mens Health*. 2015; 9 (6): 473-485. doi: 10.1177/1557988314551359
14. Liem M.C.A., Koenraadt F. Homicide-suicide in the Netherlands: A study of newspaper reports, 1992-2005. *J. Forensic Psychiatry and Psychology*. 2007; 18 (4): 482-493.
15. Adinkrah M. Homicide-suicide in Ghana: perpetrators, victims, and incidence characteristics. *Int. J. Offender Ther. Comp Criminol.* 2014; 58 (3): 364-387. doi: 10.1177/0306624X12470530
16. Emmanuel M.K., Campbell M.H. Commentary: homicide-suicide in the Caribbean. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*. 2012; 40 (4): 469-471.
17. Densley J., Hilal S.M., Li S.D., Tang W. Homicide-Suicide in

## References:

1. Byard R.W. Murder-Suicide: An Overview. *Forensic Pathology Reviews*. 2005; 3: 337-347.
2. Eliason S. Murder-suicide: a review of the recent literature. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*. 2009; 37 (3): 371-376.
3. Large M., Smith G., Nielssen O. The epidemiology of homicide followed by suicide: a systematic and quantitative review. *Suicide Life Threat. Behav.* 2009; 39 (3): 294-306. doi:10.1521/suli.2009.39.3.294
4. Liem M. Homicide followed by suicide: A review. *Aggress. Violent Behav.* 2010; 15 (3): 153-161. doi: 10.1016/j.avb.2009.10.001
5. Liem M., Oberwittler D. Homicide Followed by Suicide in Europe. Handbook of European Homicide Research: Patterns, Explanations, P. and Country Studies. *Springer Science+Business Media*, 2012. P. 197-215. doi: 10.1007/978-1-4614-0466-8\_12
6. Ardashev R.G. Theoretical and practical issues of investigation of murder cases involving post-criminal suicide of offenders. Irkutsk, 2015. 220 p. (In Russ)
7. Golenkov A.V. Post-homicide suicides: review of literature. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 3-15. (In Russ) doi: https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-3-15.
8. Barraclough B., Harris E.C. Suicide preceded by murder: the epidemiology of homicide-suicide in England and Wales 1988-92. *Psychol. Med.* 2002; 32 (4): 577-584.
9. Merzagora I., Travaini G., Battistini A., Pleuteri L. Murder-suicide in the province of Milan, Italy: criminological analysis of cases 1990-2009. *Med. Sci. Law*. 2011; 51 (2): 87-92. doi: 10.1258/msl.2010.010086
10. Flynn S., Swinson N., While D., Hunt I.M., Roscoe A., Rodway C., Kapur N., Appleby L., Shaw J. Homicide followed by suicide: a cross-sectional study. *J. Forensic Psychiatry & Psychology*. 2009; 20 (2): 306-321. doi: 10.1080/14789940802364369
11. Flynn S., Gask L., Shaw J. Newspaper reporting of homicide-suicide and mental illness. *B.J. Psych. Bull.* 2015; 39 (6): 268-272. doi: 10.1192/pb.bp.114.049676
12. Roma P., Spacca A., Pompili M., Lester D., Tatarelli R., Girardi P., Ferracuti S. The epidemiology of homicide-suicide in Italy: a newspaper study from 1985 to 2008. *Forensic Sci. Int.* 2012; 10-214 (№1-3). e1-5. doi: 10.1016/j.forciint. 2011.06.022
13. Oliffe J.L., Han C.S., Drummond M., Sta Maria E., Bottorff J.L., Creighton G. Men, Masculinities, and Murder-Suicide. *Am. J. Mens Health*. 2015; 9 (6): 473-485. doi: 10.1177/1557988314551359
14. Liem M.C.A., Koenraadt F. Homicide-suicide in the Netherlands: A study of newspaper reports, 1992-2005. *J. Forensic Psychiatry and Psychology*. 2007; 18 (4): 482-493.
15. Adinkrah M. Homicide-suicide in Ghana: perpetrators, victims, and incidence characteristics. *Int. J. Offender Ther. Comp Criminol.* 2014; 58 (3): 364-387. doi: 10.1177/0306624X12470530
16. Emmanuel M.K., Campbell M.H. Commentary: homicide-suicide in the Caribbean. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*. 2012; 40 (4): 469-471.
17. Densley J., Hilal S.M., Li S.D., Tang W. Homicide-Suicide in

- China: an Exploratory Study of Characteristics and Types Asian. *J. Criminology*. 2017; 12 (3): 199–216. doi: 10.1007/s11417-016-9238-1
18. Warren-Gordon K., Byers B.D., Brodt S.J., Wartak M., Biskupski B. Murder followed by suicide: a newspaper surveillance study using the New York Times Index. *J. Forensic Sci.* 2010; 55 (6): 1592-1597. doi: 10.1111/j.1556-4029.2010.01473.x
19. Malphurs J.E., Cohen D. A newspaper surveillance study of homicide-suicide in the United States. *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 2002; 23 (2): 142-148. 10.1097/0000433-200206000-00006
20. Hannah S.G., Turf E.E., Fierro M.F. Murder-suicide in central Virginia: a descriptive epidemiologic study and empiric validation of the Hanzlick-Koponen typology. *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1998; 19 (3): 275-283.
21. Голенков А.В. Постгомицидные самоубийства: описание 5 случаев. *Российский психиатрический журнал*. 2017; 2: 12-16.
22. Голенков А.В. Распространенность и особенности постгомицидных суицидов на примере одного из регионов России. *Психическое здоровье*. 2018; 16 (2): 9-13. doi: 10.25557/2074-014X.2018.02.9-13
23. Chan C.Y., Beh S.L., Broadhurst R.G. Homicide-suicide in Hong Kong, 1989-1998. *Forensic. Sci. Int.* 2004; 140 (2-3): 261-267.
24. Salari S. Patterns of intimate partner homicide suicide in later life: strategies for prevention. *Clin. Interv Aging*. 2007; 2 (3): 441-452.
25. Голенков А.В. Гибель медицинских работников от рук больных (психиатрический аспект). *Медицинская сестра*. 2018; 20 (1): 20-23. doi: 10.29296/25879979-2018-01-06
26. Roma P., Pazzelli F., Pompili M., Lester D., Girardi P., Ferracuti S. Mental illness in homicide-suicide: a review. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*. 2012; 40 (4): 462-468.
27. Flynn S., Gask L., Appleby L., Shaw J. Homicide-suicide and the role of mental disorder: a national consecutive case series. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2016; 51 (6): 877-884. doi: 10.1007/s00127-016-1209-4
28. Cohen D., Llorente M., Eisdorfer C. Homicide-suicide in older persons. *Am. J. Psychiatry*. 1998; 155 (3): 390-396. doi:10.1176/ajp.155.3.390
29. De Koning E., Piette M.H. A retrospective study of murder-suicide at the Forensic Institute of Ghent University, Belgium: 1935-2010. *Med. Sci. Law*. 2014; 54 (2): 88-98. doi: 10.1177/0025802413518018
30. Kotzé C., Khamker N., Lippi G., Naidu K., Pooe J.M., Funeka B., Sokudela F.B., Roos L. Psychiatric and Other Contributing Factors in Homicide-Suicide Cases, from Northern Gauteng, South Africa Over a Six-Year Period. *Int. J. Forensic Mental Health*. 2018; 17 (1): 35-44. doi.org/10.1080/14999013.2017.1416004
31. Liem M., Nieuwebeerta P. Homicide followed by suicide: a comparison with homicide and suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2010; 40 (2): 133-145. doi:10.1521/suli.2010.40.2.133
32. Щербакoва Е.М. Смертность от убийств в мире в 2012 году. *Демоскоп Weekly*. 2014: 623-624. URL: [http://demoscope.ru/weekly/2014/0623/barometer\\_623.pdf](http://demoscope.ru/weekly/2014/0623/barometer_623.pdf).
33. Sumarokov Y.A., Brenn T., Kudryavtsev A.V., Nilssen O. Variations in suicide method and in suicide occurrence by season and day of the week in Russia and the Nenets Autonomous Okrug, Northwestern Russia: a retrospective population based mortality study. *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 224. doi: 10.1186/s12888-015-0601-z
34. Carcach C., Grabosky P.N. Murder-suicide in Australia Australian Institute of Criminology Trends and Issues in Crime and Criminal Justice. Canberra, 1998. March. № 82. 6 p.
35. McPhedran S., Eriksson L., Mazerolle P., De Leo D., Johnson H., Wortley R. Characteristics of Homicide-Suicide in Australia: A Comparison With Homicide-Only and Suicide-Only Cases. *J. Interpers Violence*. 2018; 33 (11): 1805-1829. doi: 10.1177/0886260515619172
- China: an Exploratory Study of Characteristics and Types Asian. *J. Criminology*. 2017; 12 (3): 199–216. doi: 10.1007/s11417-016-9238-1
18. Warren-Gordon K., Byers B.D., Brodt S.J., Wartak M., Biskupski B. Murder followed by suicide: a newspaper surveillance study using the New York Times Index. *J. Forensic Sci.* 2010; 55 (6): 1592-1597. doi: 10.1111/j.1556-4029.2010.01473.x
19. Malphurs J.E., Cohen D. A newspaper surveillance study of homicide-suicide in the United States. *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 2002; 23 (2): 142-148. 10.1097/0000433-200206000-00006
20. Hannah S.G., Turf E.E., Fierro M.F. Murder-suicide in central Virginia: a descriptive epidemiologic study and empiric validation of the Hanzlick-Koponen typology. *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1998; 19 (3): 275-283.
21. Golenkov A.V. Posthomicide suicide: a description of 5 cases. *Russian Psychiatric Journal*. 2017; 2: 12-16. (In Russ)
22. Golenkov A.V. Prevalence and peculiarities of post-homicide suicides on the example of one of the regions of Russia. *Mental health*. 2018; 16 (2) 9-13. doi: 10.25557 / 2074-014X.2018.02.9-13. (In Russ)
23. Chan C.Y., Beh S.L., Broadhurst R.G. Homicide-suicide in Hong Kong, 1989-1998. *Forensic. Sci. Int.* 2004; 140 (2-3): 261-267.
24. Salari S. Patterns of intimate partner homicide suicide in later life: strategies for prevention. *Clin. Interv Aging*. 2007; 2 (3): 441-452.
25. Golenkov A.V. The death of medical workers at the hands of patients (psychiatric aspect). *Medical sister*. 2018; 20 (1): 20-23. doi: 10.29296 / 25879979-2018-01-06 (In Russ)
26. Roma P., Pazzelli F., Pompili M., Lester D., Girardi P., Ferracuti S. Mental illness in homicide-suicide: a review. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*. 2012; 40 (4): 462-468.
27. Flynn S., Gask L., Appleby L., Shaw J. Homicide-suicide and the role of mental disorder: a national consecutive case series. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2016; 51 (6): 877-884. doi: 10.1007/s00127-016-1209-4
28. Cohen D., Llorente M., Eisdorfer C. Homicide-suicide in older persons. *Am. J. Psychiatry*. 1998; 155 (3): 390-396. doi:10.1176/ajp.155.3.390
29. De Koning E., Piette M.H. A retrospective study of murder-suicide at the Forensic Institute of Ghent University, Belgium: 1935-2010. *Med. Sci. Law*. 2014; 54 (2): 88-98. doi: 10.1177/0025802413518018
30. Kotzé C., Khamker N., Lippi G., Naidu K., Pooe J.M., Funeka B., Sokudela F.B., Roos L. Psychiatric and Other Contributing Factors in Homicide-Suicide Cases, from Northern Gauteng, South Africa Over a Six-Year Period. *Int. J. Forensic Mental Health*. 2018; 17 (1): 35-44. doi.org/10.1080/14999013.2017.1416004
31. Liem M., Nieuwebeerta P. Homicide followed by suicide: a comparison with homicide and suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2010; 40 (2): 133-145. doi:10.1521/suli.2010.40.2.133
32. Shcherbakova E.M. Deaths from killings in the world in 2012. *Demoscope Weekly*. 2014: 623-624. URL: [http://demoscope.ru/weekly/2014/0623/barometer\\_623.pdf](http://demoscope.ru/weekly/2014/0623/barometer_623.pdf). (In Russ)
33. Sumarokov Y.A., Brenn T., Kudryavtsev A.V., Nilssen O. Variations in suicide method and in suicide occurrence by season and day of the week in Russia and the Nenets Autonomous Okrug, Northwestern Russia: a retrospective population based mortality study. *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 224. doi: 10.1186/s12888-015-0601-z
34. Carcach C., Grabosky P.N. Murder-suicide in Australia Australian Institute of Criminology Trends and Issues in Crime and Criminal Justice. Canberra, 1998. March. № 82. 6 p.
35. McPhedran S., Eriksson L., Mazerolle P., De Leo D., Johnson H., Wortley R. Characteristics of Homicide-Suicide in Australia: A Comparison With Homicide-Only and Suicide-Only Cases. *J. Interpers Violence*. 2018; 33 (11): 1805-1829. doi: 10.1177/0886260515619172



## POST-HOMICIDE SUICIDES IN RUSSIA

A.V. Golenkov, F.V. Orlov, I.E. Bulygina, E.S. Deomidov

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia; golenkovav@inbox.ru

### Abstract:

At the moment there have been few studies of post-homicide suicides (PHSU) in the indigenous literature, and those are mainly based on studying them in the Chuvash Republic (a region of Russia). The aim is to analyze the characteristics of the PHSU performed in the regions of the Russian Federation over the past 10 years. Materials and methods. The Internet was used to search for PHSU in all 85 regions of the Russian Federation from January 1, 2009 to June 30, 2019 using a combination of the words "Homicide and suicide in the region". Information was collected on 195 cases of PHSU in 67 regions of the Russian Federation (from 1 to 7 cases), committed by 169 men and 26 women aged from 16 to 86 years (average age –  $42.6 \pm 15.9$  years), and 300 victims (108 males and 192 females) aged from 2 months to 93 years (average age –  $31.2 \pm 20.3$  years). For each case of PHSU, socio-demographic indicators and features of delict were analyzed. Mathematical-statistical processing was carried out using descriptive statistics and with Pearson's chi-squared ( $\chi^2$ ) test. Results. Men performed PHSU in 86.7%, women – in 13.3%. The most common were marital (partner) PHSU (30,3%), followed by mixed (22,6%), extra-family (21,5%), children (16,4%), and family (9,2%). Children's PHSU were characteristic for women (88,5%), extra-familial and mixed – for men; family PHSU occurred at about the same frequency. There were 39% of PHSU with two or more victims, 61% – with one. The most common method of murder and suicide was the use of firearms (40%); often criminals opted for pointed or bladed weapon (38,7%) and strangulation (10,3%). Of the methods of suicide, except for firearms (42,1%), hanging (33,3%), edged weapon (14,4%) and falling from a height were not uncommon (6,2%). Significant differences were found only for firearms as a way of killing men. After the murder, 184 (94.4%) people committed suicide during three days (74.9% at once), 5.6% did that in the period of over three days to one month. As a rule, suicides were committed at the same place as the murder (various premises). The methods of murder and suicide coincided in 124 (63.6%) cases. Alcoholic intoxication was registered in 34 (17.4%) PHSU. The most common causes of PHSU were the break in partnerships (24.6%) and various conflicts, drunken quarrels (20.5%). Among women, various mental disorders were significantly more common, and among men – separation from a partner. Over 70% of victims and 99% of murderers/suicides were in the age group of 18 years and older. Conclusion: Similarity with other countries of the world can be traced in the typological structure of the PSGU, demographic and criminological indicators, social, psychological and psychiatric reasons. PSGU as the cause of mortality of the population is still little studied.

*Keywords:* post-homicide suicides, Russia, criminological and demographic features, Internet media reporting

### Вклад авторов:

*A.V. Голенков:* разработка дизайна исследования; обзор публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи;  
*Ф.В. Орлов:* обзор и перевод публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;  
*И.Е. Булыгина:* обзор публикаций по теме статьи, анализ полученных данных, статистический анализ;  
*Е.С. Деомидов:* обзор публикаций по теме статьи, анализ полученных данных.

### Authors' contributions:

*A.V. Golenkov:* developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, article editing;  
*F.V. Orlov:* reviewing and translated relevant publications, analysis of the obtained data;  
*I.E. Bulygina:* reviewing of publications of the article's theme, statistical analysis;  
*E.S. Deomidov:* reviewing of publications of the article's theme.

**Финансирование:** 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: 03.07.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 27.07.2019.

Для цитирования: Голенков А.В., Орлов Ф.В., Булыгина И.Е., Деомидов Е.С. Постгомицидные самоубийства в России. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 32-41. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-32-41

For citation: Golenkov A.V., Orlov F.V., Bulygina I.E., Deomidov E.S. Post-homicide suicides in Russia. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 32-41. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-32-41

## **ВЛИЯНИЕ ПОЛА ДЕТЕЙ, ВОСПИТАННЫХ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, НА ИХ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ**

*М.А. Байкова, А.В. Меринов*

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

### Контактная информация:

Байкова Мария Александровна (SPIN-код: 8162-8750; ORCID Id: 0000-0002-7009-0705; Researcher ID: T-7129-2017). Место учёбы: очный аспирант кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390026, Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д.9. Телефон: (4912) 75-43-73, электронный адрес: baqkovamari@gmail.com

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 7508-2691; ORCID iD 0000-0002-1188-2542; Researcher ID: M-3863-2016). 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, д. 9. Телефон: (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

Целью исследования было выявление влияния пола «взрослых детей алкоголиков» (ВДА) на набор аутоагрессивных характеристик, появляющихся в результате воспитания в «алкогольной» семье. Материалы и методы: обследованы 259 студентов старших курсов ВУЗа. Из них 135 человек составили группу юношей, чьи родители страдают алкогольной зависимостью (ЮРА), 124 – девушки из аналогичных семей (ДРА). Обработка данных производилась на базе компьютерных программ STATISTICA 7.0 и SPSS-Statistics. Было проведено фронтальное сравнение, которое убедительно показало различие между указанными выше группами в отношении проявлений аутоагрессии. Далее общие группы были разделены на подгруппы в зависимости от парентальной фигуры, страдающей алкогольной зависимостью, с целью более углубленного анализа возможного наличия соотношения и взаимосвязи пола как самих респондентов, так и их родителей с набором аутоагрессивных характеристик ВДА. Результаты: в отношении суицидальной аутоагрессии статистически значимые отличия были обнаружены лишь при сравнении групп ДРА и ЮРА. Их показатели по наличию парасуицида в анамнезе составили 13% и 24% соответственно. При разделении общих групп на подгруппы не было обнаружено статистически значимых отличий в отношении основных классических аутоагрессивных паттернов поведения. Среди респондентов, чьи матери страдают алкогольной зависимостью, обнаружено, что юноши в большей степени аутоагрессивны, чем девушки. Девушки, имеющие мать, страдающую алкогольной зависимостью (ДМА), в 7% наблюдений имели несчастные случаи в анамнезе, 13% из них имели опасные хобби, 3% – склонны к самоповреждающему поведению, 20% – к рискованному поведению, 7% респонденток употребляли наркотические средства. Юноши, чьи матери страдают алкогольной зависимостью (ЮМА), превосходят ДМА по тем же показателям в 2 и более раз. Среди юношей, чьи отцы страдают алкогольной зависимостью (ЮОА), 31% имеет опасное хобби, 20% отмечали ЧМТ, 30% оценивают себя злоупотребляющими алкоголем, 28% пробовали наркотические препараты. Среди девушек, чьи отцы страдают алкогольной зависимостью (ДОА), соответствующие показатели составили – 12%, 5%, 10% и 10%. Аутоагрессивные характеристики в группах респондентов, у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью (ДМОА и ЮМОА), соответственно представлены следующим образом: подверженность физическому и/или сексуальному насилию среди ДМОА – 3%, ЮМОА – 27%, обморожение в анамнезе 9% и 33% соответственно, общение с будущим суицидентом – 6% и 37%, чувство безысходности в последние 2 года – 50% и 10%, чувство вины в последние 2 года – 59% и 17% соответственно. Выводы. Таким образом, различия в половой принадлежности ВДА, так же как и родителя, страдающего алкогольной зависимостью, оказывают влияние на спектр аутоагрессивных характеристик и их проявления в исследуемых группах. Это необходимо учитывать при обращении человека в профильные психиатрические, наркологические, кризисные службы для персонификации профилактических мероприятий, а также для разграничения групп риска ВДА и адекватного подбора тактики терапевтического вмешательства.

*Ключевые слова:* взрослые дети алкоголиков (ВДА), алкогольная зависимость, суицидология, аутоагрессия, превенция в суицидологии, факторы риска суицидального поведения

До сих пор при изучении сопутствующих алкогольной зависимости феноменов остаётся традиционно широким спектр поднимаемых

учёными вопросов [1, 2, 3]. Одними из них является феномен созависимости, и включаемый некоторыми исследователями в его структуру

феномен «взрослых детей алкоголиков» (ВДА) [4, 5, 6]. Описанный в литературе как продолжение, но в более узком понимании, созависимости [7, 8, 9, 10, 11], тем не менее, данный феномен остаётся игнорируемым практически специалистами, да и многими учёными. Лишь в последние несколько лет данная ситуация стала исправляться посредством обогащения теоретической базы понимания данного явления и его основных характеристик, обуславливающих общую неблагополучность ВДА [12, 13, 14, 15, 16, 17].

Как в отечественной, так и в зарубежной литературе было проведено немало исследований, которые описывают основные аутоагрессивные и наркологические характеристики ВДА, постулируют их повышенную проблемность в отношении суицидального риска [6, 8-17]. Данные исследования демонстрируют гетерогенность «взрослых детей алкоголиков». Ранее в своих публикациях мы убедительно проиллюстрировали влияние пола и числа парентальных фигур, страдающих алкогольной зависимостью, на спектр аутоагрессивных характеристик их потомства, и зависимость аутоагрессивной гетерогенности лиц данной когорты от родительского влияния [18, 19]. В процессе нашей дальнейшей исследовательской работы возникла необходимость проверки гипотезы о влиянии пола самих ВДА на их спектр аутоагрессивной «нагруженности», проявляющийся в процессе воспитания алкогольным (ми) родителем (ми).

Целью данной работы было выявление влияния пола ВДА на профиль аутоагрессивных характеристик, появляющихся в результате воспитания в «алкогольной» семье.

#### Материалы и методы.

Для решения поставленных задач нами были обследованы 259 студентов старших курсов ВУЗа. Из них 124 человека составили респондентки, имеющие хотя бы одного родителя, страдающего от алкогольной зависимости (ДРА, средний возраст в группе составил – 20,50±0,12); 135 – респонденты, имеющие хотя бы одного родителя, страдающего алкогольной зависимостью (ЮРА, средний возраст в группе – 21,37±0,17). Верификация диагноза родителей производилась либо при личном контакте с родителями респондента, либо посредством дистанционного интервью с использованием различных программ (Skype, WhatsApp, Viber). Все интервьюированные нами родители нахо-

дились на второй стадии алкогольной зависимости.

Изначальный дизайн исследования предполагал сравнение двух групп респондентов, имеющих родителя, страдающего алкогольной зависимостью, различных по гендерной принадлежности. В последующем, для более углублённого анализа возможного наличия соотношения и взаимосвязи пола как самих респондентов, так и их родителей с набором аутоагрессивных характеристик, была произведено разделение общих групп ДРА и ЮРА по признаку различия родительской фигуры, страдающей алкогольной зависимостью. Таким образом, получены следующие исследуемые подгруппы:

ДМА – девушки, мать которых страдает алкогольной зависимостью (n=30. Средний возраст в группе составил 20,3±0,25 года).

ДОА – девушки, отец которых страдает алкогольной зависимостью (n=60. Средний возраст в группе составил 20,52±0,16 года).

ДМОА – девушки, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью (n=34. Средний возраст в группе составил 20,67±0,27 года).

ЮМА – юноши, мать которых страдает алкогольной зависимостью (n=31. Средний возраст в группе составил 21,42±0,40 года).

ЮОА – юноши, отец которых страдает алкогольной зависимостью (n=74. Средний возраст в группе – 21,46±0,22 года).

ЮМОА – юноши, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью (n=30. Средний возраст в группе составил 21,1±0,30 года).

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [20]. Для оценки показателей личностно-психологического характера были использованы: тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI) Плутчека-Келлермана-Конте, тест Mini-Mult (сокращённый вариант MMPI), а также опросник для диагностики специфики переживания гнева State Anger Inventory – STAXI. Для наглядной демонстрации суицидального статуса использовался интегративный показатель КПСН (коэффициент просуицидальной напряжённости) [20].

Обработка данных и их статистический анализ проводились на базе компьютерной программы STATISTICA 7.0 и SPSS-Statistics.

Таблица 1

Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов поведения в группах девушек и юношей, родители которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДРА n=124		ЮРА n=135		$\chi^2$ или t	P
	n	%	n	%		
Суицидальная попытка в анамнезе	16	12,9	32	23,7	4,99	0,0254
КПСН, M±m	0,47±0,03		0,76±0,05		-4,89529	0,000002

Применение статистических методов определения достоверности различий между изучаемыми группами также определялось характером распределения и типом исследуемых переменных. В случае нормального распределения признаков с учётом параметрического характера переменных применялся t-критерий Стьюдента. В иных случаях применялись методы непараметрической статистики (использовались метод  $\chi^2$ , а также  $\chi^2$  с поправкой Йетса). Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости  $p < 0,05$ . Выборочные дескриптивные статистики представлены в виде M±m (среднее значение группы по исследуемому признаку и ошибка среднего), а также абсолютных и относительных цифр.

Результаты и их обсуждение.

При проведении сравнений в общих группах (ДРА и ЮРА) было обнаружено, что в зависимости от гендерной принадлежности ВДА происходит статистически значимое изменение в склонности респондентов проявлять те или иные аутоагрессивные «характеристики». В

отношении суицидальных аутоагрессивных показателей между респондентами ДРА и ЮРА были обнаружены ряд статистически значимых отличий, приведенных в таблице 1. Можно отметить, что респонденты ВДА мужского пола в большей степени склонны к проявлению классической суицидальной аутоагрессии. Их большая антивитаальность также подтверждается интегральным показателем КПСН, который оценивает просуицидальную напряжённость респондентов. Здесь стоит отметить, что в отношении наличия суицидальных мыслей среди респондентов ДРА и ЮРА статистически значимых отличий обнаружено не было, процентное соотношение по данному признаку в указанных группах составило 40% и 43% соответственно. То же касается и показателя КПСН за два последних года, что говорит, об одинаковом «аутоагрессивном потенциале» в исследуемых группах в последние два года.

Перейдём к сравнению основных несуицидальных аутоагрессивных паттернов поведения среди респондентов ДРА и ЮРА.

Таблица 2

Статистически значимые отличия в отношении несуицидальных аутоагрессивных паттернов поведения в группах девушек и юношей, родители которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДРА n=124		ЮРА n=135		$\chi^2$	P
	n	%	n	%		
Наличие перелома в анамнезе	24	19,3	47	34,8	7,76	0,0053
Сложные операции в анамнезе	12	9,6	30	22,2	7,49	0,0062
ЧМТ в анамнезе	9	7,3	24	17,8	6,43	0,0112
Несчастный случай в анамнезе	27	21,8	47	34,8	5,39	0,0203
Склонность к перееданию и/или голоданию	76	61,3	63	46,7	5,56	0,0184
Опасное хобби в течение последних 2-х лет	16	12,9	34	25,2	6,26	0,0124
Опасное хобби в анамнезе	17	13,7	43	31,9	11,95	0,0005
Братание в течение последних 2-х лет	11	8,9	26	19,3	5,70	0,0170
Братание в течение жизни	19	15,3	43	31,9	9,70	0,0018
Склонность к неоправданному риску в анамнезе	30	24,2	58	43	10,15	0,0014
Обморожение в анамнезе	10	8,1	25	18,5	6,04	0,0140
Выраженная гетероагрессивность в течение жизни (субъективная оценка)	52	41,9	78	57,8	6,49	0,0109
Незащищенный половой контакт в течение последних 2-х лет	3	2,4	20	14,8	12,27	0,0005

При анализе данных таблицы 2 становится очевидным, что юноши, имеющие хотя бы одного родителя алкоголика в большей мере, чем девушки, имеющие хотя бы одного родителя алкоголика, реализуют свой аутоагрессивный потенциал посредством социально приемлемых видов аутоагрессии. В случае ЮРА аутоагрессивные паттерны поведения представлены соматическим направлением (переломы, операции, ЧМТ, обморожения в анамнезе), аддиктивным направлением, которое будет рассмотрено ниже (злоупотребление алкоголем, наркотиками, курение), и «социально приемлемым» саморазрушающим поведением (братание, несчастные случаи, опасное хобби, склонность к неоправданному риску, незащищенные половые контакты в анамнезе).

Перейдём к анализу наркологических характеристик в группах респондентов ДРА и ЮРА. При анализе таблицы 3 обращает на себя внимание высокий процент представленности различного рода аддиктивных характеристик, настораживающий в отношении сформированности разного рода химических зависимостей. В этой связи, согласно представленным выше

данным, группа ЮРА выглядит менее благополучной. Стоит отметить, что в предыдущих наших исследованиях при сравнении женской когорты с группой контроля, респондентки женского пола, имеющие хотя бы одного родителя алкоголика, также вызвали беспокойство в плане начала формирования алкогольной зависимости [18, 19].

Для более углубленного анализа и оценки взаимосвязи пола как самих респондентов, так и их родителей с профилем аутоагрессивных характеристик, было произведено разделение общих групп ДРА и ЮРА по признаку различия родительской фигуры, страдающей алкогольной зависимостью.

При сравнении групп респондентов ДМА и ЮМА в отношении классических суицидальных аутоагрессивных паттернов поведения не было обнаружено статистически значимых различий. При этом среди респондентов ДМА суицидальные мысли и попытки встречались с частотой 23% и 10% соответственно, в то время как среди ЮМА показатели по тем же характеристикам составили 28% и 25% соответственно.

Таблица 3

Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик в группах девушек и юношей, родители которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДРА n=124 M±m		ЮРА n=135 M±m		$\chi^2$ или t	P
	n	%	n	%		
Злоупотребление алкоголем в течение последних 2-х лет (субъективная оценка)	15	12,1	30	22,2	4,62	0,0317
Злоупотреблением алкоголем в анамнезе (субъективная оценка)	22	17,7	42	31,1	6,21	0,0127
Курение	32	25,8	51	37,8	4,25	0,0392
Стал курить больше в последние 2 года	22	17,7	40	29,6	5,02	0,0251
Употребление наркотиков последние 2 года	15	12,1	29	21,5	4,04	0,0445
Употребление наркотиков ранее последних 2-х лет	9	7,3	30	22,2	11,32	0,0008
Употребление наркотиков в анамнезе	15	12,1	41	30,4	12,74	0,0004
Выпивает 100-200 гр. водки несколько раз в год	28	22,6	7	5,2	16,73	0,0000
Выпивает 200 гр. водки 3-4 раза в месяц	11	8,9	29	21,5	7,87	0,0050
Выпивает 250 гр. водки 2 раза в неделю	4	3,2	18	13,3	8,50	0,0036
Наличие ощущения того, что следует сократить употребление спиртных напитков	21	16,9	46	34,1	9,90	0,0017
Наличие чувства раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил о необходимости сократить употребление спиртных напитков	16	12,9	33	24,4	5,61	0,0178
Наличие чувства вины, связанного с употреблением спиртных напитков	29	23,4	55	40,7	8,88	0,0029
Наличие желания принять спиртное при пробуждении после употребления накануне алкогольных напитков	2	1,6	12	8,9	6,69	0,0097
Сумма ответов по тесту CAGE	0,55±0,08		1,08±0,12		3,60389	0,000377

Таблица 4

Статистически значимые отличия в отношении несуицидальных аутоагрессивных характеристик среди девушек и юношей, чьи матери страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМА n=30		ЮМА n=31		$\chi^2$	P
	n	%	n	%		
Несчастный случай в анамнезе	2	6,7	10	32,3	6,32	0,0120
Опасное хобби ранее последних 2-х лет	1	3,3	9	30	7,35	0,0067
Опасное хобби в анамнезе	4	13,3	11	35,5	4,03	0,0446
Братание в течение последних 2-х лет	0	0	8	25,8	8,91	0,0028
Братание ранее последних 2-х лет	1	3,3	9	30	7,35	0,0067
Братание в течение жизни	1	3,3	11	35,5	9,97	0,0016
Обморожение в анамнезе	1	3,3	6	19,4	3,85	0,0497
Склонность к неоправданному риску в течение последних 2-х лет	5	16,7	13	41,9	4,68	0,0305
Склонность к неоправданному риску в анамнезе	6	20	16	51,6	6,61	0,0102

Анализируя данные таблицы 4, мы видим, что респонденты ЮМА в большей степени склонны реализовать свой аутоагрессивный потенциал посредством несуицидальных эквивалентов, нежели респондентки ДМА. Основные способы для выражения своей аутодеструктивности юноши, чьи матери страдают алкогольной зависимостью, находят в «социально приемлемых» способах выражения саморазрушения: излишней склонности к риску, наличии опасных для жизни хобби, несчастных случаях, термической травме и ритуальных самоповреждениях (братаниях и т.п.).

Перейдём к сравнению основных предикторов аутоагрессивного поведения среди респондентов ДМА и ЮМА (табл. 5).

Хорошо видно, что респондентки ДМА в отличие от респондентов ЮМА часто испытывают желание обратиться за помощью к психиатру / психотерапевту. Желание подобного обращения с позиции суицидологии одновременно воспринимается и как протективный феномен (человек ищет помощи, в известной мере

осознаёт свои проблемы), так и является показателем группы риска, обуславливая высокий уровень просуицидальной напряжённости, готовность совершить попытку суицида [20]. Девушки, матери которых страдают алкогольной зависимостью, чаще, чем юноши из аналогичных семей испытывают чувство безысходности, в большинстве своём верят в Бога и в меньшей степени, чем ЮМА способны к нарушению общепринятых моральных норм. Респонденты ЮМА в 61,3% случаев склонны к длительно переживаемому чувству одиночества, при этом лишь в 12,9% испытывают чувство безысходности, что логично сочетается с верой в реинкарнацию: на «второй шанс» в жизни. Вера в непрерывный цикл перерождений является событием, обесценивающим происходящее «здесь и сейчас», даёт «индугенцию» на неразумные действия в текущей жизни.

На следующем этапе бы проведён анализ наркологических характеристик среди респондентов ДМА И ЮМА (табл. 6).

Таблица 5

Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения среди девушек и юношей, чьи матери страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМА n=30		ЮМА n=31		$\chi^2$	P
	n	%	n	%		
Испытываю желание обратиться за помощью к психиатру	9	30	0	0	10,22	0,0014
Чувство одиночества	9	30	19	61,3	3,98	0,0461
Чувство безысходности в течение последних 2-х лет	13	43,3	4	12,9	7,02	0,0081
Вера в Бога	25	83,3	14	45,2	9,63	0,0019
Вера в реинкарнацию	5	16,7	15	48,3	8,22	0,0041
Легкость нарушения норм морали и нравственности	10	33,3	23	74,2	10,25	0,0014

Таблица 6

Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик среди девушек и юношей, чьи матери страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМА n=30		ЮМА n=31		$\chi^2$	P
	n	%	n	%		
Употребление наркотиков в течение последних 2-х лет	2	6,7	9	29	5,16	0,0231
Употребление наркотиков в анамнезе вообще	2	6,7	10	32,3	6,32	0,0120

В отношении аддиктивного профиля респондентов из семей, в которых мать страдает алкогольной зависимостью, следует отметить, что в отношении показателей, касающихся алкогольной зависимости и табакокурения статистически значимых отличий получено не было. При этом, в исследованиях группа – контроль респонденты ДМА и ЮМА не отличались благополучием в отношении данных, касающихся злоупотребления спиртными напитками. Однако юноши, чьи матери страдают алкогольной зависимостью, в большей степени, чем девушки из семей, где мать страдает алкогольной зависимостью, склонны к злоупотреблению различными наркотическими средствами и ПАВ.

Согласно интегральному показателю КПСН следует, что юноши, матери которых страдают алкогольной зависимостью, тем не менее, имеют более высокий аутоагрессивный потенциал ( $0,69 \pm 0,10$ ), чем девушки, чьи матери страдают алкогольной зависимостью ( $0,36 \pm 0,06$ ;  $t = -2,72059$ ;  $P = 0,008550$ ).

Сравним основные личностно - психологические характеристики в группах ДМА и ЮМА. При анализе данных таблицы 7 хорошо заметно, что юноши, чьи матери страдают алкогольной зависимостью, в большей степени, нежели девушки из подобных семей, склонны использовать интеллектуализацию, которая позволяет им абстрагироваться от актуальных

эмоций, что в некоторой степени блокирует их, переводит на неосознаваемый уровень. Что логично сочетается с их более высоким уровнем направленности агрессии на себя. Так же, среди ЮМА обнаруживается более высокий уровень таких родительских предписаний, как «Не принадлежи», «Не будь нормальным». Согласно теории Э. Берна [17, 20] данные предписания противопоставляют личность обществу, указывают на её более высокие притязания, при этом дают запрет на реализацию своих возможностей в реальном мире, делают человека «козлом отпущения», обуславливая тем самым более высокий уровень аутоагрессивности.

ДМА в большей степени склонны к регрессии, что позволяет им вести себя более инфантильно, чтобы привлечь к себе как можно больше внимания, «извлечь» из окружающих заботу, позволяет не решать актуальные жизненные проблемы, а становиться зависимыми от чужой воли. За счёт данного защитного механизма ДМА больше склонны к соматизации и ипохондрии, что сочетается с выраженностью в их личностной конструкции радикала психастении (Pt в Мини-Мульт). Так же респондентам исследуемой группы присущ такой механизм реагирования на происходящее как реактивное образование. Он обуславливает конвертацию неприемлемых личностью эмоций в социально одобряемые.

Таблица 7

Статистически значимые отличия в отношении личностно-психологических характеристик среди девушек и юношей, чьи матери страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМА n=30, M±m	ЮМА n=31, M±m	t	P
Послание «Не принадлежи»	13,4±1,35	17,65±1,13	-2,39745	0,019694
Послание «Не будь нормальным»	14,33±1,08	17,94±0,90	-2,54744	0,013478
Шкала Mini-Mult «Pt»	14,10±0,56	12,03±2,81	2,75238	0,007848
Защитный механизм «Регрессия»	6,03±0,39	4,45±0,52	2,38797	0,020162
Защитный механизм «Замещение»	5,07±0,52	3,71±0,41	2,02922	0,046955
Защитный механизм «Интеллектуализация»	5,8±0,41	7,00±0,34	-2,25468	0,027879
Защитный механизм «Реактивное образование»	3,6±0,33	1,58±0,19	5,25655	0,000002
Шкала STAXI «AX/IN «(Аутоагрессивность)»	14,1±0,86	16,65 ±0,71	-2,27706	0,026424

Таблица 8

Статистически значимые отличия в отношении неклассических аутоагрессивных характеристик среди девушек и юношей, чьи отцы страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДООА n=60		ЮООА n=74		$\chi^2$	P
	n	%	n	%		
Наличие сложных операций в анамнезе (более 2-х)	4	6,7	16	21,6	5,84	0,0157
ЧМТ в анамнезе	3	5	15	20,3	6,64	0,0100
Склонность к спонтанному перееданию/голоданию в течение последних 2-х лет	35	58,3	28	37,8	5,59	0,0181
Опасные для жизни хобби в последние 2 года	7	11,7	19	25,7	4,16	0,0414
Опасные хобби в анамнезе вообще	7	11,7	23	31,1	7,19	0,0073
Выраженная гетероагрессивность в течение жизни (субъективная оценка)	11	18,3	25	33,8	4,03	0,0448

Перейдём к сравнению суицидальных аутоагрессивных характеристик в группах ДООА и ЮООА. При сравнении основных отличий в отношении классических паттернов аутоагрессивного поведения среди ВДА, чьи отцы страдают алкогольной зависимостью, нами не было обнаружено статистически значимых отличий, кроме отличия по показателю КПСН (ДООА – 0,67±0,06; ЮООА – 1,11±0,10; t=3,75172; P=0,000389), который указывает на изначально более высокий уровень просуицидальной напряженности среди респондентов мужского пола. При этом среди респонденток ДООА суицидальные мысли в течение последних 2-х лет, суицидальные мысли в анамнезе, суицидальные попытки в течение последних 2-х лет, суицидальные попытки в анамнезе составили 25%, 35%, 7%, 8% соответственно. В мужской группе частота встречаемости по аналогичным показателям составила 23%, 36%, 7% и 18% соответственно.

Оценим представленность несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в группах ДООА и ЮООА. Из данных таблицы 8 видно, что девушки из семей, где отцы страдают алкогольной зависимостью, опережают юношей из аналогичных семей лишь по показателям спонтанных перееданий или голоданий в течение по-

следних 2-х лет, что в подавляющем большинстве случаев было связано с отчётливыми колебаниями настроения. В отношении остальных несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения респонденты ЮООА значительно опережают респонденток ДООА, что, возможно, обусловлено тем, что для юношей отцовская фигура является поло-ролевой моделью поведения, демонстрируя, что делать, и как себя вести в социуме, – как быть мужчиной. Больше 20% ЮООА имеют ЧМТ в анамнезе, 31% – опасные хобби, почти 34% оценивают себя выражено агрессивными (что часто сопряжено с провокацией недооцениваемой ответной реакции), в то время как среди ДООА соответствующие показатели составили 5%, 11,7%, 18,3%.

Рассмотрим представленность предикторов аутоагрессивного поведения в исследуемых группах (табл. 9). Обращает на себя внимание, что среди респонденток ДООА выше показатели в отношении наличия страха темноты в детстве, который является аналогом страха смерти во взрослом возрасте, собственно, самого страха смерти, выше способность долго терпеть боль. В то же время среди юношей, чьи родители страдают алкогольной зависимостью, почти в два раза больше респондентов, убежденных в наличии у себя физического недостатка.

Таблица 9

Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения среди девушек и юношей, чьи отцы страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДООА n=60		ЮООА n=74		$\chi^2$	P
	n	%	n	%		
Страх темноты в детстве	36	60	22	29,7	12,37	0,0004
Способность долго терпеть боль	31	51,7	52	70,3	4,86	0,0274
Наличие страха смерти	42	70	33	44,6	8,68	0,0032
Убежденность в наличии физического недостатка	9	15	22	29,7	4,04	0,0444



Таблица 10

Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик в группах девушек и юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДОА n=60 M±m		ЮОА n=74 M±m		χ <sup>2</sup> или t	P
	n	%	n	%		
Злоупотребление алкоголем в течение последних 2-х лет (субъективная оценка)	6	10	17	23	3,92	0,0477
Злоупотребление алкоголем ранее последних 2-х лет (субъективная оценка)	2	3,3	15	20,3	8,58	0,0034
Злоупотреблением алкоголем в анамнезе (субъективная оценка)	6	10	22	29,7	7,80	0,0052
Стал курить больше в последний год	7	11,7	24	32,4	8,03	0,0046
Курение в анамнезе вообще	11	18,3	30	40,5	7,70	0,0055
Употребление наркотиков в анамнезе	6	10	21	28,4	6,96	0,0084
Выпивает 200 гр. водки 3-4 раза в мес.	3	5	13	17,6	4,98	0,0257
Выпивает 250 гр. водки два раза в неделю	0	0	4	5,4	3,34	0,0675
Наличие ощущения того, что следует сократить употребление спиртных напитков	4	6,7	22	29,7	11,27	0,0008
Наличие чувства раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил о необходимости сократить употребление спиртных напитков	4	6,7	16	21,6	5,84	0,0157
Наличие чувства вины, связанного с употреблением спиртных напитков	10	16,7	31	41,9	9,93	0,0016
Наличие желания принять спиртное при пробуждении после употребления накануне алкогольных напитков	0	0	6	8,1	5,09	0,0240
Сумма ответов по тесту CAGE	0,31±0,07		1,01±0,15		3,93340	0,000135

Более низкие показатели у них страха темноты и страха смерти косвенно указывают на более низкую способность к осознанию ценности жизни, что логично сочетается с данными таблиц 8 и 9, и, возможно, указывает на более агрессивную поло-ролевою позицию.

Перейдём к сравнению наркологических характеристик респондентов в группах ДОА и ЮОА. Заметно, что юноши, чьи отцы страдают алкогольной зависимостью, в отличие от девушек из подобных семей, склонны к формированию алкогольной зависимости и других химических аддикций. Согласно нашему предыдущему исследованию респондентки ДОА статистически не отличались по наркологическим характеристикам от девушек из неалкогольных семей, что косвенно указывает на потенциальную опасность в отношении наркологической патологии для респондентов группы ЮОА [18]. В отличие от девушек, для юношей отец является значимой ролевой моделью, образцом для подражания, а так как в случае ВДА родитель является зависимым от алкоголя, то сыновья логично повторяют жизненные сценарии своих

отцов. Юноши, чьи отцы являются алкогольными аддиктами, в 23% случаев оценивают себя как злоупотребляющих алкоголем, 40,5% из них курят, 28,4% когда-либо употребляли наркотики, 17,6% выпивают 200 гр. водки 3-4 раза в месяц. При этом у 29,7% ЮОА присутствует ощущение, что им следовало бы сократить количество потребляемого спиртного, 41,9% испытывают чувство вины, связанное с употреблением алкоголя, 8,1% принимают спиртные напитки на утро, последовавшее за алкогольным эксцессом, для облегчения самочувствия. Все перечисленные показатели превышают таковые в группе респонденток ДОА в два и более раз.

Данное наблюдение убедительно показывает важность прояснения семейного анамнеза для профильных служб, а также учёт пола не только родителя, страдающего алкогольной зависимостью, но и пола лица, обратившегося за помощью.

Оценим личностно-психологические характеристики среди ВДА, чьи отцы страдают алкогольной зависимостью (табл. 11).

Таблица 11

Статистически значимые отличия в отношении личностно-психологических характеристик среди девушек и юношей, чьи отцы страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДОО n=60 M±m	ЮОО n=74 M±m	t	P
Послание «Не существуй»	14,88±0,72	17,01±0,67	2,09490	0,038091
Послание «Не будь значим»	15,42±0,84	19,19±0,90	3,01054	0,003125
Послание «Не делай это»	13,08±0,72	15,84±0,76	2,57761	0,011046
Послание «Не принадлежи»	11,78±0,75	15,74±0,84	3,44160	0,000775
Шкала Mini-Mult «Ма»	6,91±0,24	6,02±0,23	-2,63402	0,009446
Защитный механизм «Вытеснение»	2,98±0,22	4,73±0,28	4,77284	0,000005
Защитный механизм «Регрессия»	6,37±0,31	4,38±0,27	-4,84911	0,000003
Защитный механизм «Интеллектуализация»	4,8±0,26	6,08±0,26	3,42162	0,000829
Защитный механизм «Реактивное образование»	3,25±0,24	2,03±0,20	-4,00812	0,000102
Шкала STAXI «STATE-ANGER» (Агрессия как состояние)	0,88±0,26	2,11±0,43	2,28252	0,024058
Шкала STAXI «AX/IN» (Аутоагрессивность)	13,15±0,42	15,34±0,50	3,24660	0,001481
Шкала STAXI «AX/CON» (Уровень контроля агрессии)	17,47±0,58	19,92±0,49	3,25369	0,001447

Респонденты ЮОО опережают респонденток ДОО по представленности таких родительских предписаний, как «Не живи», «Не будь значим», «Не делай это», «Не принадлежи», обуславливающими не только базовый высокий уровень аутоагрессивности, но и чувство отчужденности в обществе, ощущение себя ничтожным, ничего не значащим, лишним, бессильным и растерянным. Данные предписания, согласно теории трансактного анализа [17, 20], передаются родителями своим детям, и обуславливают общий пул паттернов поведения и аттитюдов, интегрированных в сценарную парадигму жизни.

В отношении личностных особенностей девушки, чьи отцы являются алкоголиками, видно, что, согласно данным опросника Mini-Mult, имеют изначально более высокий фон настроения, что отвечает за более легкое отношение респонденток к событиям, происходящим в их жизни, разного рода стрессам. Шкала Ма обуславливает склонность к гипомании и гипертимный способ реагирования на актуальные жизненные обстоятельства, обесценивание значимости многих жизненных проблем.

ЮОО склонны в качестве основных психологических защит использовать «Вытеснение» и «Интеллектуализацию», в то время как ДОО больше применяют «Регрессию» и «Реактивное образование», что, до известной степени, согласуется с данными таблицы 7. Данное наблюдение указывает на то, что респондентки исследуемой группы женского пола склонны либо к выражению своих чувств в более эмо-

ционально незрелой форме, либо в их преобразовании в более социально приемлемые, в то время как респонденты исследуемой группы мужского пола предпочитают любыми способами не испытывать негативных эмоций, либо переводя их на абстрактно-когнитивный уровень, либо вытесняя их в подсознание.

При анализе характеристик проявления агрессии, обращает на себя внимание высокий уровень аутоагрессивности среди респондентов ЮОО, не укладывающийся в нормативные показатели теста Спилбергера; и изначально более высокий уровень у них агрессии, как состояния, и уровень контроля агрессии, который обуславливает её перенаправление внутрь.

Сравним суицидальные аутоагрессивные паттерны среди девушек и юношей, у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью. В отношении основных характеристик суицидального аутоагрессивного поведения респонденты групп ДМОА и ЮМОА статистически значимо не отличаются. Несмотря на то, что в предыдущих наших работах, при сравнении респондентов данных групп с респондентами групп контроля, исследуемые подгруппы являлись наиболее аутоагрессивными из всех выделенных нами подгрупп ВДА [18].

В отношении таких показателей как наличие суицидальных мыслей, суицидальных попыток респондентки группы ДМОА ответили положительно в 65% и 24% случаев соответственно. ЮМОА имели суицидальные мысли и попытки в 73% и 37% случаев соответственно.

Таблица 12

Статистически значимые отличия в отношении неклассических аутоагрессивных паттернов поведения в группах девушек и юношей, у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМОА n=34		ЮМОА n=30		$\chi^2$	P
	n	%	n	%		
Склонность к спонтанному перееданию и/или голоданию в течение последних 2-х лет	24	70,6	12	40	6,06	0,0138
Подверженность физическому и/или сексуальному насилию в течение последних 2-х лет	0	0	4	13,3	4,84	0,0279
Подверженность физическому и/или сексуальному насилию в анамнезе	1	2,9	8	26,7	7,42	0,0064
Склонность к неоправданному риску в течение последних 2-х лет	5	14,7	15	50	9,24	0,0024
Обморожение в анамнезе	3	8,8	10	33,3	5,91	0,0150
Незащищенный половой контакт в течение последних 2-х лет	1	2,9	12	40	13,52	0,0002

Статистически значимые отличия между исследуемыми группами обнаруживаются по показателю КПСН (ДМОА –  $0,67 \pm 0,06$ ; ЮМОА –  $1,11 \pm 0,10$ ;  $t=3,75172$ ;  $p=0,000389$ ), который отражает базовый высокий уровень аутодеструкции среди респондентов ЮМОА, что логично согласуется с данными табл. 1, 7 и 9.

Анализ несуицидальных аутоагрессивных паттернов в группах ДМОА и ЮМОА показал, что респонденты ЮМОА в большей степени склонны выражать свою базовую аутоагрессию «социально приемлемыми» способами в виде: склонности к риску, акцепции неоднократных травм, частой и затяжной соматической патологии, виктимного поведения. Респондентки ДМОА склонны к спонтанным моментам переедания или голодания в течение последних двух лет, в отличие от юношей из аналогичных семей. Стоит отметить, что показатели ряда аутоагрессивных феноменов у респонденток ДМОА в шесть и более раз ниже таковых у респондентов ЮМОА.

Рассмотрим представленность предикторов аутоагрессивного поведения в исследуемых группах (табл. 13). При анализе отличий среди предикторов аутоагрессивного поведения обращает на себя внимание, что в женской когорте их представленность обусловлена наличием спектра эмоций, встречающихся при сниженном настроении. Это и чувство вины, и безысходность. Также у 14,7% девушек исследуемой группы в анамнезе присутствует гибель родителя, в то время как среди юношей исследуемой группы данный показатель равен 0. Юноши, у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью, в 20,6% случаев обращались за терапией к психиатру. ЮМОА почти в 37% случаев общались с суицидентом в течение последних двух лет, больше половины из них испытывали страх темноты в детстве, 70% их них оценивают себя способными нарушить мораль, как и склонными обвинять в своих неудачах других людей.

Таблица 13

Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения среди девушек и юношей, у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМОА n=34		ЮМОА n=30		$\chi^2$	P
	n	%	n	%		
Лечение у психиатра в анамнезе	2	5,9	7	20,6	4,02	0,0451
Гибель родителя	5	14,7	0	0	9,24	0,0024
Общение с будущим суицидентом в последние 2 года	2	5,9	11	36,7	9,33	0,0023
Страх темноты в детстве	10	29,4	17	56,7	4,85	0,0276
Чувство вины в течение последних 2-х лет	20	58,8	5	16,7	11,90	0,0006
Чувство безысходности в течение последних 2-х лет	17	50	3	10	11,87	0,0006
Способность с легкостью нарушить нормы нравственности и морали (субъективная оценка)	7	20,6	21	70	15,81	0,0001
Склонность «винить во всем» окружающих	5	14,7	21	70	20,20	0,0000

Таблица 14

Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик в группах девушек и юношей, у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМОА n=34 M±m		ЮМОА n=30 M±m		$\chi^2$ или t	P
	n	%	n	%		
Выпивает 100-200 гр. водки несколько раз в год	12	35,3	0	0	13,03	0,0003
Выпивает 100 гр. водки несколько раз в месяц	12	35,3	1	3,3	10,06	0,0015
Выпивает 200 гр. водки 3-4 раза в месяц	3	8,8	9	30,0	4,69	0,0303
Выпивает 250 гр. водки два раза в неделю	2	5,9	14	46,7	14,14	0,0002
Наличие ощущения того, что следует сократить употребление спиртных напитков	11	32,4	21	70,0	9,04	0,0027
Наличие чувства раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорит о необходимости сократить употребление спиртных напитков	9	26,5	14	46,7	12,13	0,0005
Наличие чувства вины, связанного с употреблением спиртных напитков	13	38,2	21	70,0	6,46	0,0111
Наличие желания принять спиртное при пробуждении после употребления накануне алкогольных напитков	0	0	6	20,0	7,50	0,0062
Сумма ответов по тесту CAGE	0,97±0,18		2,07±0,28		3,36504	0,001317

Оценим наркологические характеристики в группах ДМОА и ЮМОА (табл. 14). При анализе полученных данных, мы видим, что 35,3% девушек, чьи родители страдают алкогольной зависимостью, выпивают не чаще 100 гр. водки несколько раз в месяц. В то же время 46,7% юношей, у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью, выпивают 250 гр. водки дважды в неделю, 30% из них – 200 гр. водки 3-4 раза в месяц, при этом отсутствует субъективная оценка себя в качестве злоупотребляющего, что встречалось среди респондентов предшествующих групп. ЮМОА опережают ДМОА по всем показателям теста CAGE. Таким образом, мы видим, что респонденты ЮМОА, возможно, находятся на стадии формирования алкогольной зависимости, либо

уже имеют её, что в суицидологическом плане является весьмастораживающим фактором [13, 20].

В заключении рассмотрим личностно-психологические характеристики, значимые для суицидологической практики, среди ВДА у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью (табл. 15).

В таблице 15 отражены основные отличия личностно-психологических характеристик респондентов исследуемых групп. Среди них мы видим, что у респондентов ЮМОА наиболее высокие показатели родительского предписания «Не существуй» не только в сравнении с ДМОА, но и среди остальных респондентов исследуемых групп юношей, у которых хотя бы один родитель страдает алкогольной зависимостью.

Таблица 15

Статистически значимые отличия в отношении личностно-психологических характеристик среди девушек и юношей, у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМОА n=34 M±m	ЮМОА n=30 M±m	t	P
Послание «Не существуй»	15,65±0,98	19,9±0,86	3,22309	0,002023
Послание «Не будь здоров»	14,24±1,10	17,17±0,91	2,02811	0,046851
Послание «Не будь нормальным»	14,68±1,04	17,9±1,12	2,11006	0,038896
Шкала Mini-Mult «D»	6,68±0,46	5,43±0,37	-2,05725	0,043875
Защитный механизм «Реактивное образование»	2,82±0,33	1,77±0,29	-2,34734	0,022116

Так же у ЮМОА более высокие показатели по предписаниям «Не будь здоров», «Не будь нормальным», которые в комбинации между собой могут обуславливать намечающуюся наркологическую патологию. В отношении показателей по тесту Mini-Mult респонденты ДМОА и ЮМОА различаются между собой лишь по шкале D (депрессии), которая описывает большую склонность к депрессивным реакциям, в данном случае у ДМОА. ДМОА в большинстве случаев склонны использовать защитный механизм психики «Реактивное образование», который позволяет преобразовывать негативные переживания в позитивные. При этом игнорируемая негативная эмоция периодически «может пробиваться наружу» [21].

Таким образом, различия в половой принадлежности ВДА, так же как и родителя, страдающего алкогольной зависимостью, оказывают влияние на спектр аутоагрессивных характеристик и их проявления у ВДА. Это необходимо учитывать при обращении человека в профильные психиатрические, наркологические, кризисные службы в качестве профилактики суицидальных и самоповреждающих тенденций, а также для разграничения групп риска ВДА и адекватного подбора тактики терапевтического вмешательства.

#### Выводы:

1. Пол «взрослого ребёнка алкоголика» оказывает влияние на спектр формируемых у него в процессе воспитания аутоагрессивных характеристик и их проявлений, так же как и пол родителя, страдающего алкогольной зависимостью.

#### Литература:

1. Калинин О.Ю., Малыгин В.А. Аддиктивное поведение: определение, модели, факторы риска. *Вестник новых медицинских технологий*. 2005; 12 (3-4): 36-38.
2. Кибитов А.О. Семейная отягощенность по наркологическим заболеваниям: биологические, генетические и клинические характеристики. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015; 25 (1): 98-104.
3. Bauer D., Hussong A. Telescoped trajectories from alcohol initiation to disorder in children of alcoholic parents. *J. Abnorm. Psychol.* 2010; 117 (1): 63-78. doi: 10.1037/0021-843X.117.1.63
4. Меринов А.В., Шустов Д.И., Лукашук А.В. Взрослые дети алкоголиков: суицидологические и экспериментально – психологические характеристики. *Вестник Витебского государственного медицинского университета*. 2015; 1: 97-102.
5. Кожина Е.Ю. Влияние семьи как один из факторов становления личности подростка. Профилактика

2. В целом, юноши, у которых родитель страдает алкогольной зависимостью, обладают более высоким базовым уровнем аутоагрессии, чем девушки, у которых родитель страдает алкогольной зависимостью.

3. В основном, аутодеструктивные импульсы юношей, у которых хотя бы один родитель страдает алкогольной зависимостью, выражаются в виде несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, таких как рискованное, виктимное, травматическое и аддиктивное поведение.

4. Юноши, у которых хотя бы один родитель страдает алкогольной зависимостью, склонны к формированию химических аддикций, в частности алкогольной зависимости, в большей степени, чем девушки, у которых хотя бы один родитель страдает алкогольной зависимостью.

5. При сравнении общих подгрупп юношей и девушек, чьи родители страдают алкогольной зависимостью, юноши в отношении классических аутоагрессивных паттернов отличаются большей просуйцидальной напряжённостью. При разделении общих групп на подгруппы в отношении классических аутоагрессивных показателей подгруппы юношей статистически не отличаются от женских подгрупп, а, следовательно, сопоставимы по их основным проявлениям.

6. Специалистам профильных кризисных служб необходимо учитывать не только пол родителя, страдающего алкогольной зависимостью, но и пол обратившегося для разграничения групп риска «взрослых детей алкоголиков» и подбора соответствующей терапии.

#### References:

1. Kalinichenko O.YU., Malygin V.A. Addiktivnoe povedenie: opredelenie, modeli, faktory riska [Addictive behavior: definition, models, risk factors]. *Vestnik novyh medicinskih tekhnologij [Journal of new medical technologies]*. 2005; 12 (3-4): 36-38. (In Russ)
2. Kibitov A.O. Semejnaya otyagoshchennost po narkologicheskim zabolevaniyam: biologicheskie, geneticheskie i klinicheskie karakteristiki [Familial vulnerability for addictions: biological, genetic and clinical characteristics]. *Sotsialnaya i klinicheskaya psixiatriya [Social and Clinical Psychiatry]*. 2015; 25 (1): 98-104. (In Russ)
3. Bauer D., Hussong A. Telescoped trajectories from alcohol initiation to disorder in children of alcoholic parents. *J. Abnorm. Psychol.* 2010; 117 (1): 63-78. doi: 10.1037/0021-843X.117.1.63
4. Merinov A.V., Shustov D.I., Lukashuk A.V. Vzroslye deti alkogolikov: suicidologicheskie i eksperimentalno – psixologicheskie karakteristiki [Adult children of alcoholics: suicidological, experimental and psychological characteristics]. *Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta [Journal L «Vestnik of Vitebsk State Medical University»]*. 2015; 1: 97-102. (In Russ)
5. Kozhina E.YU. Vliyanie semi kak odin iz faktorov stanovleniya lichnosti podrostka. Profilaktika addiktivnogo povedeniya [The

- аддиктивного поведения. *Известия Воронежского государственного педагогического университета*. 2016; 3 (272): 194-199.
6. Башманов В.В., Калиниченко О.Ю. Феномен созависимости медико-психо-социальный аспект. *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. 2015; 9 (1): 5-3.
7. Руженков В.А., Лукьянцева И.С., Руженкова В.В. Аддиктивное поведение студенческой молодежи: систематика, распространенность, клиника и профилактика. *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация*. 2015; 30 (10): 13-25.
8. Молоткова С.В. Опыт изучения созависимых родственников в семье с химическим аддиктом. *Вестник Калужского университета*. 2015; 3 (28): 114-118.
9. Rangarajan S. Mediators and moderators of parental alcoholism effects on offspring self-esteem. *Alcohol. Alcohol.* 2008; 43 (4): 481-491. doi: 10.1093/alcalc/agn034
10. Drapkin M.L., Eddie D., Buffington A.J., etc. Alcohol-specific coping styles of adult children of individuals with alcohol use disorders and associations with psychosocial functioning. *Alcohol and Alcoholism*. 2015; 50 (4): 463-469. doi: 10.1093/alcalc/agn023
11. Gąsior K. Diversifying childhood experiences of Adult Children of Alcoholics. *Alcohol. Drug Addict.* 2014; 27 (4): 289-304. doi: 10.1016/S0867-4361(14)70021-5
12. Schuckit M.A. et al. A 22-Year Follow-Up (Range 16 to 23) of Original Subjects with Baseline Alcohol Use Disorders from the Collaborative Study on Genetics of Alcoholism. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2018; 42 (9): 1704-1714. doi: 10.1111/acer.13810
13. Lee M.R., Chassin L., Villalta I.K. Maturing out of alcohol involvement: Transitions in latent drinking statuses from late adolescence to adulthood. *Dev. Psychopathol.* 2013; 25 (4): 1137-1153. doi: 10.1017/S0954579413000424
14. Park S., Schepp K.G. A theoretical model of resilience capacity: Drawn from the words of adult children of alcoholics. *Nurs. Forum*. 2018; 1-10. doi: 10.1111/nuf.12255
15. Лукашук А.В., Меринов А.В. Родительская аутоагрессия: связь с суицидальной активностью их потомства. *Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова*. 2017; 25 (1): 86-91.
16. Лукашук А.В. Роль семейного функционирования в генезе суицидальной активности детей. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (3): 90-92.
17. Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости: руководство для врачей. *Наркология*. 2017; 16 (2): 99-100.
18. Байкова М.А., Меринов А.В. Гетерогенность феномена «взрослых детей алкоголиков» с позиции аутоагрессивности: влияние парентальной аддиктивной фигуры. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 53-63.
19. Байкова М.А., Меринов А.В. Гетерогенность феномена «взрослых детей алкоголиков» с позиции суицидологии на примере мужской когорты. *Суицидология*. 2018; 9 (4): 35-46.
20. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2012: 273.
21. Жан Лапланш, Жан-Бертран Понталис. Словарь по психоанализу. М.: Центр гуманитарных инициатив, 2010. 752 с.
- family influence on adolescent development. Prevention of addictive behaviours]. *Izvestiya Voronezhskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta [Journal «Izvestia VSPU»]*. 2016; 3 (272): 194-199. (In Russ)
6. Bashmanov V.V., Kalinichenko O.YU. Fenomen sozavisimosti mediko-psiho-socialnyj aspect [The control of personal-characteristic behaviors of underage children with deviations in the prevention of juvenile delinquency]. *Vestnik novyh medicinskih tekhnologij. Elektronnoe izdanie [Journal of new medical technologies, eEdition]*. 2015; 9 (1): 5-3. (In Russ)
7. Ruzhenkov V.A., Lukiyancheva I.S., Ruzhenkova V.V. Addiktivnoe povedenie studencheskoj molodezhi: sistematika, rasprostranennost, klinika i profilaktika [Addictive behavior of students: classification, prevalence, clinical symptoms and prevention]. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Medicina. Farmaciya [Belgorod State University Scientific Bulletin. Medicine. Pharmacy]*. 2015; 30 (10): 13-25. (In Russ)
8. Molotkova S.V. Opyt izucheniya sozavisimyh rodstvennikov v seme s himicheskim addiktom [The experience of studying codependent relatives in the family with chemical addiction]. *Vestnik Kaluzhskogo universiteta [Journal Bulletin of Kaluga University]*. 2015; 3 (28): 114-118. (In Russ)
9. Rangarajan S. Mediators and moderators of parental alcoholism effects on off-spring self-esteem. *Alcohol. Alcohol.* 2008; 43 (4): 481-491. doi: 10.1093/alcalc/agn034
10. Drapkin M.L., Eddie D., Buffington A.J., etc. Alcohol-specific coping styles of adult children of individuals with alcohol use disorders and associations with psychosocial functioning. *Alcohol and Alcoholism*. 2015; 50 (4): 463-469. doi: 10.1093/alcalc/agn023
11. Gąsior K. Diversifying childhood experiences of Adult Children of Alcoholics. *Alcohol. Drug Addict.* 2014; 27 (4): 289-304. doi: 10.1016/S0867-4361(14)70021-5
12. Schuckit M.A. et al. A 22-Year Follow-Up (Range 16 to 23) of Original Subjects with Baseline Alcohol Use Disorders from the Collaborative Study on Genetics of Alcoholism. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2018; 42 (9): 1704-1714. doi: 10.1111/acer.13810
13. Lee M.R., Chassin L., Villalta I.K. Maturing out of alcohol involvement: Transitions in latent drinking statuses from late adolescence to adulthood. *Dev. Psychopathol.* 2013; 25 (4): 1137-1153. doi: 10.1017/S0954579413000424
14. Park S., Schepp K.G. A theoretical model of resilience capacity: Drawn from the words of adult children of alcoholics. *Nurs. Forum*. 2018; 1-10. doi: 10.1111/nuf.12255
15. Lukashuk A.V., Merinov A.V. Roditel'skaya avtoagressiya: svyaz s suicidalnoj aktivnostyu ih potomstva [Parental autoaggression: the link with suicidal activity of their posterity]. *Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik im. akademika I.P. Pavlova [I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald]*. 2017; 25 (1): 86-91. (In Russ)
16. Lukashuk A.V. Rol semejnogo funkcionirovaniya v geneze suicidalnoj aktivnosti detej [The role of family functioning in the genesis of suicidal activity among children]. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri [Academic Journal of West Siberia]*. 2016; 12 (3): 90-92. (In Russ)
17. SHustov D.I., Tuchina O.D. Psihoterapiya alkogolnoj zavisimosti: rukovodstvo dlya vrachej [Psychotherapy of alcohol addiction: a guide for doctors]. *Narkologiya [Narkology]*. 2017; 16 (2): 99-100. (In Russ)
18. Baykova M.A., Merinov A.V. Heterogeneity of the phenomenon "Adult Children of Alcoholics" from the position of autoaggression: the impact of the parental addictive figure. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 53-63. (In Russ)
19. Baykova M.A., Merinov A.V. Heterogeneity of the adult children of alcoholics from a position of suicidology on the example of a men's cogort. *Suicidology*. 2018; 9 (4): 35-46. (In Russ)
20. Merinov A.V. Autoagressivnoe povedenie i ozenka suicidalnogo riska u bolnyh alkogolnoj zavisimostyu i chlenov ih semej: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk [Autoaggressive behavior and the assessment of suicidal risk in patients with alcohol dependence and their family members: abstract. thesis. ... Dr. med sciences.]. Moskva, 2012. S. 273. (In Russ)
21. Zhan Laplansh, Zhan-Bertran Pontalis. Slovar po psihoanalizu [Dictionary of Psychoanalysis]. M.: Centr gumanitarnyh iniciativ, 2010. 752 s. (In Russ)

## INFLUENCE OF THE GENDER OF CHILDREN WHO ARE RAISED IN FAMILIES OF PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION ON THEIR SUICIDOLOGICAL CHARACTERISTICS

*M.A. Baykova, A.V. Merinov*

Ryazan State Medical University named acad. I.P. Pavlov, Ryazan, Russia; merinovalex@gmail.com

### Abstract:

The aim of the study was to identify the effect of the gender of the ACOA on a set of autoaggressive characteristics that appear as a result of upbringing in the "alcoholic" family. Materials and methods: we surveyed 259 senior university students. Of these, 135 people made up a group of young men whose parents suffer from alcohol addiction (YPA), and 124 – girls from similar families (GPA). Data processing was carried out on the basis of computer programs STATISTICA 7.0 and SPSS-Statistics. A frontal comparison was made, which convincingly showed the difference between the above groups in terms of manifestations of autoaggression. Further, the general groups were divided by us into subgroups depending on the parenteral figure suffering from alcohol dependence, with the aim of a more in-depth analysis of the possible presence of the relationship and relationship between the sex of both respondents and their parents with a set of autoaggressive characteristics of ACOA. Results: with respect to classical auto-aggression, we found statistically significant differences only in the frontal comparison of GPA and YPA groups. Their indicators on the presence of parasuicide in history were 13% and 24%, respectively. When dividing general groups into subgroups, we found no statistically significant differences in terms of the main classical autoaggressive behavior patterns. Among the respondents whose mothers suffer from alcohol dependence, we found young men to be more autoaggressive than girls. Of girls who have a mother who suffers from alcohol addiction (GMA), 7% get into accidents, 13% have dangerous hobbies in history, 3% are prone to self-harmful behavior, 20% are inclined to risk, 7% have used drugs. Young men whose mothers suffer from alcohol addiction (YMA) are 2 or more times more than GMA by the same indicators. Among young men whose fathers suffer from alcohol addiction (YFA), 31% have a dangerous hobby, 20% were exposed to TBI, 30% rate themselves with alcohol abusers, 28% tried narcotic drugs. Among girls whose fathers suffer from alcohol addiction (GFA), the corresponding figures were 12%, 5%, 10% and 10%. Autoaggressive characteristics in the groups of respondents, in which both parents suffer from alcohol addiction (GMFA and YMFA), respectively, are as follows: exposure to physical and/or sexual violence among GMFA – 3%, YMFA – 27%, frostbite in history 9% and 33% respectively, communication with suicide – 6% and 37%, respectively, hopelessness in the last 2 years – 50% and 10%, respectively, guilt in the last 2 years – 59% and 17%, respectively. Findings. Thus, differences in the sex of an ACOA, as well as a parent suffering from alcohol addiction, affect the spectrum of auto-aggressive characteristics and their manifestation in ACOA. What should be taken into account when a person applies to specialized psychiatric, narcological, crisis services as a prevention of suicidal and self-damaging tendencies, as well as to distinguish between groups at risk for ACOA and an adequate selection of tactics of therapeutic intervention.

*Keywords:* adult children of alcoholics (ACOA), alcohol addiction, suicidology, autoaggression, prevention in suicidology, risk factors for suicidal behavior

### Вклад авторов:

*M.A. Байкова:* обзор публикаций по теме статьи, получение данных для анализа, анализ полученных данных, статистический анализ, написание текста рукописи;  
*A.V. Меринов:* разработка дизайна исследования, обзор и перевод публикаций по теме статьи, написание текста рукописи; редактирование текста рукописи.

### Authors' contributions:

*M.A. Baykova:* reviewing of publications of the article's theme, obtaining data for analysis, analysis of the obtained data, statistical analysis, article writing;  
*A.V. Merinov:* developing the research design, reviewing and translated relevant publications, analysis of the obtained data, article editing.

**Финансирование:** 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: 27.12.2018. Принята к публикации / Accepted for publication: 26.05.2019.

**Для цитирования:** Байкова М.А., Меринов А.В. Влияние пола детей, воспитанных в семьях больных алкогольной зависимостью, на их суицидологические характеристики. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 42-55. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-42-55

**For citation:** Baykova M.A., Merinov A.V. Influence of the gender of children who are raised in families of patients with alcohol ADDICTION on their suicidological characteristics. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 42-55. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-42-55

## СПЕЦИФИКА ОТНОШЕНИЙ К ЖИЗНИ И СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПОСТСУИЦИДЕ И У ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ

К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, С.А. Чубина

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева», г. Москва, Россия

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия

ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева», г. Тула, Россия

### Контактная информация:

Чистопольская Ксения Анатольевна – клинический психолог (SPIN-код: 3641-3550; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009; Researcher ID: F-4213-2014). Место работы и должность: медицинский психолог Психиатрического отделения № 2 ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева». Адрес: Россия, 129327, г. Москва, ул. Ленская, 15. Электронный адрес: [ktchist@gmail.com](mailto:ktchist@gmail.com)

Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук, профессор (SPIN-код: 6911-9855; ORCID iD: 0000-0002-7899-424X; Researcher ID: C-2922-2016). Место работы и должность: заведующий отделом клинической психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34. Электронный адрес: [enikolopov@mail.ru](mailto:enikolopov@mail.ru)

Чубина Софья Александровна – врач-психиатр, психотерапевт (ORCID iD: 0000-0002-9112-2737; Researcher ID: U-4432-2017). Место работы и должность: заведующая отделением ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева». Адрес: Россия, 301105, Тульская область, Ленинский район, п. Петелино. Электронный адрес: [sonyaost@yandex.ru](mailto:sonyaost@yandex.ru)

Противоречивое и даже враждебное, стигматизирующее отношение врачей-психиатров к суицидентам отмечают разные исследования. Цель исследования: проверить наличие мировоззренческих различий в отношениях к жизни и смерти у этих двух групп. Материалы: опрос прошли 185 людей в остром постсуициде (2-14 дней, 64 юношей, 121 девушка, 16 до 27 лет,  $M=21,39\pm 2,42$ ) и 168 врачей-психиатров (49 мужчин, 119 женщин, 27 до 81 года,  $M=46,25\pm 13,88$ ). Методики: «Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо», краткий вариант опросника «Опыт близких отношений», «Тест жизнестойкости», краткий вариант опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти», анкета «Опыт смерти». Результаты: Анализ различий t-Стьюдента показал, что врачи и суициденты расходились по большинству выбранных показателей ( $d$  Коэна 0,21–0,77). Они не различались по суммарному показателю «Опыт смерти», однако врачи отмечали больше столкновений со смертью незнакомых людей ( $\chi^2(2,352)=37,57$ ;  $p<0,001$ ), а суициденты – личный опыт смерти ( $\chi^2(2,352)=8,837$ ;  $p=0,012$ ), опыт суицидальных попыток ( $\chi^2(2,352)=206,195$ ;  $p<0,001$ ), размышления о смерти ( $\chi^2(2,352)=38,73$ ;  $p<0,001$ ). Определение группы риска как зависимой переменной через бинарную логистическую регрессию дало значимые результаты ( $R^2$  Кокса и Снелла =0,41;  $R^2$  Нэйджелкерка =0,55; Хосмер и Лемешев  $\chi^2=12,40$ ;  $p=0,134$ ): для людей в остром постсуициде оказались наиболее характерны высокие показатели «Страх последствий для близких», «Тревожности в привязанности», «Негативного прошлого», «Гедонистического настоящего» и «Контроля»; низкие показатели «Нейтрального принятия смерти», «Избегания в привязанности», «Будущего». Иерархический регрессионный анализ показал, что для врачей наиболее наполненным отношением к смерти является «Нейтральное принятие смерти» ( $R^2=0,21$ ,  $F(8,158)=4,991$ ;  $p<0,001$ ), а для суицидентов – «Принятие смерти как бегства» ( $R^2=0,309$ ,  $F(8,184)=9,816$ ;  $p<0,001$ ). У суицидентов показатель «Гедонистического настоящего» вносил вклад в 3 разных конструкта, связанных со смертью: «Страх забвения» ( $b=0,530$ ;  $p=0,037$ ), «Страх трансцендентных последствий» ( $b=0,478$ ;  $p=0,041$ ) и «Нейтрального принятия смерти» ( $b=0,433$ ;  $p=0,01$ ). Выводы: У врачей-психиатров и людей в остром постсуициде наблюдаются мировоззренческие различия по следующим параметрам: самоощущение в привязанности, временные ориентации, принятие на себя ответственности, отношение к смерти. Это может провоцировать трудности в общении и поддержании терапевтического раппорта.

*Ключевые слова:* стигма, суицид, отношение к смерти, опыт смерти, временная перспектива, жизнестойкость, привязанность

Стигматизация суицидальных пациентов родственниками, знакомыми и медицинским персоналом – серьёзная общемировая проблема [1]. Недавнее исследование контрпереноса при работе с суицидальными пациентами показало, что хотя психиатры, психотерапевты и психологи более склонны признавать позитивный

контрперенос (то есть утверждать, что им нравится работать с суицидентами), «отвержение / ощущение западни» оказалось первым по значимости фактором среди различных вариантов отношений к таким пациентам [2]. Авторы предполагают, что такую констелляцию можно назвать «подавлением ненависти в контрпере-



носе», и поддерживают точку зрения других специалистов, что для искренней связи с суицидальным пациентом клиницист должен смотреть на мир глазами суицидента [3], что требует «эмпатического мужества» [3]. Другие авторы писали о том, что одновременное переживание дистресса и надежды у врачей является важным предиктором суицидальных попыток пациентов после выписки [4].

В современной западной литературе выделено направление, которое изучает «работу со смертью» [5] – работу профессионалов, часто имеющих дело со смертью и чувствами по отношению к ней (это врачи, медсестры, социальные работники, психологи, священники, психотерапевты). До этого уже много писали о риске выгорания, усталости сострадать и вторичной травматизации у людей помогающих профессий [6-10]. Worden J.W. [11] предположил, что консультанты по гореванию, которые справляются с собственным горем, лучше помогают людям в острый период. Другое исследование показало, что медицинские работники, которые положительно относятся к смерти и меньше её боятся, скорее готовы к обсуждениям вопросов смерти [12].

Группой социальных работников, которая провела обзор литературы, было предложено три сферы компетенций: знания и навыки, отношения и ценности [13]. Современное образование делает упор именно на первую сферу – знания и навыки, и часто недооценивает роль личности [14, 15]. Chan W.C.H. и Tin A.F. [6] на основе контент-анализа опроса социальных работников, медсестер и священников (всего 176 человек) выделили три сферы «я»-компетенций, которые эти авторы определяют как использование личностных ресурсов и совладания в работе со смертью. Первая сфера – собственно личностные ресурсы (личные качества или опыт помогающего профессионала): спокойствие, зрелость, опыт горевания, чувство юмора, терпение, готовность учиться, готовность сотрудничать, рациональность, широкий кругозор, способность смотреть на вещи с разных сторон, упорство, творчество, саморефлексия, осознание себя, харизма, страсть, любовь, открытость, искренность, гибкость, сострадание, позитивная энергия, тепло и самопонимание. Вторая сфера – экзистенциальное совладание (оно определяется способностью справляться с экзистенциальными проблемами (находить смысл жизни и смысл страдания),

которые возникают в работе со смертью), для этого требуется: чувство осмысленности, позитивная ориентация, чувство связности, целенаправленность жизни, а также вера в равенство в отношениях с клиентом, принятие неизбежности смерти и ограниченности человеческого существования, нахождение смысла в своей работе, вовлечённость в жизнь, роль религии, духовности, надежды и веры в экзистенциальном поиске смысла. Эмоциональное совладание – третья сфера «я» компетенций – это способность справляться с эмоциями, вызванными работой со смертью. Участники исследования отметили важность заботы о себе и поддержания душевного здоровья. Для этого необходимо отстраняться от эмоций клиентов после работы, чтобы поддерживать эмоциональную стабильность. Участники также отметили важность контейнирования эмоций клиента, способность совладать с собственной тревогой смерти и справляться с прошлыми опытами горевания. Поддержка семьи, друзей и коллег тоже является важным компонентом этой категории. Также исследовалась практическая компетентность – это применение знаний и навыков в работе со смертью: навыки задавания вопросов, уважения, принятия, слушания, эмпатии, чувствительность к эмоциям клиента и особенностям его культуры, наблюдательность, самораскрытие и умение молчать в терапевтическом процессе. Компетентность знаний – это профессиональные знания, необходимые для работы со смертью. Участники отмечали, что важны знания о смерти, умирании и горевании. Некоторые указывали конкретные теории умирания и горевания, а кто-то писал о важности традиций – о том, как происходит подготовка к похоронам. Авторы указывают, что экзистенциальное и эмоциональное совладание (копинг) может быть понято как поведенческие попытки или действия в ответ на соответствующие источники экзистенциального и эмоционального дистресса в работе со смертью. Человек при этом вынужден задействовать свои личностные ресурсы, то есть в рамках «я»-компетенций совладание и личностные ресурсы взаимосвязаны. Таким образом, знаний и навыков далеко не достаточно для совладания с экзистенциальными и эмоциональными требованиями работы со смертью.

Также в 2012 году другие авторы предложили термин «компетентность в смерти» (death competence), который означает «особый навык,

который помогает выдерживать и справляться с проблемами клиента, связанными с умиранием, смертью и гореванием» [16]. В 2016 году W.C.H. Chan с коллегами [17] провёл 22 интервью с терапевтами, медсестрами и социальными работниками о сложностях их работы в паллиативной медицине. Выделилась тема испытаний (challenges) – сложных ситуаций в работе, и совладания с этими ситуациями. Испытания разделялись на экзистенциальные (пошатнувшиеся базовые представления о жизни и смерти) и эмоциональные (личное и связанное с работой эмоциональное беспокойство). В качестве экзистенциального совладания специалисты говорили, что они пытаются понять, что важно в их жизни, расставить приоритеты, понять смысл своей жизни, больше времени проводить со значимыми для них людьми, а также жить настоящим моментом, принять природу жизни и смерти, лучше подготовиться к смерти. В качестве эмоционального копинга выделялись стратегии приспособления к ожиданиям в работе со смертью, в поиске смысла в работе, в разграничении работы и личной жизни, в приспособлении ожиданий от своей профессии.

Однако важно понимать, что «работа со смертью» тоже бывает разной. Так, исследование медсестер показало [18], что наиболее благоприятное отношение к смерти наблюдается у медсестер паллиативных отделений (в отличие от отделений онкологии, гематологии и других), и это можно понять. В паллиативном отделении смерть вызывает меньший конфликт, поскольку она уже предрешена, в отличие от других отделений, где специалисты ещё борются за жизнь пациента. Если же попытка смерти самонавлекенная, конфликт повышается ещё больше, так как врач пытается рассортировать пациентов по тому, в каком объёме тем или иным пациентам пригодится его помощь, и подспудно у него возникает вопрос, нужно ли спасать того, кто только что сам отказывался от жизни, тратить свои ресурсы на уговоры принять лечение [19].

Таким образом, мы видим, что работа с темой потери, смерти и особенно смерти самонавлекенной представляет достаточно серьёзное испытание для помогающего специалиста. Нами была выдвинута гипотеза, что трудности возникают в связи с разными взглядами на жизнь и смерть у специалистов и пациентов. В предыдущей работе через переживание длительности Я и разных временных перспектив

мы на большой выборке молодых людей из разных регионов России показали, какие отношения к смерти являются адаптивными, дезадаптивными или защитными [20]. В настоящей работе мы поставили задачу исследовать особенности отношений к смерти у психиатров и людей в остром постсуициде, чтобы лучше понять расхождение в их взглядах.

Материал и методы.

*Выборка.* Группу суицидентов составили 185 человек после недавней суицидальной попытки (2-14 дней, 64 юношей, 121 девушка, возраст от 16 до 27 лет,  $M=21,39\pm 2,42$ ), проходивших лечение в токсикологическом отделении НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Критерием включения в группу было совершение суицидальных действий с точки зрения лечащих врачей. У 37 человек было 2 и более суицидальных попыток в анамнезе, у 105 – одна, 43 человека отрицали суицидальные намерения (вне зависимости от тяжести последствий и очевидности приёма избыточных лекарственных средств). Ранее мы описывали эти подгруппы подробно [21, 22], но для текущей задачи мы использовали сводную выборку суицидентов, не разделяя их на подгруппы. Преимущественные диагнозы пациентов: «кратковременная депрессивная реакция» (F43.20), «смешанная тревожная и депрессивная реакция» (F43.22). Критерием исключения из группы являлось тяжелое медикаментозное состояние пациентов после попытки самоотравления (спутанность сознания), наличие у испытуемых психотической симптоматики, грубых когнитивных нарушений, признаков органического поражения ЦНС, хронического алкоголизма и наркозависимости. С пациентами проводилась беседа, получалось согласие на исследование, и они заполняли методики индивидуально в присутствии психолога.

Группа психиатров состояла из врачей из г. Санкт-Петербурга со стажем от 5 до 15 лет (21 человек, 8 мужчин, 13 женщин) и выше 15 лет стажа (64 человека, 18 мужчин, 46 женщин) и врачей из г. Тулы со стажем от 5 до 15 лет (39 человек, 13 мужчин, 26 женщин) и выше 15 лет стажа (44 человека, 10 мужчин, 34 женщины). Общий объём выборки составил 168 человек, возраст от 27 до 81 года ( $M=46,25\pm 13,88$ ). Для текущей задачи мы использовали сводную выборку врачей-психиатров. Врачам предлагался блок методик, и они при желании заполняли его индивидуально и анонимно в личное время.

Инструменты (в порядке предъявления):

1. Опросник исследования временной перспективы Ф. Зимбардо [23, адаптация 24], раскрывающий позитивную и негативную оценку прошлого и настоящего, а также будущего опрашиваемого. Кроме того, мы рассчитывали индекс ОБВП (отклонения от сбалансированной временной перспективы) по формуле [25], и низкий показатель соответствовал меньшему расхождению с идеальной БВП, а высокий – высокому расхождению.

2. Опросник «Опыт близких отношений – переработанный опросник», краткая версия [26, адаптация 27], позволяет выявить степень выраженности тревожности и избегания в привязанности.

3. Опросник жизнестойкости [28, адаптация 29], измеряющий общую жизнестойкость личности, вовлечённость в деятельность, контроль над ней и готовность рисковать, отвечать на вызовы среды.

4. Краткий опросник «Отношение к смерти» [30, адаптация 31] показывает различные

отношения принятия, страха и избегания темы смерти в повседневной жизни.

5. Краткий опросник «Страх личной смерти» [32, адаптация 31] показывает страхи смерти в трех измерениях: внутриличностном, межличностном и надличностном, которые, в свою очередь, делятся на внутренние группы.

6. Анкета «Опыт смерти» разработана нами для выяснения непосредственного фактического опыта смерти опрашиваемых. Содержит 7 пунктов. Вопросы охватывали разные возможности столкновения со смертью в повседневности: смерть близкого родственника, близкого друга, незнакомого человека, личный опыт смерти (несчастный случай или тяжелая болезнь), попытка самоубийства, мысли о смерти и дополнительная информация (то, что не было указано выше, но о чём участник хочет сообщить как о личном опыте смерти). Предполагался ответ «да» или «нет» и указание возраста отвечающего на момент события, если таких случаев было несколько – возраст через запятую.

Таблица 1

Различия в выраженности показателей у врачей-психиатров и людей в остром постсуициде

Переменная	Врачи (n=168) M±SD	Суициденты (n=185) M±SD	t(351)	p	CI	d Коэна
Негативное прошлое	2,6±0,78	3,2±0,79	-7,166	<0,001	[-0,77; -0,44]	0,76
Гедонистическое настоящее	3,0±0,53	3,4±0,53	-7,879	<0,001	[-0,56; -0,34]	0,75
Будущее	3,8±0,55	3,5±0,53	5,756	<0,001	[0,22; 0,45]	0,56
Позитивное прошлое	3,6±0,61	3,6±0,61	0,225	нз		
Фаталистическое настоящее	2,7±0,74	2,9±0,69	-3,411	0,001	[-0,41; -0,11]	0,28
ОБВП	2,3±0,77	2,6±0,75	-3,579	<0,001	[-0,45; -0,13]	0,39
Вовлечённость	3,0±0,43	2,8±0,53	3,921	<0,001	[0,05; 0,10]	0,41
Контроль	2,7±0,42	2,6±0,48	1,853	нз		
Принятие риска	2,7±0,51	2,5±0,54	3,338	0,001	[0,08; 0,30]	0,38
Жизнестойкость	8,4±1,23	7,9±1,40	3,415	0,001	[0,20; 0,76]	0,38
Принятие-приближение смерти	3,3±1,37	3,4±1,40	-0,803	нз		
Избегание темы смерти	4,3±1,53	4,6±1,30	-2,170	0,031	[-0,63; -0,03]	0,21
Страх смерти	3,8±1,46	4,3±1,37	-3,469	0,001	[-0,82; -0,23]	0,35
Принятие смерти как бегства	3,0±1,51	3,2±1,57	-1,254	нз		
Нейтральное принятие смерти	6,1±1,01	5,4±1,15	5,259	<0,001	[0,39; 0,85]	0,65
Страх последствий для личности	4,5±1,77	4,8±1,39	-1,500	нз		
Страх последствий для тела	2,9±1,74	3,7±1,97	-4,093	<0,001	[-1,22; -0,43]	0,43
Страх трансцендентных последствий	3,9±2,01	4,4±1,61	-2,518	0,012	[-0,88; -0,11]	0,27
Страх последствий для близких	4,5±1,54	5,1±1,39	-4,168	<0,001	[-0,96; -0,35]	0,41
Страх забвения	2,7±1,57	3,1±1,74	-2,317	0,021	[-0,76; -0,06]	0,24
Тревожность	2,8±1,23	3,8±1,37	-6,800	<0,001	[-1,24; -0,68]	0,77
Избегание	3,1±1,10	3,0±1,07	1,497	нз		
Опыт смерти	4,8±4,56	4,5±2,96	0,643	нз		

На основании этих данных подсчитывался суммарный опыт смерти (количество столкновений со смертью).

Обработка результатов проводилась в программе SPSS 20.0 с использованием t-критерия Стьюдента, d Коэна, таблиц сопряженности ( $\chi^2$ ), бинарной логистической регрессии, корреляционного анализа Пирсона и иерархического регрессионного анализа.

Результаты:

1. Анализ различий.

Для начала мы решили определить, есть ли количественные различия в показателях отношений к смерти и жизни между сводной группой суицидентов и психиатров. Для этого мы использовали t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Как видно из табл. 1, уже этот предварительный анализ свидетельствует о значимых различиях (от низких до высоких, исходя из d Коэна) между врачами - психиатрами и суицидентами по основным показателям. При том, что у них не наблюдается различий в суммар-

ном индексе «Опыта смерти», показателях «Позитивного прошлого», «Контроля», «Избегания в привязанности», «Принятия смерти как бегства», «Принятия приближения смерти» и «Страха последствий для личности».

Что касается показателя «Опыт смерти», конечно, он различался содержательно. Врачи-психиатры отмечали, что наблюдали значительно больше смертей незнакомых людей ( $\chi^2(2,352)=37,57$ ;  $p<0,001$ , опыт больше двух смертей у врачей – 23,4% против 5,4% у суицидентов, опыт одной смерти у врачей – 42,5%, у суицидентов – 32%). Понятно, что все врачи проходят через опыт смерти, но важно, что есть те, кто его не вытесняет, а держит в сознании. Суициденты отмечали больший опыт близости к смерти ( $\chi^2(2,352)=8,837$ ;  $p=0,012$ , опыт неоднократного столкновения со смертью признавали 10% суицидентов и только 4% врачей; опыт единичного столкновения – 39% суицидентов и 31% врачей, не признавали 51% суицидентов и 65% врачей).

Таблица 2

Бинарная логистическая регрессия: определение группы риска как зависимая переменная (контрольная группа – врачи психиатры)

Предиктор	B	Станд. ошибка	Уальд	p	OR(95% CI)
Пол (женский)	-0,211	0,350	0,36	0,546	0,81 (0,41; 1,61)
Суммарный опыт смерти	-0,051	0,040	1,62	0,203	0,95 (0,88; 1,03)
Страх последствий для личности	-0,272	0,139	3,82	0,051	0,76 (0,58; 1,00)
Страх последствий для тела	0,148	0,106	1,96	0,161	1,16 (0,94; 1,43)
Страх трансцендентных последствий	-0,005	0,117	0,002	0,969	1,00 (0,79; 1,25)
Страх последствий для близких	0,358	0,133	7,28	0,007	1,43 (1,10; 1,86)
Страх забвения	-0,034	0,108	0,10	0,750	0,97 (0,78; 1,19)
Принятие-приближение смерти	-0,115	0,143	0,65	0,421	0,89 (0,67; 1,18)
Избегание темы смерти	0,129	0,128	1,02	0,314	1,14 (0,89; 1,46)
Страх смерти	-0,014	0,137	0,01	0,918	0,99 (0,75; 1,29)
Принятие смерти как бегства	0,193	0,148	1,71	0,191	1,21 (0,91; 1,62)
Нейтральное принятие смерти	-0,652	0,163	16,09	<0,001	0,52 (0,38; 0,72)
Тревожность	0,437	0,157	7,73	0,005	1,55 (1,14; 2,11)
Избегание	-0,610	0,192	10,04	0,002	0,54 (0,37; 0,79)
Негативное прошлое	0,859	0,295	8,50	0,004	2,36 (1,33; 4,21)
Гедонистическое настоящее	1,452	0,374	15,06	<0,001	4,27 (2,05; 8,89)
Будущее	-1,667	0,383	18,97	<0,001	0,19 (0,09; 0,40)
Позитивное прошлое	0,317	0,298	1,14	0,286	1,37 (0,77; 2,46)
Фаталистическое настоящее	-0,528	0,307	2,96	0,085	0,59 (0,32; 1,08)
Вовлеченность	-0,642	0,640	1,01	0,315	0,53 (0,15; 1,84)
Контроль	2,106	0,695	9,19	0,002	8,22 (2,11; 32,08)
Принятие риска	-0,961	0,552	3,03	0,082	0,38 (0,13; 1,13)
Константа	1,080	2,626	0,17	0,681	2,94

Только три врача-психиатра отметили, что совершали суицидальную попытку ( $\chi^2(2,352)=206,195$ ;  $p<0,001$ ). Суициденты больше думали о смерти ( $\chi^2(2,352)=38,73$ ;  $p<0,001$  – 37% суицидентов против 9% врачей признавали, что временами размышляют о смерти). По показателям «Смерть родственника» и «Смерть друга» значимых различий выявлено не было.

Суициденты оказались выше врачей - психиатров по показателям «Негативного прошлого», «Гедонистического настоящего», «Фаталистического настоящего», индексу отклонения от сбалансированной временной перспективы (ОБВП), а также по «Тревожности в привязанности», ниже по показателям «Будущего», «Вовлечённости», «Принятию риска», «Жизнестойкости». Что касается отношений к смерти, суициденты были выше по показателям «Избегание темы смерти», «Страх смерти», «Страх последствий для тела», «Страх трансцендентных последствий», «Страх последствий для близких», «Страх забвения», ниже по показателю «Нейтральное принятие смерти». Уже на данном этапе анализа можно говорить о мировоззренческих различиях этих двух групп людей.

1. *Бинарная логистическая регрессия* – предсказание попадания в выборку суицидентов или врачей.

Чтобы проверить какие переменные из перечисленных выше оказывают решающее значения для определения человека в группу суицидентов или врачей психиатров, мы использо-

вали логистическую регрессию (табл. 2), форсированно введя все переменные в уравнение. Показатели модели были хорошими, она объясняла от 41 до 55% дисперсии:  $R^2$  Кокса и Снелла =0,41;  $R^2$  Нэйджелкерка =0,55; Хосмер и Лемешев  $\chi^2=12,404$   $p=0,134$ . В итоге, для людей в остром постсуициде оказались характерными высокие показатели «Страха последствий для близких», «Тревожности в привязанности», «Негативного прошлого», «Гедонистического настоящего» и «Контроля»; низкие показатели «Нейтрального принятия смерти», «Избегания в привязанности», «Будущего». Погранично значимы были «Страх последствий для личности», «Фаталистическое настоящее», «Принятие риска» (все ниже, чем у врачей). Мы не использовали возраст как предиктор, поскольку все врачи были старше суицидентов.

2. *Корреляционный анализ.*

Далее мы обратились к содержательной наполненности и проверке характера связей между отношениями к смерти и к жизни в обеих выборках. Если применить тот же концептуальный анализ конструкторов смерти, который был проведён нами ранее [20], к однозначно дезадаптивным отношениям к смерти у врачей можно отнести «Страх забвения», «Принятие смерти как бегства», «Страх последствий для тела» (табл. 3). Смешанными (защитными) отношениями можно назвать «Избегание темы смерти», «Страх смерти», «Страх последствий для личности», «Страх трансцендентных последствий».

Таблица 3

Корреляции опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» с методиками измерения психологического благополучия у врачей-психиатров

	ППС	ИТС	СС	ПСБ	НПС	ПДЛ	ПДТ	ТП	ПДБ	СЗ	ОС
НП		0,25**	0,31***	0,27**		0,32***	0,22**	0,27**		0,32***	
ГН											0,21**
Б		0,19*	0,17*		0,21**	0,29***		0,24**	0,25**	-0,19*	
ПП			0,16*		0,27**	0,23**			0,21**	-0,17*	
ФН	0,2*	0,22**	0,19*	0,38***			0,22**	0,16*		0,27**	
ОБВП				0,19*			0,19*			0,31***	
В			-0,28***	-0,24***	0,19*		-0,22**			-0,38***	
К			-0,18*	-0,3***						-0,29***	
Р		-0,25**	-0,28***	-0,34***		-0,24**	-0,25**	-0,2*		-0,36***	
Ж		-0,16*	-0,28***	-0,33***			-0,21**			-0,38***	
Т		0,22**	0,3***	0,18*		0,27**	0,26**	0,26**		0,41***	
И				0,22**	-0,17*		0,23**	0,17*		0,28***	

Примечание: ППС – Принятие-приближение смерти, ИТС – Избегание темы смерти, СС – Страх смерти, ПСБ – Принятие смерти как бегства, НПС – нейтральное принятие смерти, ПДЛ – последствия смерти для личности, ПДТ – последствия смерти для тела, ТП – трансцендентные последствия, ПДБ – последствия смерти для близких, СЗ – страх забвения, ОС – суммарный опыт смерти, НП – Негативное прошлое, ГН – Гедонистическое настоящее, Б – Будущее, ПП – Позитивное прошлое, ФН – Фаталистическое настоящее, ОБВП – отклонение от сбалансированной временной перспективы, В – Вовлечённость, К – Контроль, Р – Принятие риска, Ж – Жизнестойкость, Т – тревожность в привязанности, И – избегание в привязанности. Достоверность корреляций: \* –  $p<0,05$ ; \*\* –  $p<0,01$ ; \*\*\* –  $p<0,001$

Таблица 4

Корреляции опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» с методиками измерения психологического благополучия у молодых людей в остром постсуициде

	ППС	ИТС	СС	ПСБ	НПС	ПДЛ	ПДТ	ТП	ПДБ	СЗ
НП				0,35***			0,15*			0,18*
ГН					0,21**			0,17*		0,16*
Б				-0,2**		0,28***			0,24**	
ПП			0,16*			0,16*			0,21**	
ФН	0,21**			0,35***			0,23**			0,22**
ОБВП		-0,18*		0,4***		-0,19*				0,23**
В		0,23**		-0,47***		0,23**			0,17*	-0,31***
К		0,22**		-0,47***		0,18*			0,15*	-0,25**
Р	-0,29***			-0,5***		0,16*				-0,32***
Ж	-0,21**	0,2**		-0,53***		0,21**			0,16*	-0,33***
ОС		-0,23**								
Т	0,19*			0,26**						0,23**
И				0,23**		0,2**	0,2**			0,2**

Примечание: ППС – Принятие-приближение смерти, ИТС – Избегание темы смерти, СС – Страх смерти, ПСБ – Принятие смерти как бегства, НПС – нейтральное принятие смерти, ПДЛ – последствия смерти для личности, ПДТ – последствия смерти для тела, ТП – трансцендентные последствия, ПДБ – последствия смерти для близких, СЗ – страх забвения, НП – Негативное прошлое, ГН – Гедонистическое настоящее, Б – Будущее, ПП – Позитивное прошлое, ФН – Фаталистическое настоящее, ОБВП – отклонение от сбалансированной временной перспективы, В – Вовлечённость, К – Контроль, Р – Принятие риска, Ж – Жизнестойкость, ОС – суммарный опыт смерти, Т – Тревожность, И – Избегание. Достоверность корреляций: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$

К адаптивному взгляду на смерть относятся конструкты «Нейтральное принятие смерти» и «Страх последствий для близких». Наполненность конструкта «Принятие - приближение смерти» слишком мала, чтобы выносить однозначное суждение. Скорее, можно сказать, что это отношение к смерти имеет низкую значимость для врачей-психиатров.

Исходя из анализа корреляций (табл. 4), для суицидентов «Принятие-приближение смерти» значимо и носит негативную коннотацию. Показатель «Страх смерти» имеет парадоксально низкую наполненность и скорее позитивен (связь с показателем «Позитивного прошлого»). «Избегание темы смерти» отрицательно коррелирует с индексами ОБВП, суммарного опыта смерти и положительно – с «Жизнестойкостью», то есть скорее позитивно, адаптивно. «Нейтральное принятие смерти» связано исключительно с «Гедонистическим настоящим», как и «Страх трансцендентных последствий», поэтому нельзя делать заключение о позитивности этих взглядов на смерть для суицидентов. «Страх последствий смерти для личности» и «Страх последствий смерти для близких» адаптивны, «Страх последствий смерти для тела» – дезадаптивен, как и «Страх забвения» и «Принятие смерти как бегства».

### 3. Иерархический регрессионный анализ.

Далее мы сосредоточились только на переживании длительности Я врачами - психиатрами и суицидентами, и провели иерархический регрессионный анализ, взяв поочерёдно в качестве зависимых переменных отношения к смерти и страхи смерти, а в качестве независимых – временные ориентации и показатели жизнестойкости.

Регрессионный анализ по ЗП «Принятие-приближение смерти» у врачей не дал значимых результатов, поэтому мы его не приводим. Также мы не приводим первый или второй шаг иерархического регрессионного анализа, в случае если он оказывался неинформативен. Есть предположение, что информативность иерархического регрессионного анализа снижена вследствие небольшой выборки. Тем не менее, все зависимые переменные объяснялись примерно 10-20% дисперсии выбранных независимых переменных, что является довольно хорошим результатом для переменных, связанных со смертью.

Как видно из таблицы 5, у врачей - психиатров показатель «Избегание темы смерти» демонстрировал скорее положительное, адаптивное отношение к смерти, так как в него вносил значимый вклад показатель временной перспективы «Будущего». «Страх смерти» оказы-

вался конфликтным, защитным отношением, поскольку при первом шаге значимый вклад вносила временная ориентация на «Негативное прошлое», а при втором шаге – «Позитивное прошлое» и инвертированно «Вовлечённость», то есть в это отношение вносили вклад негативные и/или позитивные воспоминания и низкая вовлечённость в деятельность, возможно, усталость, выгорание. Отношение «Принятие смерти как бегства» основывалось на временной ориентации «Фаталистического настоящего». Отношение «Нейтральное принятие смерти» имело наибольшую смысловую нагрузку: в него вносили вклад «Негативное прошлое», «Контроль» и «Принятие риска» (инвертированно), «Будущее» и «Вовлечённость», то есть его нельзя назвать полностью позитивным. При этом стоит напомнить, что для врачей данное отношение к смерти имело наиболее высокий показатель, то есть являлось ведущим.

Из страхов смерти наиболее наполненным был «Страх последствий для личности», и он

также не был полностью адаптивным: в этот показатель вносили вклад «Негативное прошлое», «Будущее» и «Позитивное прошлое». «Страх последствий для тела» определялся только переменной «Контроль», что можно назвать адаптивным явлением. Возможно, такая зависимость специфична для врачей, которые должны думать о телесном благополучии пациентов и не испытывать при этом реакции отвращения, брезгливости, которые в обычных ситуациях сопровождают напоминания о смерти, связанные с телесностью. «Страх трансцендентных последствий» определялся временными ориентациями «Негативного прошлого» и «Будущего», то есть также являлся защитным. Удивительно, но «Страх последствий для близких» у врачей был связан с показателем «Негативного прошлого», то есть с сожалениями и болезненными воспоминаниями. «Страх забвения» был сугубо дезадаптивным, инвертированно связан с «Будущим» и «Принятием риска».

Таблица 5

Вклад различных показателей длительности Я в отношения к смерти врачей-психиатров, иерархический регрессионный анализ

ЗП	НП	B	SE	t	p	CI
Избегание те- мы смерти	Шаг 1: R <sup>2</sup> =0,117, F(5,158)=4,061, p=0,002					
	Негативное прошлое	0,317	0,185	1,72	0,088	[-0,05; 0,68]
	Гедонистическое настоящее	-0,135	0,230	-0,59	0,557	[-0,59; 0,32]
	Будущее	0,528	0,230	2,29	0,023	[0,07; 0,98]
	Позитивное прошлое	0,139	0,212	0,65	0,514	[-0,28; 0,56]
	Фаталистическое настоящее	0,351	0,199	1,77	0,079	[-0,04; 0,74]
Страх смерти	Шаг 1: R <sup>2</sup> =0,14, F(5,158)=4,993, p<0,001					
	Негативное прошлое	0,532	0,175	3,05	0,003	[0,19; 0,88]
	Гедонистическое настоящее	-0,104	0,217	-0,48	0,633	[-0,53; 0,33]
	Будущее	0,315	0,217	1,45	0,149	[-0,11; 0,74]
	Позитивное прошлое	0,342	0,200	1,71	0,089	[-0,05; 0,74]
	Фаталистическое настоящее	0,120	0,187	0,64	0,522	[-0,25; 0,49]
	Шаг 2: R <sup>2</sup> =0,185, F(8,158)=4,256, p<0,001					
	Негативное прошлое	0,367	0,201	1,83	0,07	[-0,03; 0,76]
	Гедонистическое настоящее	-0,079	0,224	-0,35	0,724	[-0,52; 0,36]
	Будущее	0,401	0,229	1,75	0,082	[-0,05; 0,85]
	Позитивное прошлое	0,474	0,205	2,31	0,022	[0,07; 0,88]
	Фаталистическое настоящее	0,045	0,200	0,22	0,823	[-0,35; 0,44]
	Вовлечённость	-1,181	0,473	-2,50	0,014	[-2,12; -0,25]
	Контроль	0,263	0,460	0,57	0,569	[-0,65; 1,17]
Принятие риска	0,175	0,395	0,44	0,658	[-0,61; 0,96]	
ПСБ	Шаг 1: R <sup>2</sup> =0,153, F(5,158)=5,544, p<0,001					
	Негативное прошлое	0,209	0,178	1,18	0,242	[-0,14; 0,56]
	Гедонистическое настоящее	0,063	0,222	0,28	0,778	[-0,38; 0,50]
	Будущее	0,033	0,222	0,15	0,884	[-0,41; 0,47]
	Позитивное прошлое	0,218	0,204	1,07	0,288	[-0,19; 0,62]
	Фаталистическое настоящее	0,642	0,191	3,35	0,001	[0,26; 1,02]

Таблица 5 (продолжение)

Нейтральное принятие смерти	Шаг 1: $R^2=0,124$ , $F(5,158)=4,349$ , $p=0,001$					
	Негативное прошлое	-0,258	0,123	-2,09	0,039	[-0,5; -0,01]
	Гедонистическое настоящее	0,017	0,153	0,11	0,911	[-0,29; 0,32]
	Будущее	0,361	0,154	2,35	0,020	[0,06; 0,67]
	Позитивное прошлое	0,348	0,141	2,46	0,015	[0,07; 0,63]
	Фаталистическое настоящее	0,298	0,132	2,25	0,026	[0,04; 0,56]
	Шаг 2: $R^2=0,21$ , $F(8,158)=4,991$ , $p<0,001$					
	Негативное прошлое	-0,293	0,139	-2,11	0,036	[-0,57; -0,02]
	Гедонистическое настоящее	0,075	0,155	0,48	0,629	[-0,23; 0,38]
	Будущее	0,341	0,158	2,16	0,032	[0,03; 0,65]
	Позитивное прошлое	0,233	0,141	1,65	0,101	[-0,05; 0,51]
	Фаталистическое настоящее	0,211	0,138	1,53	0,127	[-0,06; 0,48]
	Вовлечённость	1,252	0,326	3,84	<0,001	[0,61; 1,90]
	Контроль	-0,785	0,317	-2,48	0,014	[-1,41; -0,16]
Принятие риска	-0,546	0,272	-2,00	0,047	[-1,08; -0,01]	
ПДЛ	Шаг 1: $R^2=0,222$ , $F(5,160)=8,867$ , $p<0,001$					
	Негативное прошлое	0,747	0,200	3,73	<0,001	[0,35; 1,14]
	Гедонистическое настоящее	0,095	0,251	0,38	0,705	[-0,40; 0,59]
	Будущее	0,759	0,250	3,04	0,003	[0,27; 1,25]
	Позитивное прошлое	0,521	0,228	2,29	0,024	[0,07; 0,97]
	Фаталистическое настоящее	-0,042	0,217	-0,20	0,845	[-0,47; 0,39]
Страх последствий смерти для тела	Шаг 2: $R^2=0,117$ , $F(8,160)=2,506$ , $p=0,014$					
	Негативное прошлое	0,084	0,249	0,34	0,738	[-0,41; 0,58]
	Гедонистическое настоящее	-0,172	0,281	-0,61	0,54	[-0,73; 0,38]
	Будущее	0,006	0,283	0,02	0,984	[-0,55; 0,57]
	Позитивное прошлое	-0,035	0,249	-0,14	0,889	[-0,53; 0,46]
	Фаталистическое настоящее	0,346	0,247	1,40	0,164	[-0,14; 0,83]
	Вовлечённость	-1,082	0,576	1,88	0,062	[-2,22; 0,06]
	Контроль	1,335	0,567	2,35	0,020	[0,21; 2,46]
	Принятие риска	-0,581	0,483	-1,20	0,230	[-1,54; 0,37]
ТП	Шаг 1: $R^2=0,137$ , $F(5,160)=4,932$ , $p<0,001$					
	Негативное прошлое	0,567	0,238	2,38	0,018	[0,10; 1,04]
	Гедонистическое настоящее	0,123	0,298	0,41	0,680	[-0,47; 0,71]
	Будущее	0,869	0,297	2,93	0,004	[0,28; 1,46]
	Позитивное прошлое	0,168	0,271	0,62	0,535	[-0,37; 0,70]
	Фаталистическое настоящее	0,185	0,257	0,72	0,473	[-0,32; 0,69]
ПДБ	Шаг 1: $R^2=0,100$ , $F(5,160)=3,429$ , $p=0,006$					
	Негативное прошлое	0,376	0,187	2,01	0,047	[0,01; 0,75]
	Гедонистическое настоящее	0,031	0,235	0,13	0,894	[-0,43; 0,50]
	Будущее	0,453	0,234	1,94	0,054	[-0,01; 0,91]
	Позитивное прошлое	0,382	0,213	1,79	0,075	[-0,04; 0,80]
	Фаталистическое настоящее	-0,248	0,203	-1,22	0,223	[-0,65; 0,15]
Страх забвения	Шаг 1: $R^2=0,148$ , $F(5,160)=5,37$ , $p<0,001$					
	Негативное прошлое	0,544	0,186	2,92	0,004	[0,18; 0,91]
	Гедонистическое настоящее	-0,033	0,234	-0,14	0,888	[-0,49; 0,43]
	Будущее	-0,402	0,232	-1,73	0,085	[-0,86; 0,06]
	Позитивное прошлое	-0,259	0,212	-1,22	0,223	[-0,68; 0,16]
	Фаталистическое настоящее	0,150	0,202	0,75	0,457	[-0,25; 0,55]
	Шаг 2: $R^2=0,207$ , $F(8,160)=4,959$ , $p<0,001$					
	Негативное прошлое	0,213	0,213	1,00	0,319	[-0,21; 0,63]
	Гедонистическое настоящее	0,163	0,240	0,68	0,499	[-0,31; 0,64]
	Будущее	-0,480	0,243	-1,98	0,050	[-0,96; 0]
	Позитивное прошлое	-0,245	0,213	-1,15	0,252	[-0,67; 0,18]
	Фаталистическое настоящее	-0,033	0,211	-0,16	0,876	[-0,45; 0,39]
	Вовлечённость	-0,857	0,493	-1,74	0,084	[-1,83; 0,12]
	Контроль	0,799	0,486	1,65	0,102	[-0,16; 1,76]
Принятие риска	-0,854	0,413	-2,07	0,041	[-1,67; -0,04]	



Как видно из таблицы 6, модели отношений к смерти у суицидентов не всегда хорошо сходились, и разброс дисперсий был гораздо больше, чем для моделей у врачей-психиатров (от 3% для показателя «Избегание темы смерти» до 31% для индекса «Принятие смерти как бегства»). Это можно объяснить тем, что группа суицидентов гораздо более разнородна и включает в себя людей с разным опытом смерти и суицидального поведения.

Показатель «Принятия-приближения смерти» оказался дезадаптивным: на первом шаге он связан с временной перспективой «Фаталистического настоящего», а на втором шаге – отрицательно с показателем «Принятие риска». Регрессия отдельных временных перспектив на ЗП «Избегание темы смерти» не дала значимых результатов, однако суммарный индекс ОБВП был связан с этим показателем отрицательно, то есть это скорее защитное или даже адаптивное отношение к смерти для суицидентов. Показатель «Страх смерти» был выражен у суицидентов, которые отличались повышенной ориентацией на «Позитивное прошлое», то есть был адаптивен. Интересно, что на первом шаге показатель «Принятия смерти как бегства» объяснялся негативной временной перспективой (показателями «Негативного прошлого» и «Фаталистического настоящего», а также отрицательным баллом по шкале «Будущего»). Однако на втором шаге эти отношения «поглощались» и объяснялись исключительно через отрицание «Принятия риска», то есть через мотивацию избегания. Показатель «Нейтрального принятия смерти» определялся исключительно индексом «Гедонистического настоящего», что выглядит несколько легкомысленно, особенно в сравнении с нагруженностью этого концепта у психиатров.

«Гедонистическое настоящее» появляется в качестве значимого вклада в отношение к смерти у суицидентов ещё несколько раз: для «Страха трансцендентных последствий» (вместе с «Позитивным прошлым») и для «Страха забвения» – вместе с отрицанием «Принятия риска». Данная временная ориентация имеет неоднозначную интерпретацию. Хотя были обнаружены связи этой шкалы с благоприятными социальными отношениями и эмоциональным интеллектом, было показано, что этот показатель умеренно предсказывает различные аспекты благополучия, любопытства и хорошего настроения, но, с другой стороны, он связан с импульсивностью, поиском впечатлений, что ведёт к положительной связи с агрессивностью,

злоупотреблением ПАВ, игроманией, рискованным поведением и рискованными решениями о здоровье [33]. Эта временная ориентация также больше выражена у «сов» [34], она предсказывает вербальную и физическую агрессию, которая опосредуется гневом, но не враждебностью, что опять-таки указывает на импульсивность людей с выраженной временной перспективой «Гедонистического настоящего». В клинике этот показатель был связан с маниакальными проявлениями [35]. С другой стороны, ряд исследователей [36, 37] замечают, что ориентация на настоящее больше выражена у людей, находящихся в тяжелом жизненном положении, в остром периоде переживания психологической травмы. Возможно, этот поверхностный позитивный аффект и фокус на настоящем нивелирует субъективную тяжесть положения пациентов, играет защитную роль.

В показатель «Страх последствий смерти для личности» вносила вклад ориентация на «Будущее» (11% дисперсии). В показатель «Страх последствий для тела» – «Фаталистическое настоящее» (8%). Показатель «Страх последствий для близких» объяснялся вкладом временных ориентаций «Будущего» и «Позитивного прошлого» (8,6%), то есть его можно назвать адаптивным отношением к смерти.

#### Обсуждение.

Как и ожидалось, пациенты значительно отличались от врачей психиатров по многим параметрам. Однако у них наблюдались и точки пересечения: не было различий по выраженности показателей «Позитивного прошлого», «Принятия-приближения смерти», «Принятия смерти как бегства», «Страха последствий для личности», «Избегания в привязанности», «Опыта смерти». Это говорит о том, что в чём-то врачи и пациенты способны понять друг друга, и важно, что в показателе оказался включен и опыт смерти. Тем не менее, по наполненности он был другим: почти все врачи отрицали наличие суицидальных попыток, однако указывали больше опыта столкновения со смертью незнакомых людей.

Логистическая регрессия помогла выявить мировоззренческие различия этих двух групп: суициденты больше боялись того, какое воздействие их смерть окажет на близких, были одновременно тревожны и не избегающи (прилипчивы) в привязанности, у них наблюдалось больше болезненных воспоминаний, при этом они были больше ориентированы на гедонистическое настоящее и меньше – на будущее (готовность работать на долгосрочные цели).

Таблица 6

Вклад различных показателей длительности Я в отношении к смерти суицидентов, иерархический регрессионный анализ

ЗП	НП	B	SE	t	p	CI
Принятие-приближение смерти	Шаг 1: $R^2=0,055$ , $F(5,184)=2,101$ , $p=0,067$					
	Негативное прошлое	0,106	0,158	0,67	0,502	[-0,21; 0,42]
	Гедонистическое настоящее	-0,072	0,203	-0,36	0,723	[-0,47; 0,33]
	Будущее	0,004	0,208	0,02	0,985	[-0,41; 0,42]
	Позитивное прошлое	0,225	0,186	1,21	0,228	[-0,14; 0,59]
	Фаталистическое настоящее	0,391	0,176	2,22	0,028	[0,04; 0,74]
	Шаг 2: $R^2=0,135$ , $F(8,184)=3,421$ , $p=0,001$					
	Негативное прошлое	-0,302	0,194	-1,56	0,121	[-0,68; 0,08]
	Гедонистическое настоящее	0,180	0,194	0,87	0,384	[-0,23; 0,59]
	Будущее	-0,042	0,243	-0,17	0,864	[-0,52; 0,44]
	Позитивное прошлое	0,240	0,188	1,28	0,203	[-0,13; 0,61]
	Фаталистическое настоящее	0,234	0,174	1,34	0,181	[-0,11; 0,58]
	Вовлеченность	0,250	0,359	0,70	0,487	[-0,46; 0,96]
	Контроль	0,086	0,420	0,21	0,837	[-0,74; 0,92]
	Принятие риска	-1,172	0,308	-3,81	<0,001	[-1,78; -0,56]
ИТС	Шаг 1: $R^2=0,031$ , $F(5,184)=5,920$ , $p=0,016$					
	ОБВП	-0,304	0,125	-2,43	0,016	[-0,55; -0,06]
Страх смерти	Шаг 1: $R^2=0,057$ , $F(5,184)=2,145$ , $p=0,062$					
	Негативное прошлое	0,279	0,154	1,81	0,072	[-0,03; 0,58]
	Гедонистическое настоящее	0,243	0,198	1,23	0,221	[-0,15; 0,63]
	Будущее	-0,072	0,203	-0,35	0,723	[-0,47; 0,33]
	Позитивное прошлое	0,462	0,182	2,54	0,012	[0,10; 0,82]
	Фаталистическое настоящее	-0,249	0,172	-1,45	0,150	[-0,59; 0,09]
Принятие смерти как бегства	Шаг 1: $R^2=0,187$ , $F(5,184)=8,231$ , $p<0,001$					
	Негативное прошлое	0,504	0,165	3,06	0,003	[0,18; 0,83]
	Гедонистическое настоящее	-0,194	0,211	-0,92	0,359	[-0,61; 0,22]
	Будущее	-0,446	0,217	-2,06	0,041	[-0,87; -0,02]
	Позитивное прошлое	0,040	0,194	0,21	0,835	[-0,34; 0,42]
	Фаталистическое настоящее	0,500	0,183	2,73	0,007	[0,14; 0,86]
	Шаг 2: $R^2=0,309$ , $F(8,184)=9,816$ , $p<0,001$					
	Негативное прошлое	-0,142	0,194	-0,73	0,467	[-0,53; 0,24]
	Гедонистическое настоящее	0,078	0,206	0,38	0,707	[-0,33; 0,49]
	Будущее	-0,049	0,244	-0,20	0,842	[-0,53; 0,43]
	Позитивное прошлое	0,096	0,189	0,51	0,610	[-0,28; 0,47]
	Фаталистическое настоящее	0,316	0,175	1,81	0,073	[-0,03; 0,66]
	Вовлеченность	-0,434	0,360	-1,21	0,229	[-1,14; 0,28]
	Контроль	-0,432	0,421	-1,03	0,307	[-1,26; 0,40]
Принятие риска	-0,881	0,309	-2,852	0,005	[-1,49; -0,27]	
НПС	Шаг 1: $R^2=0,066$ , $F(5,184)=2,521$ , $p=0,031$					
	Негативное прошлое	0,219	0,130	1,69	0,093	[-0,04; 0,48]
	Гедонистическое настоящее	0,433	0,166	2,61	0,010	[0,11; 0,76]
	Будущее	-0,054	0,171	-0,32	0,751	[-0,39; 0,28]
	Позитивное прошлое	0,160	0,152	1,05	0,295	[-0,14; 0,46]
	Фаталистическое настоящее	-0,251	0,144	-1,74	0,083	[-0,53; 0,03]
ПДЛ	Шаг 1: $R^2=0,107$ , $F(5,184)=4,286$ , $p=0,001$					
	Негативное прошлое	-0,037	0,152	-0,24	0,808	[-0,34; 0,26]
	Гедонистическое настоящее	0,382	0,195	1,96	0,051	[-0,002; 0,77]
	Будущее	0,658	0,200	3,29	0,001	[0,26; 1,05]
	Позитивное прошлое	0,187	0,179	1,04	0,298	[-0,17; 0,54]
	Фаталистическое настоящее	-0,190	0,169	-1,12	0,265	[-0,52; 0,15]

Таблица 6 (продолжение)

ПДТ	Шаг 1: $R^2=0,082$ , $F(5,184)=3,199$ , $p=0,009$					
	Негативное прошлое	0,185	0,220	0,84	0,401	[-0,25; 0,62]
	Гедонистическое настоящее	0,101	0,281	0,36	0,720	[-0,45; 0,66]
	Будущее	0,467	0,289	1,62	0,108	[-0,10; 1,04]
	Позитивное прошлое	0,276	0,258	1,07	0,287	[-0,23; 0,79]
	Фаталистическое настоящее	0,588	0,244	2,41	0,017	[0,11; 1,07]
ТП	Шаг 1: $R^2=0,056$ , $F(5,184)=2,132$ , $p=0,064$					
	Негативное прошлое	0,074	0,181	0,41	0,682	[-0,28; 0,43]
	Гедонистическое настоящее	0,478	0,232	2,06	0,041	[0,02; 0,94]
	Будущее	-0,140	0,238	-0,59	0,558	[-0,61; 0,33]
	Позитивное прошлое	0,481	0,213	2,26	0,025	[0,06; 0,90]
	Фаталистическое настоящее	-0,098	0,202	-0,49	0,626	[-0,50; 0,30]
ПДБ	Шаг 1: $R^2=0,086$ , $F(5,184)=3,357$ , $p=0,006$					
	Негативное прошлое	0,153	0,154	0,99	0,321	[-0,15; 0,46]
	Гедонистическое настоящее	0,006	0,197	0,03	0,977	[-0,38; 0,40]
	Будущее	0,505	0,202	2,50	0,013	[0,11; 0,90]
	Позитивное прошлое	0,400	0,181	2,21	0,028	[0,04; 0,76]
	Фаталистическое настоящее	-0,026	0,171	-0,15	0,878	[-0,36; 0,31]
Страх забвения	Шаг 2: $R^2=0,155$ , $F(5,184)=4,040$ , $p<0,001$					
	Негативное прошлое	-0,437	0,238	-1,84	0,067	[-0,91; 0,03]
	Гедонистическое настоящее	0,530	0,252	2,10	0,037	[0,03; 1,03]
	Будущее	0,109	0,298	0,37	0,714	[-0,48; 0,70]
	Позитивное прошлое	-0,100	0,231	-0,44	0,664	[-0,56; 0,36]
	Фаталистическое настоящее	0,244	0,214	1,14	0,255	[-0,18; 0,67]
	Вовлеченность	-0,655	0,440	-1,49	0,138	[-1,52; 0,21]
	Контроль	0,217	0,515	0,42	0,674	[-0,80; 1,23]
	Принятие риска	-0,976	0,378	-2,58	0,011	[-1,72; -0,23]

Одновременно, они набирали больше баллов по шкале «Контроль». Эти различия крайне важны, потому что, на наш взгляд, именно они способны провоцировать раздражение у врачей, приводить к конфликтам и непониманиям, если врач не будет отслеживать и проблематизировать взгляды пациента, делать их предметом обсуждения в терапии. Так, люди, которые склонны много работать на долгосрочные цели, с трудом понимают тех, кто хочет получать от жизни все и сразу [38]. Менее тревожные и более избегающие в привязанности врачи могут раздражаться из-за «прилипчивости» пациентов. И наконец, врачи склонны к осмысленному нейтральному принятию смерти и предпочитают меньше задумываться о последствиях своей смерти для близких. Все это может повлиять на раппорт и даже привести к ошибкам в терапии. Что же касается показателя «Контроль», можно предположить, что данное различие соответствует переносу ответственности с врача-психотерапевта на пациента в терапии, но возможно также, что это расхождение все же глубже, отражает более глубокие различия. Возможно, пациенты компульсивно и перфекционистски пытаются брать на себя ответственность, контролировать ситуацию там, где

они по определению не могут достичь её управляемости. Но это лишь предположения.

В предыдущей работе нам удалось довольно легко определить отношения к смерти у молодых людей в ситуации относительного благополучия как адаптивные, дезадаптивные и защитные [20]. Как мы видим, в группах врачей и особенно суицидентов отношения между переменными часто инвертируются или теряются, что нельзя списать исключительно на меньший объем выборок – это смысловые изменения. Кроме того, термин «адаптивность» приобретает в этих группах иной смысл: это уже не просто «неконфликтные, вписывающиеся в позитивные представления о себе и своей жизни взгляды на смерть», но в случае с врачами «адаптация» становится приспособлением к текущим трудным ситуациям ежедневного общения, включает прошлый негативный опыт. Так, негативно наполненным становится «Страх последствий для близких» (что не так для суицидентов), «Страх забвения», «Принятие смерти как бегства»; защитными – «Страх трансцендентных последствий», «Страх последствий для личности», «Страх смерти». Даже в «Нейтральное принятие смерти», в ведущее, самое осмысленное и зрелое отношение к смерти, вносят вклад временная ориентация

«Фаталистического настоящего», сниженные показатели «Контроля» и «Принятия риска». Исключительно позитивными остаются только «Избегание темы смерти» и «Страх последствий для тела», и это несколько настораживает, потому что именно эти взгляды на смерть отвечают за предвзятость в восприятии и поведении в экспериментах, проводимых в рамках теории управления страхом смерти [39-41].

Что касается суицидентов, для них определённно негативными взглядами на смерть являются «Принятие-приближение к смерти» (вера в жизнь после смерти); «Принятие смерти как бегства», «Страх последствий для тела». «Страх забвения» оказывается конфликтным отношением, а остальные – парадоксально позитивны, определяются через ту или иную позитивную временную ориентацию или индекс ОБВП: «Страх смерти», «Нейтральное принятие смерти», «Страх последствий для личности», «Страх трансцендентных последствий», «Страх последствий для близких», «Избегание темы смерти». Это может объяснять повторяющееся самоповреждающее и суицидальное поведение данных пациентов, когда попытка или порезы возвращают вкус к жизни. С другой стороны, это может быть защитой от крайне сильного текущего напоминания о смерти, может быть радостью выжившего, за которой, как правило, следует разочарование, потому что жизнь оказывается сложней столкновения со смертью [42].

На наш взгляд, психотерапевтическая работа с такими пациентами должна вестись очень осторожно, нужно постепенно возвращать их в реальность и корректировать отношение к смерти. И это следует делать не запугиваниями, как часто бывает в соматической клинике (поскольку, как мы видим, страх смерти у пациентов связан с гедонизмом, то есть присутствует несерьёзное отношение, даже бравада), а с помощью осмысленных бесед, которые не будут утяжелять состояние пациентов или провоцировать вытеснение, но позволят им понять важность своего существования и снимут с них налёт легкомыслия.

Важно также заметить, что из пациентов не стоит «делать» врачей – навязывать им врачебную точку зрения на вопросы жизни и смерти, поскольку она не является их возрастной нормой. Яркий пример: знание, что близкие нуждаются в суициденте, может быть решающим в его выборе остаться в живых, и это позитивный страх многих молодых людей [20], поэтому фаталистический взгляд психиатра на этот счёт не будет лечебным. Схожая ситуация и с проблемой гедонизма: пациенты значимо отлича-

ются по показателю «Гедонистического настоящего» от врачей, но не от своей возрастной нормы [43, табл. 2], а у людей с отказом от попытки этот индекс даже занижен. Проблема не в том, что суициденты «избыточно нацелены на гедонизм», а в том, что показатель «Гедонистического настоящего» ассоциирован у них с определёнными отношениями к смерти, возможно, являясь своеобразной защитой от проникновения страха в сознание. Поэтому, на наш взгляд, нужно не гасить проявление жизнелюбия таких пациентов, а размыкать эту связь, одновременно обучая их не только искать удовольствие в настоящем, но и откладывать вознаграждение в отдалённое будущее, выдерживать временные фрустрации.

Выводы:

В работе показаны различия и сходства взглядов на жизнь и смерть у молодых людей в остром постсуициде и психиатров, которые стоит учитывать врачам при ведении таких пациентов.

1. Эти группы имеют схожий суммарный опыт смерти, хоть и с разных позиций (самонавлечённая смерть, близость к собственной смерти, мысли о смерти против смерти незнакомых людей).

2. Различия во взглядах носят мировоззренческий характер: это различное самоощущение в привязанности; различные временные ориентации (гедонизм и болезненные воспоминания против долгосрочного планирования и некоторой склонности к фатализму); разное принятие на себя ответственности (для пациентов более свойственна тенденция к контролю, чем для врачей); разное отношение к смерти (продуманная позиция нейтрального принятия у врачей против важности последствий своей смерти для близких у пациентов).

3. На содержательном уровне были обнаружены дальнейшие различия в наполненности отношений к смерти: у врачей больше конструктов имели негативную или защитную наполненность, и ведущим оказался взгляд нейтрального принятия смерти. У пациентов, напротив, в большее число конструктов вносили вклад позитивные переменные, в частности, «Гедонистическое настоящее», хотя наиболее сильным оказалось отношение «Принятия к смерти как бегства» – негативная валентность (которая, однако, описывается через отказ от принятия позитивного риска, частично свойственного при гедонизме).

4. Таким образом, можно сказать, что отношения к смерти у врачей носят более мрачный и продуманный характер, в то время как у

суицидентов они отличаются большей «легковесностью», завязаны на представлениях о риске и удовольствии. Это вновь возвращает нас к обсуждению мировоззренческих различий и риске возникновения конфликта в паре «пациент-врач».

## Литература:

1. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. О связи стигмы психической болезни и суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал*. 2018; 2: 10-18.
2. Soulié T., Bell E., Jenkin G., Sim D., Collings S. Systematic exploration of countertransference phenomena in the treatment of patients at risk for suicide. *Archives of suicide research*. 2018. DOI: 10.1080/13811118.2018.1506844.
3. Jobes D.A., Ballard E. The therapist and suicidal patient / Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. Washington, DC: American Psychological Association. 2011. P. 51-61.
4. Jobes D.A., Maltsberger J.T. The hazards of treating suicidal patients / A perilous calling: The hazard of psychotherapy practice. New York, NY: Wiley. 1995. P. 200-214.
5. Yaseen Z.-S., Galynker I.L., Cohen L.-J., Briggs J. Clinicians' conflicting emotional responses to high suicide-risk patients – Association with short-term suicide behaviors: A prospective pilot study. *Comprehensive psychiatry*, 76, 69-78. doi:10.1016/j.comppsy.2017.03.013
6. Chan W.C.H., Tin A. F. Beyond Knowledge and Skills: Self-Competence in Working With Death, Dying, and Bereavement. *Death Studies*. 2012; 36 (10): 899-913.
7. Becvar D.S. The impact on the family therapist of a focus on death, dying, and bereavement. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2003; 29: 469-477.
8. Figley C.R. Compassion fatigue. New York, NY: Brunner-Mazel, 1995.
9. Kanter J. Compassion fatigue and secondary traumatization: A second look. *Clinical Social Work Journal*. 2007; 35: 289-293.
10. Sinclair H.A. M., Hamill C. Does vicarious traumatization affect oncology nurses? A literature review. *European Journal of Oncology Nursing*. 2007; 11: 348-356.
11. Worden J.W. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (3<sup>rd</sup> ed.). NY: Springer. 2002.
12. Black K. Health Care professionals' death attitudes, experiences, and advance directive communication behavior. *Death Studies*. 2007; 31: 563-572.
13. Gwyther L.P., Altilio T., Black S. et al. Social work competencies in palliative and end-of-life care. *Journal of Social Work in End-of-Life Care & Palliative Care*. 2005; 1 (1): 87-120.
14. Balk D., Wogrin C., Thornton G., Meagher, D. (Eds.). Handbook of Thanatology. New York, NY, and London, UK: Routledge. 2007.
15. Stroebe M.S., Hansson R.O., Schut H., Stroebe W. (Eds.). Handbook of bereavement research and practice. Washington, DC: American Psychological Association. 2008.
16. Gamino L.A., Ritter R.H. Death competence: An ethical imperative. *Death Studies*. 2012; 36: 23-40.
17. Chan W.C.H., Tin A.F., Wong K.L.Y. et al. Impact of death work on self: Existential and emotional challenges and coping of palliative care professionals. *Health and Social Work*. 2016; 41 (1): 33-41.
18. Gama G., Barbosa F., Vieira M. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014; 18: 527-533.
19. Saunders K.E., Hawton K., Fortune S., Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J. Affect. Disord*. 2012; 139 (3): 205-16.
20. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Озол С.Н., Чубина С.А. Отношение к смерти в контексте временной перспективы: адаптивные, защитные и неадаптивные взгляды на смерть у молодых взрослых. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 58-74. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-58-74
21. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Проблема отношения к смерти после суицидальной попытки. *Медицинская психология в России*. 2013; 2: 12 [Электронный журнал]. URL: <http://medpsy.ru>

*Ограничения.* Это корреляционное, а не экспериментальное исследование, что не даёт возможности делать заключения о причинах и следствиях полученных результатов. Кроме того, умеренный объём и разнородность выборки могут накладывать свои ограничения, приводить к менее отчётливым результатам.

## References:

1. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. O svjazi stigmy psihicheskoj bolezni i suicidal'nogo povedenija [On the relationship between mental illness stigma and suicidal behavior]. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal [Russian journal of psychiatry]*. 2018; 2: 10-18. (In Russ)
2. Soulié T., Bell E., Jenkin G., Sim D., Collings S. Systematic exploration of countertransference phenomena in the treatment of patients at risk for suicide. *Archives of suicide research*. 2018. DOI: 10.1080/13811118.2018.1506844.
3. Jobes D.A., Ballard E. The therapist and suicidal patient / Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. Washington, DC: American Psychological Association. 2011. P. 51-61.
4. Jobes D.A., Maltsberger J.T. The hazards of treating suicidal patients / A perilous calling: The hazard of psychotherapy practice. New York, NY: Wiley. 1995. P. 200-214.
5. Yaseen Z.-S., Galynker I.L., Cohen L.-J., Briggs J. Clinicians' conflicting emotional responses to high suicide-risk patients – Association with short-term suicide behaviors: A prospective pilot study. *Comprehensive psychiatry*, 76, 69-78. doi:10.1016/j.comppsy.2017.03.013
6. Chan W.C.H., Tin A. F. Beyond Knowledge and Skills: Self-Competence in Working With Death, Dying, and Bereavement. *Death Studies*. 2012; 36 (10): 899-913.
7. Becvar D.S. The impact on the family therapist of a focus on death, dying, and bereavement. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2003; 29: 469-477.
8. Figley C.R. Compassion fatigue. New York, NY: Brunner-Mazel, 1995.
9. Kanter J. Compassion fatigue and secondary traumatization: A second look. *Clinical Social Work Journal*. 2007; 35: 289-293.
10. Sinclair H.A. M., Hamill C. Does vicarious traumatization affect oncology nurses? A literature review. *European Journal of Oncology Nursing*. 2007; 11: 348-356.
11. Worden J.W. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (3<sup>rd</sup> ed.). NY: Springer. 2002.
12. Black K. Health Care professionals' death attitudes, experiences, and advance directive communication behavior. *Death Studies*. 2007; 31: 563-572.
13. Gwyther L.P., Altilio T., Black S. et al. Social work competencies in palliative and end-of-life care. *Journal of Social Work in End-of-Life Care & Palliative Care*. 2005; 1 (1): 87-120.
14. Balk D., Wogrin C., Thornton G., Meagher, D. (Eds.). Handbook of Thanatology. New York, NY, and London, UK: Routledge. 2007.
15. Stroebe M.S., Hansson R.O., Schut H., Stroebe W. (Eds.). Handbook of bereavement research and practice. Washington, DC: American Psychological Association. 2008.
16. Gamino L.A., Ritter R.H. Death competence: An ethical imperative. *Death Studies*. 2012; 36: 23-40.
17. Chan W.C.H., Tin A.F., Wong K.L.Y. et al. Impact of death work on self: Existential and emotional challenges and coping of palliative care professionals. *Health and Social Work*. 2016; 41 (1): 33-41.
18. Gama G., Barbosa F., Vieira M. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014; 18: 527-533.
19. Saunders K.E., Hawton K., Fortune S., Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J. Affect. Disord*. 2012; 139 (3): 205-16.
20. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Ozol S.N., Chubina S.A. Death attitudes in context of time perspective: adaptive, defensive and maladaptive views of death in young adults. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 58-74. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.18-10-01(34)-58-74
21. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Problema otnoshenija k smerti posle suicidal'noj popytki [The problem of attitude to death after a suicide attempt]. *Medicinskaja psihologija v Rossii [Medical psychology in Russia]*. 2013; 2: 12. URL: <http://medpsy.ru> (In Russ)

22. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Отношение к смерти после попытки самоубийства: стигматизация и самостигматизация суицидальных пациентов. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2015; 11 (1): 8-10.
23. Zimbardo P., Boyd J. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journ. Pers. Soc. Psychol.* 1999; 77 (6): 1271-1288.
24. Сырцова А., Митина О.В. Возрастная динамика временных ориентаций личности. *Вопросы психологии*. 2008; 2: 41-54.
25. Stolarski M., Wilberg B., Osin E. Assessing Temporal Harmony: The issue of balanced time perspective / Time Perspective Theory: Review, Research and Applications: Essays in Honor of Philip G. Zimbardo // Eds. Stolarski et al. Springer: Cham, 2015: 57-71.
26. Fraley R.C., Waller N.G., Brennan K.A. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journ. Pers. Soc. Psychol.* 2000; 78 (2): 350-365.
27. Чистопольская К.А., Митина О.В., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Чубина С.А., Озол С.Н., Дровосеков С.Э. Адаптация краткой версии «Переработанного опросника – опыт близких отношений» (ECR-R) на русскоязычной выборке. *Психологический журнал*. 2018; 5: 87-98.
28. Maddi S. Dispositional hardiness in health and effectiveness // Encyclopedia of mental health / Ed. H.S. Friedman. San Diego (CA): Academic Press, 1998: 323-335.
29. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006.
30. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death // Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application / Ed. R. Neimeyer. N.Y.: Taylor and Francis, 1994: 121-148.
31. Чистопольская К.А., Митина О.В., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Озол С.Н., Чубина С.А. Создание кратких русскоязычных версий опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти». *Суицидология*. 2017; 8 (4): 43-55.
32. Mikulincer M., Florian V. The complex and multifaceted nature of the fear of personal death: The multidimensional model of Victor Florian // Existential and Spiritual Issues in Death Attitudes / Eds. A. Tomer, G.T. Eliason, P.T. Wong. N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007: 39-63.
33. Stolarski M., Fioullaine N., Zimbardo P.G. Putting time in a wider perspective: The past, the present, and the future of time perspective theory / V. Zeigler-Hill & Todd Shackelford (eds.) // The SAGE Handbook of Personality and Individual Differences. Thousand Oaks, CA: SAGE. 2018: 592-628.
34. Stolarski M., Ledzińska M., Matthews G. Morning is tomorrow, evening is today: Relationships between chronotype and time perspective. *Biological Rhythm Research*. 2013; 44: 181-196.
35. Gruber J., Cunningham W.A., Kirkland T., Hay A.C. Feeling stuck in the present? Mania proneness and history associated with present-oriented time perspective. *Emotion*. 2012; 12: 13-17.
36. Нуркова В.В., Василевская К.Н. Автобиографическая память в трудной жизненной ситуации: новые феномены. *Вопросы психологии*. 2003; 5: 93-101.
37. Квасова О.Г. Трансформация временной перспективы личности в экстремальной ситуации: Автореф. дисс... М, 2013.
38. Зимбардо Ф., Бойд Дж. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь: исправь Прошлое, наслаждайся Настоящим и управляй Будущим. Санкт-Петербург: Речь, 2010.
39. Goldenberg J., Pyszczynski T., Greenberg, J., Solomon, S. Fleeing the body: A terror management perspective on the problem of human corporeality. *Personality and social psychology review*. 2000; 4 (3): 200-218.
40. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Теория управления страхом смерти: основы, критика и развитие. *Вопросы психологии*. 2014; 2: 125-142.
41. Arndt J., Vess M., Cox C.R., Goldenberg J.L., Lagle S. The psychosocial effect of thoughts of personal mortality on cardiac risk assessment. *Medical Decision Making*. 2009; 29: 175-181.
42. O'Connor R., Smyth R., Williams J.M.G. Intrapersonal positive future thinking predicts repeat suicide attempts in hospital-treated
22. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Otnoshenie k smerti posle popytki samoubijstva: stigmatizacija i samostigmatizacija suicidal'nyh pacientov [Attitude to death after suicide attempt: stigmatization and self-stigmatization of suicidal patients]. *Vestnik psihiatrii i psihologii Chuvashii [Journal of psychiatry and psychology, Chuvash Republic]*. 2015; 11 (1): 8-10. (In Russ)
23. Zimbardo P., Boyd J. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journ. Pers. Soc. Psychol.* 1999; 77 (6): 1271-1288.
24. Syrcova A., Mitina O.V. Vozrastnaja dinamika vremennyh orientacij lichnosti [Age dynamics of temporary orientations of personality]. *Voprosy psihologii [Question of psychology]*. 2008; 2: 41-54. (In Russ)
25. Stolarski M., Wilberg B., Osin E. Assessing Temporal Harmony: The issue of balanced time perspective / Time Perspective Theory: Review, Research and Applications: Essays in Honor of Philip G. Zimbardo // Eds. Stolarski et al. Springer: Cham, 2015: 57-71.
26. Fraley R.C., Waller N.G., Brennan K.A. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journ. Pers. Soc. Psychol.* 2000; 78 (2): 350-365.
27. Chistopol'skaja K.A., Mitina O.V., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Chubina S.A., Ozol S.N., Drovosekov S.Je. Adaptacija kratkoj versii «Pererabotannogo oprosnika – opyt blizkih otnošenij» (ECR-R) na ruskojazyčnoj vyborke [Adaptation of the short version of the "Revised questionnaire – experience of close relationships" (ECR-R) in the Russian sample]. *Psihologičeskij žurnal [Psychological journal]*. 2018; 5: 87-98. (In Russ)
28. Maddi S. Dispositional hardiness in health and effectiveness // Encyclopedia of mental health / Ed. H.S. Friedman. San Diego (CA): Academic Press, 1998: 323-335.
29. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestojkosti [Test of vitality]. M.: Smysl, 2006. (In Russ)
30. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death // Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application / Ed. R. Neimeyer. N.Y.: Taylor and Francis, 1994: 121-148.
31. Chistopol'skaja K.A., Mitina O.V., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Ozol S.N., Chubina S.A. Construction of short Russian versions of Death Attitude Profile-Revised and Fear of Personal Death Scale. *Suicidology*. 2017; 8 (4): 43-55. (In Russ)
32. Mikulincer M., Florian V. The complex and multifaceted nature of the fear of personal death: The multidimensional model of Victor Florian // Existential and Spiritual Issues in Death Attitudes / Eds. A. Tomer, G.T. Eliason, P.T. Wong. N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007: 39-63.
33. Stolarski M., Fioullaine N., Zimbardo P.G. Putting time in a wider perspective: The past, the present, and the future of time perspective theory / V. Zeigler-Hill & Todd Shackelford (eds.) // The SAGE Handbook of Personality and Individual Differences. Thousand Oaks, CA: SAGE. 2018: 592-628.
34. Stolarski M., Ledzińska M., Matthews G. Morning is tomorrow, evening is today: Relationships between chronotype and time perspective. *Biological Rhythm Research*. 2013; 44: 181-196.
35. Gruber J., Cunningham W.A., Kirkland T., Hay A.C. Feeling stuck in the present? Mania proneness and history associated with present-oriented time perspective. *Emotion*. 2012; 12: 13-17.
36. Nurkova V.V., Vasilevskaja K.N. Avtobiograficheskaja pamjat' v trudnoj zhiznennoj situacii: novye fenomeny [Autobiographical memory in a difficult life situation: new phenomena]. *Voprosy psihologii [Question of psychology]*. 2003; 5: 93-101. (In Russ)
37. Kvasova O.G. Transformacija vremenoj perspektivy lichnosti v jekstremal'noj situacii [Transformation of a person's time perspective in an extreme situation]: Avtoref. diss... M, 2013. (In Russ)
38. Zimbardo F., Bojd Dzh. Paradoks vremeni. Novaja psihologija vremeni, kotoraja uluchshit vashu zhizn': isprav' Proshloe, nasla-zhdajsja Nastojashhim i upravljaj Budushhim [Time paradox. A new psychology of time that will improve your life: fix the Past, enjoy the Present and manage the Future]. SPb: Rech', 2010. (In Russ)
39. Goldenberg J., Pyszczynski T., Greenberg, J., Solomon, S. Fleeing the body: A terror management perspective on the problem of human corporeality. *Personality and social psychology review*. 2000; 4 (3): 200-218.
40. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Teorija upravljenija strahom smerti: osnovy, kritika i razvitie [Theory of management of fear of death: basics, criticism and development]. *Voprosy psihologii [Question of psychology]*. 2014; 2: 125-142. (In Russ)
41. Arndt J., Vess M., Cox C.R., Goldenberg J.L., Lagle S. The psychosocial effect of thoughts of personal mortality on cardiac risk assessment. *Medical Decision Making*. 2009; 29: 175-181.
42. O'Connor R., Smyth R., Williams J.M.G. Intrapersonal positive future thinking predicts repeat suicide attempts in hospital-treated

- suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015; 83 (1): 169-176.
43. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Магурдумова Л.Г. Бесстрашие к смерти – статика или динамика? *Суицидология*. 2017; 8 (2): 40-48.

- suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015; 83 (1): 169-176.
43. Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Magurdumova L.G. A commentary: fearlessness about death – a static or a dynamic quality? *Suicidology*. 2017; 8 (2): 40-48. (In Russ)

## SPECIFICS OF LIFE AND DEATH ATTITUDES IN PATIENTS IN ACUTE POSTSUICIDE AND PSYCHIATRISTS

K.A. Chistopolskaya<sup>1</sup>, S.N. Enikolopov<sup>2</sup>, S.A. Chubina<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Eramishantsev City Clinical Hospital, Moscow, Russia; ktchist@gmail.com

<sup>2</sup>Mental Health Research Centre, Moscow, Russia; enikolopov@mail.ru

<sup>3</sup>Kamenev Tula Regional Clinical Psychiatric Hospital № 1, Tula, Russia; sonyaost@yandex.ru

### Abstract:

Conflicting and even hostile, stigmatizing attitudes of psychiatrists to suicidal patients is noted in many studies. Aim: This study aims to check the worldview differences in death and life attitudes in these two groups of people. Materials: the clinical sample comprised of 185 people in acute postsuicide (2-14 days, 64 males, 121 females, age 16-27, M=21.39±2.42) and 168 psychiatrists (49 males, 119 females, age 27-81, M=46.25±13.88). Materials: Zimbardo Time Perspective Inventory, short version of Experience in Close Relationships – Revised, Hardiness Survey, short versions of Death Attitude Profile Revised and Fear of Personal Death Scale; Death Experience questionnaire. Results: Analysis of differences t-Student showed that psychiatrist and suicidal patients differed in most chosen characteristics (Cohen's d .21 – .77). They didn't differ though in the sum of Death Experiences, but doctors noted more interaction with deaths of unknown people ( $\chi^2(2,352)=37.57$ ,  $p<.001$ ), while suicidal patients noted personal death experiences ( $\chi^2(2,352)=8.837$ ,  $p=0.012$ ), experiences of suicidal attempts ( $\chi^2(2,352)=206.195$ ,  $p<.001$ ), thoughts of death ( $\chi^2(2,352)=38.73$ ;  $p<.001$ ). The definition of the risk group as the dependent variable through the binary logistic regression yielded significant results (Cox-Snell  $R^2 = .41$ ; Nagelkerke  $R^2 = .55$ ; Hosmer-Lemeshow test  $\chi^2=12.40$ ,  $p=.134$ ): people in acute postsuicide reported more characteristic high values of “fear of consequences for family and friends”, “attachment anxiety”, “negative past”, “hedonistic present” and “control” (Hardiness): low values of “neutral death acceptance”, “attachment avoidance”, “future”. Hierarchical regression analysis showed that for doctors the most meaningful attitude toward death is “neutral acceptance” ( $R^2 = .21$ ,  $F(8,158)=4.991$ ,  $p<.001$ ), while for suicide attempters it is “escape acceptance” ( $R^2=.309$ ,  $F(8,184)=9.816$ ,  $p<.001$ ). In suicidal attempters the variable “present hedonistic” contributed to 3 different death constructs: “fear of being forgotten” ( $b=.53$ ,  $p=.037$ ), “fear of transpersonal consequences” ( $b=.478$ ,  $p=.041$ ), and “neutral acceptance of death” ( $b=.433$ ,  $p=.01$ ). Conclusions: Psychiatrists and people in acute postsuicide have distinctive differences in following parameters: attachment style, time orientations, responsibility, death attitudes. These may provoke difficulties in communication and therapeutic rapport.

**Keywords:** stigma, suicide, death attitudes, death experience, time perspective, hardiness, attachment

### Вклад авторов:

К.А. Чистопольская: разработка дизайна исследования; обзор и перевод публикаций по теме статьи, получение данных для анализа, написание текста рукописи, редактирование текста рукописи;

С.Н. Ениколопов: написание текста рукописи, редактирование текста рукописи;

С.А. Чубина: обзор публикаций по теме статьи, получение данных для анализа, анализ полученных данных, статистический анализ.

### Authors' contributions:

К.А. Чистопольская: developing the research design, reviewing and translated relevant publications, obtaining data for analysis, article writing, article editing;

С.Н. Enikolopov: article writing, article editing;

С.А. Chubina: reviewing of publications of the article's theme, obtaining data for analysis, analysis of the obtained data, statistical analysis.

**Финансирование:** 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: 12.01.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.04.2019.

Для цитирования: Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Чубина С.А. Специфика отношений к жизни и смерти у пациентов в остром постсуициде и у врачей-психиатров. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 56-71. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-56-71

For citation: Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Chubina S.A. Specifics of life and death attitudes in patients in acute postsuicide and psychiatrists. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 56-71. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-56-71

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЧЁТКОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Е.В. Евсеенкова, Е.С. Каган, И.С. Морозова, К.Н. Белогай, Ю.В. Борисенко

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет», г. Кемерово, Россия

### Контактная информация:

Евсеенкова Елена Вячеславовна – магистр психолого-педагогического образования (SPIN-код: 3948-9016; Researcher ID: R-2318-2018; ORCID ID: 0000-0001-9413-1914). Место работы и должность: ассистент кафедры акмеологии и психологии развития Института образования ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет». Адрес: Россия, 650000, г. Кемерово, ул. Красная, д. 6. Электронный адрес: [evseenkova\\_e\\_v@mail.ru](mailto:evseenkova_e_v@mail.ru)

Каган Елена Сергеевна – кандидат технических наук, доцент (SPIN-код: 3256-9320; Researcher ID: N-5187-2015; ORCID ID: 0002-8470-961X). Место работы и должность: доцент, заведующий кафедрой прикладной математики Института фундаментальных наук ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет». Адрес: Россия, 650000, г. Кемерово, ул. Красная, д. 6. Электронный адрес: [kaganes@mail.ru](mailto:kaganes@mail.ru)

Морозова Ирина Станиславовна – доктор психологических наук, профессор (SPIN-код: 9296-1166; Researcher ID: V-6179-2017; ORCID ID: 0000-0002-0862-7225). Место работы и должность: профессор, заведующий кафедрой акмеологии и психологии развития, директор Института образования ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет». Адрес: Россия, 650000, г. Кемерово, ул. Красная, д. 6. Электронный адрес: [ishmorofova@ya.ru](mailto:ishmorofova@ya.ru)

Белогай Сесения Николаевна – кандидат психологических наук, доцент (SPIN-код: 5289-2508; Researcher ID: R-3958-2018; ORCID ID: 0000-0002-7033-6584). Место работы и должность: доцент кафедры акмеологии и психологии развития Института образования ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет». Адрес: Россия, 650000, г. Кемерово, ул. Красная, д. 6. Электронный адрес: [belogi@mail.ru](mailto:belogi@mail.ru)

Борисенко Юлия Вячеславовна – кандидат психологических наук, доцент (SPIN-код: 9876-8615; Researcher ID: G-2787-2013; ORCID ID: 0000-0002-5218-2841). Место работы и должность: доцент кафедры акмеологии и психологии развития Института образования ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет». Адрес: Россия, 650000, г. Кемерово, ул. Красная, д. 6. Электронный адрес: [evseenkova@mail.ru](mailto:evseenkova@mail.ru)

В статье показана актуальность исследования факторов риска суицидального поведения и разработки методов оценки суицидального риска в подростковой выборке. Приводятся данные статистики и имеющиеся прогнозы в отношении суицида. Делается краткий обзор клинических и неклинических моделей оценки суицидального риска, обосновывается цель исследования – проверка возможности использования нечёткого подхода для комплексной оценки суицидального риска у подростков. Материалы и методы. Описывается исследование, проведенное в группе из 533 кузбасских школьников – 270 мальчиков (средний возраст  $14,72 \pm 1,51$ ) и 263 девочек (средний возраст  $14,77 \pm 1,56$ ). Сбор эмпирических данных осуществлялся при помощи личностных опросников и анкеты. В работе использовались следующие методики: подростковый вариант опросника депрессии (А. Бек), «Детская шкала безнадежности» (Kazdin A.E. и соавт.), «Причины жить» (Linehan M.M. и соавт.), «Индикатор копинг-стратегий» (Амирхан Д.), опросник доминирующего состояния (Куликов Л.В.). Обработка данных проводилась с использованием программ SPSS и Statistica 10. Результаты. В работе предлагается иерархическая модель суицидального риска. Первый уровень модели составляют три компонента: эмоционально-регулятивный, когнитивно-оценочный, поведенческий. На примере когнитивно-оценочного компонента показана возможность использования нечёткого подхода для комплексной оценки суицидального риска. Диапазон изменений показателя, характеризующего комплексную оценку суицидального риска, был разбит на три интервала: низкий, средний и высокий уровень риска. Получены следующие средние значения и стандартные отклонения для комплексных оценок компонентов и суицидального риска в целом: эмоционально-регулятивный компонент ( $0,74 \pm 0,20$ ); когнитивно-оценочный компонент ( $0,60 \pm 0,18$ ); поведенческий компонент ( $0,69 \pm 0,18$ ); суицидальный риск в целом ( $0,32 \pm 0,15$ ). Показано, что в рассматриваемой неклинической выборке подростков 1,3% имеют высокий суицидальный риск. Выводы. Представление суицидального риска в виде иерархической модели позволяет не только получать его интегральную комплексную оценку, но и на основе нечётких комплексных оценок эмоционально-регулятивного, когнитивно-оценочного и поведенческого компонентов (первый уровень модели), используя аппарат нечётких выводов, осуществлять нечёткую типологизацию испытуемых, формируя различные классы с целью выявления наиболее характерных для них трудных жизненных ситуаций и разработки соответствующих мер помощи.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, суицидальное поведение подростков, оценка суицидального риска, комплексная оценка риска, факторы суицидального риска, нечеткая модель

В настоящее время актуальность исследования факторов риска суицидального поведения и разработка методов оценки суицидально-

го риска, особенно среди молодежи, не вызывает сомнений. Статистические данные свидетельствуют о том, что в России и за рубежом в



последние десятилетия увеличивается частота суицидов среди подростков. По данным Росстата (2017 год) от самоубийств погибает людей больше, чем от всех видов транспортных несчастных случаев, убийств и других видов несчастных случаев [1]. Прогноз в отношении суицида неутешителен – предполагается рост числа самоубийств, особенно среди подростков до 14 лет, что связано с быстрыми изменениями среды, появлением рисков в виртуальном пространстве, увеличением информационного потока. Например, среди американских подростков число суицидов за последние пять десятилетий удвоилось [2]. Именно в подростковом возрасте впервые возникают суицидальные намерения и впервые совершаются, по сравнению с младшими возрастными группами, суицидальные попытки [3].

Теоретические аспекты проблемы. Выявление группы риска среди подростков и превенция суицидального поведения – одна из основных задач, которые стоят сегодня перед специалистами. Исследователи пытаются определить факторы риска суицидального поведения и найти методы оценки суицидального риска. Продуктивной моделью, описывающей детерминанты суицидального поведения, является модель оценивания факторов риска, включающая предрасполагающие и косвенно связанные с суицидом факторы [4]. К предрасполагающим факторам относятся пол и сексуальная ориентация, предыдущая попытка самоубийства, психическое расстройство, насилие, суициды среди близких родственников. Например, девочки чаще планируют и пытаются совершить самоубийство, но мальчики с большей вероятностью совершают его, так как используют более жёсткие средства; в среднем, мальчики в 5-6 раз чаще совершают самоубийство, чем девочки [5].

Есть некоторые сложности с оценкой сексуальной ориентации и гендерной идентичности суицидентов. Показано, что риск суицидов среди представителей ЛГБТ-сообщества значительно выше [6, 7]. Подростки, которые ранее пытались совершить самоубийство, гораздо чаще повторяют попытку; ещё чаще это делают подростки с несколькими покушениями в анамнезе [8].

Психическое расстройство называют одним из основных факторов суицида. При этом показано, что для данной группы подростков более характерно злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ), антисоциальное поведение, а также более высокий уровень депрессии и невротических расстройств [9]. Анализируя проблему взаимосвязи жестокого об-

ращения с детьми с суицидальным риском, В. Yong-Chunc с соавт. отмечают, что сексуальное насилие в детстве предсказывает с высокой вероятностью появление суицидальных мыслей у подростков. Физическое насилие над детьми и эмоциональное давление косвенно предсказывают появления суицидальных идей и связаны с тревогой. Игнорирование ребёнка в детском возрасте также косвенно влияет на возникновение суицидальных идей и связано с воспринимаемой социальной поддержкой [10].

В дополнение к выше перечисленным, выделяют ряд косвенно связанных с самоубийством факторов, которые могут синергически увеличивать вероятность какой-либо формы суицидального поведения. Один из самых изучаемых среди косвенных факторов самоубийств – это злоупотребление ПАВ. Согласно исследованиям, более 50% всех самоубийств связаны с алкогольной и наркотической зависимостью, и, по крайней мере, 25% алкоголиков и наркоманов совершают суицидальные действия. Более 70% самоубийств подростков осложнены употреблением наркотиков или алкоголя и соответствующей зависимостью [11, 12].

Все чаще исследователями подробно обсуждается взаимосвязь психоактивных веществ с самоубийствами через так называемую модель стресс-диатеза, которая подчёркивает первоочередное влияние алкоголя и других психоактивных веществ на контроль импульсивного поведения подростков и влияние на самоубийства у подростков стрессовых жизненных событий, как травматических, так и межличностных [13]. В США серьёзным косвенно связанным с самоубийствами фактором является доступ к огнестрельному и другому оружию [14]. По мнению исследователей, семейная история суицидального поведения играет как генетическую, так и экологическую роль в повышении риска для подростков [15].

С суицидальными попытками коррелирует социальный стресс, например, вызванный межличностными конфликтами с друзьями, семьей или правоохранительными органами [16]. Анализируя влияние стресса на суицидальные мысли у подростков, В.А. Розанов с коллегами отмечает, что психологический субъективно переживаемый стресс ассоциирован с суицидальностью в такой же степени, как и объективный. Что касается негативных жизненных событий, то их частота в жизни подростков не связана с их влиянием на суицидальность. С суицидальными мыслями ассоциированы события, касающиеся семьи, взаимоотношений с родителями и сверстниками, болезней и смерти

близкого человека. Реальную опасность представляют редкие, но существенные по значимости негативные события, например, смерть близкого друга [17]. Г.С. Банников с коллегами выделяет две группы факторов риска для подростков: потенциальные / «создающие почву» (дисгармоничность в семейных отношениях и дисгармоничность структуры личности) и актуальные / клинические (депрессивное состояние с переживаниями обиды, безысходности, безнадежности, одиночества, гнева) [18]. Во многих исследованиях обнаруживается связь суицидального поведения с уровнем депрессии и безнадежности, эмоциональными факторами, такими как чувство отчаяния или безнадежности [19]. В среднем, оценки суицидального риска в группе людей, страдающих депрессией, колеблются от 2,2 до 15% [20]. Ещё одним фактором, коррелированно связанным с суицидальным риском, является семейный контекст.

Наличие стольких разнообразных и разнообразных факторов, способствующих повышению суицидального риска, ставит перед исследователями вопрос о методах и моделях оценки риска в разных группах подростков – как клинических, так и неклинических.

В настоящее время, как в России, так и за рубежом, достаточно подробно описаны методы клинической оценки суицидального риска, пригодные для людей, обращающихся за психологической и психиатрической помощью. Например, модель «Zero Suicide», направленная на сведение числа суицидов в популяции к нулю, включает ряд шагов, которые реализуются в рамках психотерапевтической практики с потенциальными суицидентами, а также шаги, связанные с подготовкой специалистов [21]. В сравнительном анализе методов оценки суицидального риска С.В. Харитонов с коллегами показывает, что клинические и неклинические методы оценки риска достаточно согласованы между собой, однако приоритет имеют именно клинические методы, которые чаще применяются в клинической практике, например, использование классификации ступеней суицидального риска, предложенной ВОЗ, и «Шкала внутреннего суицидального поведения» А.Г. Амбрумовой. При этом личностные опросники, применяющиеся для оценки риска, не всегда согласованы друг с другом, хотя и имеют достаточно высокие коэффициенты корреляции с клиническими методами [22].

В ряде случаев для анализа наиболее значимых предикторов суицида и определения групп людей, подлежащих обязательному скринингу, используется ретроспективный

подход [23]. J. Overholser с коллегами провели исследование, опрашивая родственников людей, покончивших жизнь самоубийством. Контрольную группу составили люди, умершие от других причин – авторы исследования также опрашивали родственников умерших. Используя критерий  $\chi^2$ , авторы показали, что у лиц, совершивших самоубийство, значительно чаще, чем у других, есть депрессивное расстройство и (или) расстройство, связанное со злоупотреблением ПАВ, а также возникают межличностные конфликты в течение нескольких месяцев, предшествовавших их смерти. Анализ дискриминантной функции при этом показал, что группу с самым высоким риском составляют мужчины кавказской расы, имеющие недавние стрессовые события в жизни и психиатрические диагнозы. Подобного рода исследования позволяют получить полезную информацию о том, какие группы респондентов, в первую очередь, должны участвовать в скрининговых обследованиях.

Одной из важнейших проблем в области определения группы риска среди подростков и реализации превентивных мер является поиск новых подходов и методов моделирования, позволяющих осуществлять данный прогноз. Недостаточность или неопределённость знания об исследуемом объекте приводит к тому, что использование традиционных подходов к построению чётких моделей порой не даёт положительных результатов из-за отсутствия требуемого уровня информации.

В последнее время для решения такого типа задач всё большее распространение получает подход, основанный на представлении исследуемого процесса в виде многоуровневой иерархической модели с целью его описания в виде интегрального показателя. При этом исследователь предполагает, что каждая компонента модели характеризуется двумя величинами: важностью и степенью выраженности. Оценка важности компонент может осуществляться различными способами: экспертная оценка, метод парных сравнений, корреляционный анализ. Для оценки степени выраженности компонент целесообразно использовать аппарат теории нечётких множеств (ТНМ), так как значения составляющих модели, могут быть измерены в различных шкалах (количественные, ранговые, номинальные).

Нечёткое моделирование не является альтернативой различным подходам к моделированию сложных процессов, а предоставляет собой эффективные методы и средства для их изучения. Нечёткие модели позволяют строить

формальные схемы решения задач, характеризующихся той или иной степенью неопределённости, обусловленной неполнотой и размытостью исходных данных [24, 25].

Неопределённость моделирования при оценке риска является важным компонентом эффективного принятия решений. При этом N.S. Atunraj с соавторами отмечают, что нечёткий подход обеспечивает лучшие результаты по сравнению с традиционными методами анализа рисков, так как учитывает, как изменчивость, так и неопределённость информации при расчёте [26]. В настоящее время нечёткие модели применяются в разных областях [27], включая оценку рисков и прогнозирование суицидального поведения [28].

Цель исследования: изучение возможности использования нечёткого подхода для комплексной оценки суицидального риска у подростков.

Материал и методы.

В исследовании приняли участие – 533 кузбасских школьника с 6 по 11-й классы, проживающие в Кемерово и Новокузнецке: 270 мальчиков (средний возраст  $14,72 \pm 1,51$ ) и 263 девочки (средний возраст  $14,77 \pm 1,56$  года).

Для сбора эмпирических данных применялся краткий вариант опросника доминирующего состояния (Куликов Л.В.), подростковый вариант опросника депрессии (Бек А.), «Индикатор копинг-стратегий» (Амирхан Д.), анкета, вопросы которой позволяют оценивать уровень одиночества подростка, уровень его зависимого и рискованного поведения. Также для целей исследования Ю.В. Борисенко, К.Н. Белогай и Е.В. Евсеенковой были переведены и адаптированы методики «The hopelessness scale for children» («Детская шкала безнадёжности») [29, 30] и «The Reasons for Living Scale» («Причины жить») [30, 31].

Подростки принимали участие в исследовании добровольно, также согласие на проведение исследования было получено у родителей подростков. Сбор данных осуществлялся при помощи специально разработанной программы (Киндяков А.А., Глинчиков К.Е., Каган Е.С., Гугова С.Г., Морозова И.С., Евсеенкова Е.В.).<sup>1</sup> Комплексная оценка суицидального риска проводилась в специально разработанном Е.С. Каган программном модуле. Для рас-

чёта описательных статистик использовался пакет SPSS и Statistica 10.

Результаты и обсуждение.

В нашей работе для комплексной оценки суицидального риска использовался нечёткий подход. Суицидальный риск был представлен в виде трёхуровневой иерархической модели. Первый уровень модели составили 3 компонента: K11 – эмоционально-регулятивный; K12 – когнитивно-оценочный; K13 – поведенческий. Во второй уровень модели были включены компоненты, описывающие составляющие первого уровня иерархии.

Эмоционально-регулятивный компонент (K11) на втором уровне иерархии был представлен семью показателями: четырьмя шкалами опросника доминирующего состояния (K211 – тонус («То»), K212 – спокойствие / тревога («Си»), K213 – устойчивость / неустойчивость эмоционального тона («Ус»), K214 – удовлетворённость / неудовлетворённость жизнью («Уд»); K215 – уровнем депрессии (А. Бек), K216 – уровнем безнадёжности (ДШБ), K217 – уровнем одиночества (вопрос анкеты).

Когнитивно-оценочный компонент на втором уровне включал три составляющих: K221 – причины жить из соответствующего опросника и две шкалы из опросника доминирующего состояния (K222 – отношение к жизненной ситуации, K223 – образ себя). Для оценки K222 и K223 использовались шкалы «активное / пассивное отношение к жизненной ситуации» («Ак») и «положительный / отрицательный образ самого себя» («По») методики Л.В. Куликова. Для оценки компонента K221 применялась методика «Причины жить», в который на третьем уровне иерархии вошли 5 составляющих (причин): K3211 – вера в возможность решения проблем, K3212 – ответственность перед семьей, K3213 – страх суицида, K3214 – страх социального неодобрения, K3215 – моральные причины.

Оценка поведенческого компонента K13 осуществлялась на основе информации о трёх копинг-стратегиях (Амирхан Д.): K231 – разрешение проблем; K232 – поиск социальной поддержки; K233 – избегание проблем. Таким образом, каждая конечная вершина модели (17-вершин), соответствовала конкретной шкале соответствующей методики и была в дальнейшем представлена в виде лингвистической переменной.

Рассмотрим более подробно предлагаемый нечёткий подход к комплексной оценке суицидального риска на основе построения интегрального показателя для когнитивно - оценочного компонента суицидального риска (рис. 1).

<sup>1</sup> Киндяков А.А., Глинчиков К.Е., Каган Е.С., Гугова С.Г., Морозова И.С., Евсеенкова Е.В. Программа сбора данных для комплексной оценки суицидального риска школьников. Свидетельство о государственной регистрации №2019610299 от 09.01.19.

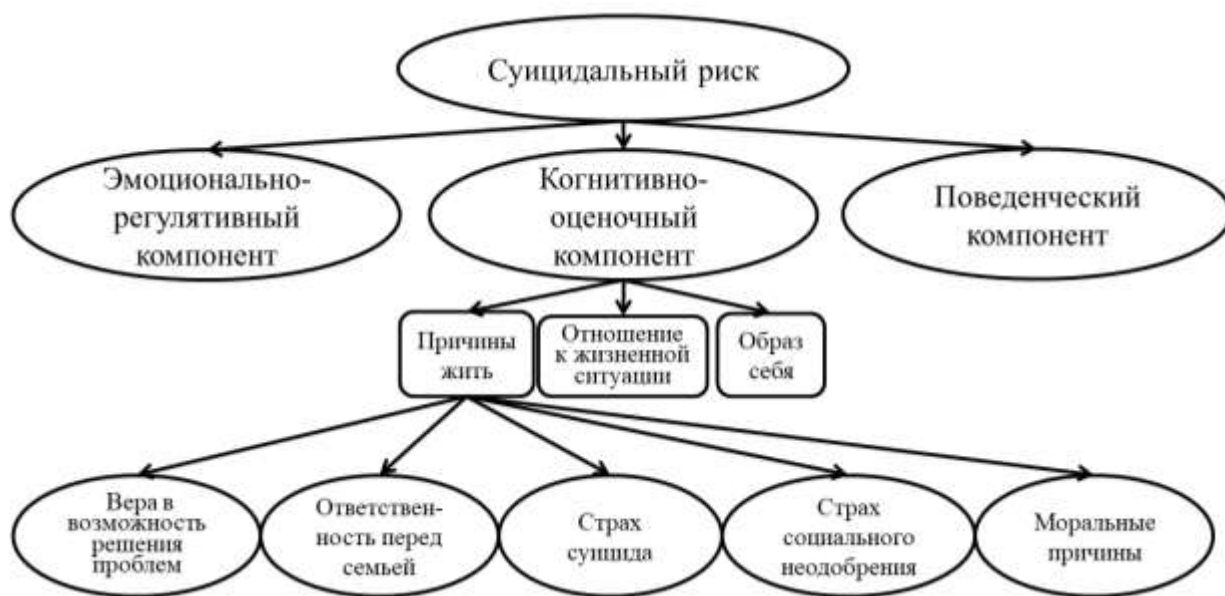


Рис. 1. Комплексная оценка суицидального риска.

В таблице 1 представлены описательные статистики показателей, соответствующих конечным вершинам модели для когнитивно-оценочного компонента.

Каждая составляющая модели обладает степенью важности и имеет степень выраженности. Для оценки важности компонент использовался метод ранжирования. Группе экспертов из восьми человек, в которую вошли психиатры, клинические психологи и психологи Кузбасса, необходимо было оценить важность компонент каждого уровня иерархии путём их ранжирования. Одинаковым по важности компонентам присваивался связанный ранг. От матрицы опроса экспертов (рангов) к матрице преобразованных рангов был произведён переход по формуле:  $S_{ij} = A_{\max} - A_{ij}$ , где  $A_{ij}$  - ранг  $j$ -ой компоненты, выставленный  $i$ -ым экспертом,  $A_{\max}$  - максимальный ранг, соответ-

ствующий числу ранжированных компонент. Для каждого столбца матрицы определяется сумма  $R_j = \sum_{i=1}^m S_{ij}$  и вычисляется весовой коэффициент фактора:

$$W_j = R_j / \sum_{j=1}^n R_j$$

В таблице 2 представлен расчёт весовых коэффициентов для компонент первого уровня модели.

Для оценки степени выраженности показателей, соответствующих конечным вершинам иерархической модели, использовался нечёткий подход, при котором каждый из этих показателей был представлен в виде лингвистической переменной (ЛП) с терм-множеством, характеризующим уровень суицидального риска:  $T = \{T1\text{-низкий}; T2\text{-средний}; T3\text{-высокий}\}$ .

Таблица 1

Описательные статистики показателей когнитивно-оценочного компонента модели суицидального риска

Шкала	Компонент	Среднее	Минимум	Максимум	Ст. отклонение
Отношение к жизненной ситуации (Ак)	K222	40,97	7,0	76,00	14,21
Образ себя (По)	K223	52,02	4,0	77,00	15,45
Вера в возможность решения проблем	K3211	4,66	1,0	6,39	1,04
Ответственность перед семьей	K3212	4,68	1,0	6,10	0,95
Страх суицида	K3213	3,85	1,0	6,00	1,10
Страх социального неодобрения	K3214	3,81	1,0	8,60	1,45
Моральные причины	K3215	3,53	0,8	6,00	1,48

Таблица 2

Расчёт весовых коэффициентов компонент первого уровня модели на основе данных экспертного опроса

Эксперт	Компонент (ранг)			Компонент (преобразованный ранг)		
	K11 (A)	K12 (A)	K13 (A)	K11 (S)	K12 (S)	K13 (S)
1	2	2	2	1	1	1
2	2,5	1	2,5	0,5	2	0,5
3	2	2	2	1	1	1
4	2	2	2	1	1	1
5	1,5	3	1,5	1,5	0	1,5
6	1,5	3	1,5	1,5	0	1,5
7	2	2	2	1	1	1
8	2	2	2	1	1	1
				$R_1=8,5$	$R_2=7$	$R_3=8,5$
				$W_1=0,354$	$W_2=0,292$	$W_3=0,354$

На этапе фаззификации (перевода чётких значений в нечёткие) значения шкалы были переведены в значения функций принадлежности соответствующих термов. В качестве функций принадлежности (ФП) термов использовались треугольные и трапециевидные функции [32, 33]. В связи с тем, что для шкалы «По» значения, характеризующие степень принятия себя личностью, находятся в диапазоне 40-59 баллов, а более высокие / низкие оценки говорят, соответственно, о низкой / высокой критичности, то для дальнейшего анализа первичные значения шкалы были перекодированы по формуле:

$$x'_i = \begin{cases} 1 - \frac{x_i}{50}, & x \leq 50 \\ 1 - \frac{100 - x_i}{50}, & x > 50 \end{cases}$$

На рисунке 2 представлены виды ФП термов для лингвистических переменных: «отношение к жизненной ситуации» и «вера в возможность решения проблем».

Фрагмент фаззификации значений двух шкал (K223 и K3212) для двух учащихся представлен в таблице 3.

На следующем этапе проводилась процедура нечёткого агрегирования условий. Для этих целей используется операция взвешенного сложения. На этапе аккумуляции определялись значения ФП термов выходной ЛП (когнитивно-оценочный компонент). Для получения четкой комплексной оценки производилась процедура дефаззификации (приведение к чёткости) центроидным способом. Для того, чтобы значения интегрального показателя заключались в диапазоне [0; 1], значения чёткой комплексной оценки нормировались.

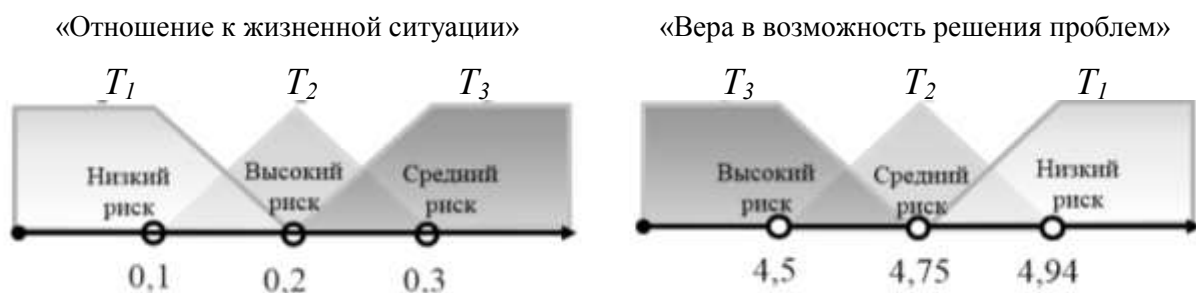


Рис. 2. Графическое представление термов лингвистических переменных

Таблица 3

Фрагмент фаззификации значений шкал «Образ себя» и «Вера в возможность решения проблем»

Испытуемый	Компонент	Четкое значение (перекодированное)	Значения ФП термов		
			T1 (низкий)	T2 (средний)	T3 (высокий)
№ 1	K223	58 (0,16)	0,4	0,6	0
	K3212	4,91	0,86	0,14	0
№ 2	K223	39 (0,22)	0	0,8	0,2
	K3211	2,3	0	0	1

Таблица 4

Пример расчета нечёткой и чёткой оценок когнитивно-оценочного компонента для конкретного испытуемого

Компонент (2 уровень)	Вес	Компонент (3 уровень)	Чёткое значение	Вес	Значения ФП термов		
					T1	T2	T3
K221	0,6	K3211	4,57	0,2	0	0,69	0,31
		K3212	3,83	0,2	0	0,28	0,72
		K3213	2,57	0,2	0	0,51	0,49
		K3214	2,33	0,2	0	0,39	0,61
		K3215	1,5	0,2	0	0	1
K221			-	0,6	0	0,37	0,63
K222			38	0,2	0	0,2	0,8
K223			60 (0,2)	0,2	0	1	0
Нечёткая оценка когнитивно-оценочного компонента					0	0,46	0,54
Центроиды термов					0,172	0,5	0,828
Нормированная чёткая оценка когнитивно-оценочного компонента					0,77		

В таблице 4 представлен расчёт нечёткой и чёткой оценок когнитивно-оценочного компонента для конкретного испытуемого. Диапазон изменений показателя, характеризующего комплексную оценку суицидального риска, был разбит на три интервала: [0; 0,3] – низкий уровень риска; (0,3; 0,7] – средний уровень риска; (0,7; 1] – высокий уровень риска. Анализ результата, представленного в последней строке таблицы 3, позволяет сделать вывод о том, что данный испытуемый по уровню когнитивно-оценочного компонента должен быть отнесён в группу с высоким уровнем риска.

Аналогичный подход был применён для расчёта интегральных показателей, характеризующих эмоционально-регулятивный и поведенческий компоненты суицидального риска. В таблице 5 представлены описательные статистики трех комплексных оценок и оценки суицидального риска, рассчитанные для исследуемой группы школьников в программе SPSS. Значения данных показателей изменяются от 0 до 1. Чем выше значения компонентов, тем ниже комплексная оценка суицидального риска.

В исследуемой выборке в группу с высоким уровнем суицидального риска попали 7 подростков (1,3%). Предлагаемый подход позволяет, на наш взгляд, не только получить интегральный показатель суицидального риска, но и произвести типологизацию испытуемых, а

значит прогнозировать риск развития суицидального поведения у подростков, описывать его особенности, опираясь на типологию, и осуществлять превенцию данного поведения. Описанный в статье алгоритм в настоящее время заложен в программу, разработанную авторским коллективом, позволяющую проводить скрининговые обследования больших выборок подростков с целью оценки суицидального риска.

**Выводы.**

На суицидальное поведение подростков оказывает влияние большое количество факторов, оценка влияния которых может быть учтена в многофакторных регрессионных моделях. Однако для их построения на первоначальном этапе необходима комплексная оценка риска развития такого поведения. Использование клинических методов оценки суицидального риска существенно повышает уровень объективизации параметров, но затруднено на массовых выборках.

Интенсифицируя процесс сбора информации, исследователи пытаются интегрировать различные подходы и продолжают осуществлять поиск новых методов скринингового обследования подростков, которые позволили бы проводить обследования комплексно и в сжатые сроки.

Таблица 5

Описательные статистики комплексных оценок компонентов и суицидального риска в целом (n=533)

Показатель	Среднее	Минимум	Максимум	Ст. откл.
Эмоционально-регулятивный компонент	0,74	0,08	1,00	0,201
Когнитивно-оценочный компонент	0,60	0,14	0,97	0,163
Поведенческий компонент	0,69	0,02	1,00	0,181
Суицидальный риск	0,32	0,04	0,87	0,152

Учитывая, что составляющие суицидального риска могут быть измерены в разных шкалах, для оценки степени выраженности его компонент предлагается использовать нечёткий подход. Суицидальный риск можно представить в виде иерархической модели. Первый уровень модели составляют три компонента: эмоционально-регулятивный; когнитивно - оценочный; поведенческий. На примере когнитивно-оценочного компонента показана возможность использования нечёткого подхода для комплексной оценки суицидального риска.

Представление суицидального риска в виде иерархической модели позволяет не только получать его интегральную комплексную оценку (фокус иерархии), но и на основе нечётких комплексных оценок эмоционально-регулятивного, когнитивно-оценочного и поведенческого компонентов (первый уровень модели), используя аппарат нечётких выводов, осуществлять нечёткую типологизацию испытуемых, формируя различные классы с целью выявления наиболее характерных для них трудных жизненных ситуаций и разработки соответствующих мер помощи.

## Литература:

1. Федеральная служба государственной статистики. Режим доступа: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#)
2. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in the prevalence of suicide-related behaviors. National YRBS: 1991-2007. Available at: [http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/pdf/yrbs07\\_us\\_suicide\\_related\\_behaviors\\_trend.pdf](http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/pdf/yrbs07_us_suicide_related_behaviors_trend.pdf).
3. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in the prevalence of suicide-related behaviors. National YRBS: 1991-2007. Available at: [http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/pdf/yrbs07\\_us\\_suicide\\_related\\_behaviors\\_trend.pdf](http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/pdf/yrbs07_us_suicide_related_behaviors_trend.pdf).
4. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2001. Vol. 40. P.24S-51S. DOI: 10.1097/00004583-200107001-00003.
5. Eaton D.K., Kann L., Kinchen S. Youth risk behavior surveillance – United States, 2007. *MMWR Surveillance Summaries*. 2008; 57: 1–131.
6. Haas A.P., Drescher J. Impact of sexual orientation and gender identity on suicide risk: Implications for assessment and treatment. *Psychiatric Times XXXI*. 2014; 12: 24-25.
7. Skerrett D.M., Kölves K., De Leo D. LGBT suicide in Australia. *Asia Pacific Psychiatry*. 2014; 6: 440-446. DOI:10.1111/appy.12128
8. Shaffer D., Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1999; 60 (12): 70–74.
9. Foley D.L., Goldston D.B., Costello E.J., Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Archives of General Psychiatry*. 2006; 63: 1017-1024. DOI: 10.1001/archpsyc.63.9.1017
10. Yong-Chun B., Seon-Kyeong J., Kee-Hong Ch., Seung-Hwan L. The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: role of maltreatment and potential mediators. *Psychiatry Investigation*. 2017; 14 (1): 37–43. DOI: 10.4306/pi.2017.14.1.37
11. Miller N.S., Mahler J.C., Gold M.S. Suicide risk associated with drug and alcohol dependence. *Journal of Addictive Diseases*. 1991; 10 (3): 49-61. DOI: 10.1300/J069v10n03\_06
12. Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П., Приленский А.Б. Завершённые суициды: частота выявления алкоголя. *Университетская медицина Урала*. 2018; 3 (14): 171-173.
13. Dawes M. A., Mathias C. W., Richard D.M., Hill-Kapturczak N., Dougherty D. M. Adolescent suicidal behavior and substance use: developmental mechanisms. *Substance Abuse: Research and Treatment*. 2008; 2: 13–28.
14. Shah S., Hoffman R.E., Wake L., Marine W.M. Adolescent suicide and household access to firearms in Colorado: results of a case-control study. *Journal of Adolescent Health*. 2000; 26: 157–163.

## References:

1. Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki. Rezhim dostupa [Federal state statistics service. Access mode]: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#) (In Russ)
2. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in the prevalence of suicide-related behaviors. National YRBS: 1991-2007. Available at: [http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/pdf/yrbs07\\_us\\_suicide\\_related\\_behaviors\\_trend.pdf](http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/pdf/yrbs07_us_suicide_related_behaviors_trend.pdf).
3. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in the prevalence of suicide-related behaviors. National YRBS: 1991-2007. Available at: [http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/pdf/yrbs07\\_us\\_suicide\\_related\\_behaviors\\_trend.pdf](http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/pdf/yrbs07_us_suicide_related_behaviors_trend.pdf).
4. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2001. Vol. 40. P.24S-51S. DOI: 10.1097/00004583-200107001-00003.
5. Eaton D.K., Kann L., Kinchen S. Youth risk behavior surveillance – United States, 2007. *MMWR Surveillance Summaries*. 2008; 57: 1–131.
6. Haas A.P., Drescher J. Impact of sexual orientation and gender identity on suicide risk: Implications for assessment and treatment. *Psychiatric Times XXXI*. 2014; 12: 24-25.
7. Skerrett D.M., Kölves K., De Leo D. LGBT suicide in Australia. *Asia Pacific Psychiatry*. 2014; 6: 440-446. DOI:10.1111/appy.12128
8. Shaffer D., Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1999; 60 (12): 70–74.
9. Foley D.L., Goldston D.B., Costello E.J., Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Archives of General Psychiatry*. 2006; 63: 1017-1024. DOI: 10.1001/archpsyc.63.9.1017
10. Yong-Chun B., Seon-Kyeong J., Kee-Hong Ch., Seung-Hwan L. The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: role of maltreatment and potential mediators. *Psychiatry Investigation*. 2017; 14 (1): 37–43. DOI: 10.4306/pi.2017.14.1.37
11. Miller N.S., Mahler J.C., Gold M.S. Suicide risk associated with drug and alcohol dependence. *Journal of Addictive Diseases*. 1991; 10 (3): 49-61. DOI: 10.1300/J069v10n03\_06
12. Umanskij M.S., Hohlov M.S., Zotova E.P., Prilenskij A.B. Zavershonyye suicidy: chastota vyjavlenija alkogolja [Completed suicides: frequency of alcohol detection]. *Universitetskaja medicina Urala [University medicine of the Urals]*. 2018; 3 (14): 171-173. (In Russ)
13. Dawes M. A., Mathias C. W., Richard D.M., Hill-Kapturczak N., Dougherty D. M. Adolescent suicidal behavior and substance use: developmental mechanisms. *Substance Abuse: Research and Treatment*. 2008; 2: 13–28.
14. Shah S., Hoffman R.E., Wake L., Marine W.M. Adolescent suicide and household access to firearms in Colorado: results of a case-control study. *Journal of Adolescent Health*. 2000; 26: 157–163.

15. McKeown R.E., Garrison C.Z., Cuffe S.P. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998; 37: 612-619.
16. Beautrais A.L., Joyce P.R., Mulder R.T. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997; 36: 1543-1551. DOI: 10.1016/S0890-8567(09)66563-1
17. Розанов В.А., Уханова А.И., Волканова А.С., Рахимкулова А.С., Пизарро А., Бирон Б.В. Стресс и суицидальные мысли у подростков. *Суицидология*. 2016; 7 (3): 20-32.
18. Банныков Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы). *Суицидология*. 2015; 6 (4): 21-32.
19. Foley D.L., Goldston D.B., Costello E.J., Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Archives of General Psychiatry*. 2006; 63: 1017-1024. DOI: 10.1001/archpsyc.63.9.1017
20. Friedman R.A., Leon A.C. Expanding the black box – depression, antidepressants, and the risk of suicide. *New England Journal of Medicine*. 2007; 356 (23): 2343-2346. DOI: 10.1056/NEJMp078015
21. 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. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00033
22. Харитонов С.В., Любов Е.Б., Рызова С.В., Соболев В.А., Кушнарев В. М. Сравнительный анализ наиболее распространенных методов оценки суицидального риска. *Суицидология*. 2013; 4 (4): 17-22.
23. Overholser J.C., Braden A., Dieter L. Understanding suicide risk: identification of high risk groups during high risk times. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 68 (3): 349-361. DOI: 10.1002/jclp.20859
24. Борисов В.В., Круглов В.В., Федулов А.С. Нечеткие модели и сети. 2-е изд., стереотип. М.: Горячая линия–Телеком, 2012. 284 с.
25. Демидова Л.А. Принятие решений в условиях неопределённости / Л.А. Демидова, В.В. Кираковский, А.Н. Пылькин. 2-е изд., перераб. М., 2016. 283 с.
26. Arunraj N.S., Mandal S, Maiti J. Modeling uncertainty in risk assessment: an integrated approach with fuzzy set theory and Monte Carlo simulation. *Accident Analysis & Prevention*. 2013; 55: 242-255. DOI: 10.1016/j.aap.2013.03.007
27. Karimpour K., Zarghami R., Moosavian M.A., Bahmanyar H. New fuzzy model for risk assessment based on different types of consequences. *Oil & Gas Science and Technology*. 2014; 71 (1). DOI: 10.2516/ogst/2014044
28. Modai I., Kuperman J., Goldberg I. Goldish M., Mendel S. Fuzzy logic detection of medically serious suicide attempt records in major psychiatric disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2004; 192 (10): 708-710.
29. Kazdin A.E., Rodgers A., Colbus D. The hopelessness scale for children: psychometric characteristics and concurrent validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986; 54 (2): 241-245.
30. Белогай К.Н., Борисенко Ю.В., Евсеенкова Е.В., Каган Е.С., Морозова И.С. Опыт использования методики «Детская шкала безнадежности» в процессе апробации скринингового метода исследования суицидального поведения подростков. *Известия Иркутского государственного университета. Серия «Психология»*. 2018; 24: 3-22.
31. Linehan M.M., Goodstein J.L., Nielsen S.L., Chiles J.A. Reasons for Staying Alive When You Are Thinking of Killing Yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983; 51: 276-286.
32. Пегат А. Нечеткое моделирование и управление / А. Пегат. Пер. с англ. 2-е изд. (эл.). М., 2013. 798 с.
33. Каган Е.С. Применение метода анализа иерархий и теории нечетких множеств для оценки сложных социально-экономических явлений. *Известия Алтайского государственного университета*. 2012; 1-1: 160-163.
15. McKeown R.E., Garrison C.Z., Cuffe S.P. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998; 37: 612-619.
16. Beautrais A.L., Joyce P.R., Mulder R.T. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997; 36: 1543-1551. DOI: 10.1016/S0890-8567(09)66563-1
17. Rozanov V.A., Ukhanova A.I., Volkanova A.S., Rakhimkulova A.S., Pizarro A., Biron B.V. Stress and suicidal thoughts in adolescents. *Suicidology*. 2016; 7 (3): 20-32. (In Russ)
18. Bannikov G., Koshkin K., Pavlova T., Letova A. Actual and potential suicide risk factors in adolescents (literature review). *Suicidology*. 2015; 6 (4): 21-32. (In Russ)
19. Foley D.L., Goldston D.B., Costello E.J., Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Archives of General Psychiatry*. 2006; 63: 1017-1024. DOI: 10.1001/archpsyc.63.9.1017
20. Friedman R.A., Leon A.C. Expanding the black box – depression, antidepressants, and the risk of suicide. *New England Journal of Medicine*. 2007; 356 (23): 2343-2346. DOI: 10.1056/NEJMp078015
21. 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. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00033
22. Kharitonov S.V., Lyubov E.B., Ryzova S.V., Sobolev V.A., Kushnarev V.M. Benchmarking study of the most popular estimating method of the risk of suicidality. *Suicidology*. 2013; 4 (4): 17-22. (In Russ)
23. Overholser J.C., Braden A., Dieter L. Understanding suicide risk: identification of high risk groups during high risk times. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 68 (3): 349-361. DOI: 10.1002/jclp.20859
24. Borisov V.V., Kруглов V.V., Fedulov A.S. Nechetkie modeli i seti [Fuzzy models and networks]. 2-е изд., стереотип. М.: Gorjachaja linija–Telekom, 2012. 284 s. (In Russ)
25. Demidova L.A. Prinjatje reshenij v uslovijah neopredeljonosti [Decision-making under uncertainty] / L.A. Demidova, V.V. Kirakovskij, A.N. Pyl'kin. 2-е изд., pererab. M., 2016. 283 s. (In Russ)
26. Arunraj N.S., Mandal S, Maiti J. Modeling uncertainty in risk assessment: an integrated approach with fuzzy set theory and Monte Carlo simulation. *Accident Analysis & Prevention*. 2013; 55: 242-255. DOI: 10.1016/j.aap.2013.03.007
27. Karimpour K., Zarghami R., Moosavian M.A., Bahmanyar H. New fuzzy model for risk assessment based on different types of consequences. *Oil & Gas Science and Technology*. 2014; 71 (1). DOI: 10.2516/ogst/2014044
28. Modai I., Kuperman J., Goldberg I. Goldish M., Mendel S. Fuzzy logic detection of medically serious suicide attempt records in major psychiatric disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2004; 192 (10): 708-710.
29. Kazdin A.E., Rodgers A., Colbus D. The hopelessness scale for children: psychometric characteristics and concurrent validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986; 54 (2): 241-245.
30. Belogaj K.N., Borisenko Ju.V., Evseenkova E.V., Kagan E.S., Morozova I.S. Opyt ispol'zovanija metodiki «Detskaja shkala beznadezhnosti» v processe aprobacii skrininogovogo metoda isledovanija suicidal'nogo povedenija podrostkov [The experience of using the technique of "Children's school of hopelessness" in the process of testing the screening method for the study of suicidal behavior of adolescents]. *Izvestija Irkutskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija «Psihologija»*. 2018; 24: 3-22. (In Russ)
31. Linehan M.M., Goodstein J.L., Nielsen S.L., Chiles J.A. Reasons for Staying Alive When You Are Thinking of Killing Yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983; 51: 276-286.
32. Pegat A. Nechetkoe modelirovanie i upravlenie [Fuzzy modeling and control] / A. Pegat. Per. s angl. 2-е изд. (jel.). М., 2013. 798 s. (In Russ)
33. Kagan E.S. Primenenie metoda analiza ierarhij i teorii nechetkih mnozhestv dlja ocenki slozhnyh social'noekonomicheskikh javlenij [Application of the method of analysis of hierarchies and the theory of fuzzy sets for the evaluation of complex socio-economic phenomena]. *Izvestija Altajskogo gosudarstvennogo universiteta [News of Altai state University]*. 2012; 1-1: 160-163. (In Russ)



**FUZZY MODEL OF THE SUICIDAL RISKS AMONG ADOLESCENTS IN THE SCREENING PRACTICE**

E.V. Evseenkova, E.S. Kagan, I.S. Morozova, K.N. Belogai, J.V. Borisenko

Kemerovo State University, Kemerovo, Russia; evseenkova\_e\_v@mail.ru

**Abstract:** Background In this paper we prove the actuality of study of suicide risk factors and analyze the methods of assessment of the risk factors for suicidal behavior among adolescents. We provide statistical data and the available prognostications of suicide behavior. We give a brief overview of the clinical and non-clinical models for assessing the risk of suicide and we also explain the purpose of the study, which lies in the field of verification of application of a fuzzy approach for integrated assessment of suicide risk in adolescents. Measures and methods. We also provide the results of our study with 533 participants, which were school pupils from Kuzbass – 270 male (mean age 14,72±1,51) and 263 female (mean age 14,77±1,56). The collection of empirical data was carried out by the number of measures, which included of personality questionnaires and profiles. Our participants were assessed on a short version of the Kulikov's questionnaire of the dominant condition, a teenage version of Beck Depression Inventory (BDI), Amirkchan's Questionnaire, Reasons for Living Scale (Linehan et. al., 1983), Hopelessness Scale for Children (HLPS) in translation and adaptation of J. Borisenko, K. Belogai and E. Evseenkova, the projective «Hopeless Situation Inventory» (K. Belogai, J. Borisenko, I. Morozova and E. Evseenkova). Results. We elaborated a hierarchical model of suicidal risks. First level of model contains three components such as Emotional and regulative component, Cognitive and evaluation component and Behavioral component. Each component has its own constituents which represent the second level of model. In this paper we describe application of fuzzy model for the comprehensive suicide risk assessment discussed in detail in the example of Cognitive and evaluation component. The range of changes in the indicator which characterizes the complex assessment of suicidal risk was divided into three intervals: low, medium and high risk. In general we obtained the following average values and standard deviations for complex assessments of components and suicidal risk: emotional-regulatory component (0.74, SD 0.20); cognitive-evaluative component (0.60, SD 0.18); behavioral component (0.69, SD 0.18); suicidal risk in general (0.32, SD 0.15). We received data that among studied non-clinical adolescents' sample 1.3 per cent of participants have high suicide risk. Data analysis was performed using SPSS software and Statistica 10. Conclusion. Representation of suicide risk as a hierarchical model allows us not only to obtain integral integrated assessment of suicide risk, but also to build a fuzzy typology of the subjects on the basis of fuzzy integrated assessments of emotional-regulatory, cognitive-evaluative and behavioral components (the first level of the model) with the apparatus of fuzzy conclusions. So we have formed different risk groups of adolescents divided by the specific sort of difficult life situations. Correspondingly we consider the different care strategies development for the different identified groups to be relevant.

**Keywords:** suicidal behavior, adolescent suicide, the screening practice of the suicidal risks among adolescents, comprehensive risk assessment, risk factors, fuzzy models

**Вклад авторов:**

E.V. Evseenkova: получение данных для анализа, написание текста рукописи;

E.S. Kagan: разработка модели для анализа результатов, статистический анализ, редактирование текста рукописи;

I.S. Morozova: разработка дизайна исследования, анализ и интерпретация полученных данных;

K.N. Belogai: обзор и перевод публикаций по теме статьи, разработка методик для сбора данных, редактирование текста рукописи;

J.V. Borisenko: перевод и разработка методик для сбора данных, создание модели для интерпретации результатов, редактирование текста рукописи.

**Authors' contributions:**

E.V. Evseenkova: obtaining data for analysis, article writing;

E.S. Kagan: development of a model for analyzing results, statistical analysis, article editing;

I.S. Morozova: developing the research design, analysis and interpretation of the obtained data;

K.N. Belogai: reviewing and translating the relevant publications, development of data collection techniques, article editing;

J.V. Borisenko: translation and development of data collection techniques, creating of a model of data interpreting, article editing.

**Финансирование:** Исследование выполняется при поддержке РФФИ, проект 18-013-00210 А.**Financing:** The study is supported by the Russian Foundation for Basic Research, Project 18-013-00210 А.**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 14.02.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.04.2019.

Для цитирования: Евсеенкова Е.В., Каган Е.С., Морозова И.С., Белогай К.Н., Борисенко Ю.В. Использование нечеткой модели для комплексной оценки риска суицидального поведения подростков. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 72-81. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-72-81

For citation: Evseenkova E.V., Kagan E.S., Morozova I.S., Belogai K.N., Borisenko J.V. Fuzzy model of the suicidal risks among adolescents in the screening practice. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 72-81. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-72-81

## **АНАЛИЗ СЕЗОННЫХ КОЛЕБАНИЙ ЗАВЕРШЁННЫХ СУИЦИДОВ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В СВЯЗИ С ГЕОКЛИМАТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ**

*В.А. Розанов, П.Е. Григорьев, Ю.А. Сумароков, К.В. Шельгин,  
А.А. Карякин, С.И. Малявская, О.Г. Сидоренков*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь, Россия  
Гуманитарно-педагогический институт ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет»,  
г. Севастополь, Россия  
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск, Россия  
Арктический Университет Норвегии, г. Тромсе, Норвегия

### Контактная информация:

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, д. 6. Телефон: (953) 374-11-41, электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

Григорьев Павел Евгеньевич – доктор биологических наук, доцент (SPIN-код: 2691-2533; ORCID iD: 0000-0001-7390-9109; Researcher ID: K-6139-2016). Места работы и должности: 1) Заведующий кафедрой медицинской физики и информатики Физико-технического института (структурное подразделение) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Адрес: Россия, 295007, г. Симферополь, проспект Вернадского, 4. электронный адрес: grigorievpe@cfuv.ru; 2) Профессор кафедры «Психология» Гуманитарно-педагогического института ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет». Адрес: Россия, 299028, г. Севастополь, проспект Гагарина, 13.

Сумароков Юрий Александрович – доктор медицинских наук (ORCID iD: 0000-0002-6693-838X). Место работы и должность: Начальник управления международного сотрудничества ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России. Адрес: Россия, 163001, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. Телефон: (8182) 28-57-59, электронный адрес: sumarokovjua@nsmu.ru

Шельгин Кирилл Валерьевич – доктор медицинских наук, доцент (ORCID iD: 0000-0002-4827-2369). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России. Адрес: Россия, 163001, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. Телефон: (921) 240-37-85, электронный адрес: shellugin@yandex.ru

Карякин Алексей Андреевич – кандидат технических наук, доцент (SPIN-код: 7296-3303; Researcher ID: G-2933-2019; ORCID iD: 0000-0002-4458-8702). Место работы и должность: заведующий кафедрой медицинской и биологической физики ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России. Адрес: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. Телефон: (981) 553-82-93. Электронный адрес: biophysica@gmail.com

Малявская Светлана Ивановна – доктор медицинских наук, профессор (ORCID iD: 0000-0003-2521-0824) Место работы и должность: проректор по научно-инновационной деятельности, заведующая кафедрой педиатрии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России, Адрес: Россия, 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. Телефон: (8182) 21-12-52, электронный адрес: mal-yavskaya@yandex.ru

Сидоренков Олег Григорьевич – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: доцент Института Общественного Здравоохранения, Арктический Университет Норвегии, г. Тромсе, Норвегия. Телефон: +47 966 77 157, электронный адрес: ole.sidorenkov@uit.no

Цель исследования. Данная работа продолжает изучение сезонности суицидального поведения в регионах, контрастно отличающихся по основным геоклиматическим факторам, в зависимости от долготы дня и температуры окружающей среды (сравнение Одессы и Архангельска). Методы. Проанализированы 3326 случаев самоубийств по г. Архангельску за период с 1991 г. по 2013 г. Все данные были обработаны статистически после приведения к единому масштабу с учётом различного числа суток в месяцах года. Для исследования нулевой статистической гипотезы о равенстве долей суицидов, приходящихся на каждый месяц года, применяли биномиальный критерий с двусторонней критической областью. Результаты. В обоих исследованных регионах за последние 17 лет наблюдается снижение уровня самоубийств. С марта по август (6 мес. в году) в Архангельске смертность от суицидов выше ожидаемой (исходя из нулевой гипотезы), все остальные месяцы года она ниже ожидаемой. Максимальный подъём наблюдается в мае (в среднем, учитывая нестабильную кар-

тину по годам – на 1,86% за 23 г. наблюдения), максимальное снижение – в декабре (в среднем на 2,14%). Таким образом, в Архангельске отсутствует осенний подъём суицидальности. Картина в Одессе во многом аналогична, но с определёнными отличиями – подъём суицидов выявляется с апреля по август, то есть 5 мес. в году. Колебания смертности от суицидов коррелируют как с длиной светового дня ( $R=0,80$ ;  $p=0,0020$ ), так и с температурной кривой ( $R=0,57$ ;  $p=0,05$ ), в большей степени – с производной от среднемесячной температуры ( $R=0,75$ ;  $p=0,005$ ). Полученные данные обсуждаются с точки зрения различий между регионами и возможного влияния социальных факторов и паттернов потребления алкоголя. Заключение. Паттерн сезонности в Архангельске и Одессе немного отличается (в Архангельске весенний подъём начинается раньше), однако принципиальных отличий в отношении связи с длиной дня и температурой не выявлено.

*Ключевые слова:* суицид, сезонность суицидального поведения, долгота дня, внешняя температура

Проблема сезонности суицидальной активности населения (сезонной смертности и сезонности суицидальных попыток) имеет как теоретическое, так и прикладное значение. С одной стороны, с точки зрения концепции стрессуязвимости представляет интерес, какие внешние факторы (инсоляция, длина светового дня, колебания годовых температур, другие погодные и геоклиматические условия) оказывают наиболее существенное влияние на динамику суицидальной активности в течение года. С другой стороны, знание о наиболее вероятных пиках активности для данного региона может иметь значение при планировании превентивных мероприятий, как в контексте первичной, так и вторичной профилактики, особенно применительно к организованным коллективам (школа, армия, пенитенциарная система) [1].

Оригинальные статьи и обзоры по проблеме сезонных подъёмов и спадов числа суицидов дают смешанную и неоднозначную картину, прежде всего в связи с множеством факторов, влияющих на эти сезонные колебания, и сложностями, возникающими при попытке их дифференцировать. Несмотря на немалое число работ во всем мире, не прекращается дискуссия о том, каков вклад социальных, психологических и патофизиологических факторов в наблюдаемую во многих странах и регионах сезонность суицидальности [2-4]. Во многих работах, как следует из нашего подробного обзора, сезонность суицидов рассматривается с позиций роли геоклиматических факторов – контрастности температур в ареалах проживания, суровости климата, длительности светового дня, погодных явлений, возможных геомагнитных влияний и т.д. [5]. Российская Федерация в этом отношении предоставляет уникальные возможности для исследований благодаря разнообразию климатических зон и часовых поясов. По сути, это единственная страна в мире, где большие контингенты населяют терри-

тории со значительными перепадами между летними и зимними температурами, с суровыми, требующими постоянной адаптации условиями жизни, включая заполярные зоны с особым световым и геомагнитным режимом. В то же время, все эти регионы принадлежат одной общественно-политической системе, характеризуются относительной однородностью таких факторов, как социально-экономические показатели, уровень образования населения, определённая сформировавшаяся веками ментальность, коллективная психология и отношение к суициду (мы имеем в виду, прежде всего, крупные урбанизированные центры, поскольку в районах традиционного компактного проживания малых национально-этнических групп и народностей закономерности могут быть другими в связи с культурными особенностями, о чём существует множество данных [6-8]).

Ранее были представлены данные по сезонности суицидов в Архангельской области, согласно которым смертность в данном регионе соответствует общероссийской тенденции – с максимумами показателей весной и летом и минимумами осенью и зимой [9]. Эта динамика принципиально совпадает с двумя основными сезонными температурными переходами и наблюдается во многих регионах мира. В то же время, в некоторых географических широтах, в регионах с различной контрастностью климата, в отдельных климатических зонах выявляется ещё один осенний (сентябрь-октябрь) подъём. Это дало основание предполагать влияние напряжения и стресса, связанного с температурной адаптацией дважды в году [10]. В других работах осенний подъём связывают с сезонной депрессией, в связи с чем альтернативной гипотезой выступает влияние длины светового дня, что предусматривает напряжение и стресс, связанный с коррекцией циркадного ритма и колебаниями длительности сна [4]. Осенний подъём в северных регионах часто связывают с тяжело воспринимаемым укороче-

нием светового дня, ранним наступлением темноты, что в городской среде, на фоне привычного психо-социального стресса (который тоже носит циклический характер и «привязан» к сезонным социальным процессам) становится дополнительным источником негативного эмоционального фона [5]. Другим объяснением может служить депрессивная реакция на возврат к трудовым обязанностям после периода отпусков (который в большинстве стран Европейского континента приходится на конец лета), что особенно характерно для лиц с алкогольной проблемой [11].

Ранее нами проведён анализ взаимосвязи помесечных изменений смертности от самоубийств в г. Одессе и Одесской области с колебаниями температуры и изменениями длительности светового дня [12]. Полученные данные можно трактовать как свидетельство влияния обоих факторов, возможно, на разные контингенты, с большей или меньшей чувствительностью к каждому из них. В настоящей работе аналогичный анализ проведён в отношении намного более северного региона, на меньшем числе случаев, но на более длительном периоде наблюдения (23 года).

Материалы и методы.

В работе использованы данные о завершённых самоубийствах за период с 1991 по 2013 г., предоставленные бюро судебно - меди-

цинской экспертизы г. Архангельска. Всего в базе данных обработано 3326 завершённых суицидов. Данные о длительности светового дня на широте г. Архангельска взяты из источника [13], данные о температуре за период наблюдения – из источника [14]. Данные демографического характера извлекались из официальных источников [15]. Основным методическим приёмом при обработке данных был корреляционный анализ годовых изменений среднемесячной температуры, ее производной, длины светового дня и уровня суицидов. Для исследования нулевой статистической гипотезы о равенстве долей суицидов, приходящихся на каждый месяц года, применяли биномиальный критерий с двусторонней критической областью, аналогично исследованию [12, 16].

Результаты и обсуждение.

Как видно из представленных данных (рис. 1), с 1991 по 1994 г. смертность от суицидов Архангельске существенно росла, но начиная с 1994 г. наметился устойчивый нисходящий тренд, в среднем на 3,7% в год. На этом фоне имели место небольшие подъёмы в 1999, 2001 и 2007 гг. Максимальное отличие от среднего числа суицидов за весь период (145 случаев) составило 84,8% в большую сторону. Расчёт индексов на 100000 не меняет картины, лишь несколько сглаживая размах колебаний (рис. 1).

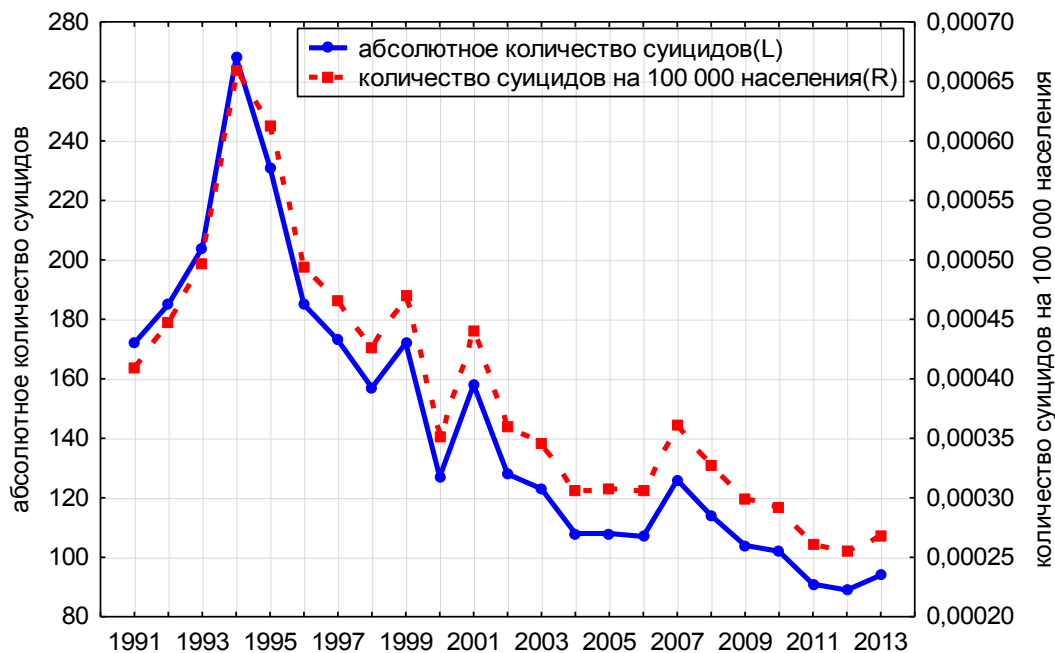


Рис. 1. Динамика случаев самоубийств по г. Архангельску за период наблюдения. По оси абсцисс отложены годы, по левой оси ординат – абсолютные количества завершённых суицидов; по правой оси – относительные величины (количество суицидов на 100 000 населения).

Таблица 1

Расчёты долей распределения самоубийств по месяцам года и статистическая значимость различий между ожидаемой теоретической и эмпирической частотами суицидов\*

Месяц	Количество самоубийств в месяц (за весь период наблюдений)	Теоретически ожидаемые количества самоубийств	Теоретически ожидаемая доля самоубийств	Эмпирическая доля самоубийств	Разность в процентах реальной и теоретически ожидаемой долями суицидов	Значимость 2-стор. бином. критерия	Эмпирические частоты для построения графика с учётом неравных весов за месяцы с разным числом суток
1	273	282,2809	0,084871	0,082081	-0,2790%	0,590	0,081955
2	225	257,3392	0,077372	0,067649	-0,9723%	0,036	0,068052
3	298	282,2809	0,084871	0,089597	0,4726%	0,344	0,089459
4	315	273,1744	0,082133	0,094708	1,2575%	0,010	0,094822
5	344	282,2809	0,084871	0,103428	1,8557%	<0,001	0,103269
6	288	273,1744	0,082133	0,086590	0,4457%	0,364	0,086694
7	328	282,2809	0,084871	0,098617	1,3746%	0,006	0,098465
8	291	282,2809	0,084871	0,087492	0,2621%	0,604	0,087357
9	260	273,1744	0,082133	0,078171	-0,3962%	0,426	0,078265
10	259	282,2809	0,084871	0,077871	-0,7000%	0,154	0,077751
11	234	273,1744	0,082133	0,070355	-1,1778%	0,012	0,070439
12	211	282,2809	0,084871	0,063440	-2,1431%	<0,001	0,063342

\*Примечание: месяцы года, в которые наблюдается подъём числа суицидов над ожидаемым, выделены жирным шрифтом (3-8), месяцы, в которые наблюдается снижение – обычным (12, 9-12). Достоверные различия отмечены курсивом.

Вероятнее всего, тренд имеет социально-экономическую природу, поскольку он довольно близко совпадает с динамикой суицидов по России, Беларуси и Украине с 1991 по 2013 г., которые лучше всего объясняются социально-экономическими и политическими процессами, происходящими на пост-советском пространстве после распада СССР [17]. Пик с 1992 г. по 1995 г. вызван последствиями распада СССР и последовавшими за этим экономическими и социальными проблемами. Подъём в 1998 г., скорее всего, был связан с экономическим кризисом и техническим дефолтом в России, последствия чего наблюдались ещё несколько лет. Наличие понижающего тренда в последующие годы отражает стабилизацию социально-экономической ситуации. При этом обращает на себя внимание, что подъёмы вблизи 2000 г. наблюдаются и в Архангельске, и в Одессе [12] несмотря на то, что как минимум десятилетие эти регионы уже принадлежали двум разным государствам.

Далее нами были проанализированы ежемесячные данные по суицидам. Доли суицидов

за каждый месяц (где общее число за год составило 100% или 1 в терминах частоты) предварительно приведены к единому масштабу с учётом различного числа суток в месяцах года (табл. 1). На 23 года пришлось шесть високосных лет и 17 обычных. Продолжительность года, таким образом, для этого интервала составила 365,2609 суток. Среднее число дней, приходящихся на месяц, составило 30,43841 дней. Так, среднее число суток в феврале за этот промежуток – 28,26087, в то время, как на остальные месяцы, естественно, 31 или 30 суток. Исходя из этого, нашли теоретически ожидаемые количества и доли суицидов. Для исследования нулевой статистической гипотезы о равенстве долей суицидов, приходящихся на каждый месяц года, применяли биномиальный критерий с двусторонней критической областью.

Как видно из табл. 1, с марта по август (6 месяцев в году) среднемесячные уровни суицидов превышают теоретически ожидаемые (исходя из гипотезы о равномерном распределении всех случаев в течение года). При этом подъёмы достигают статистической значимо-

сти в апреле, мае, июле. Во все остальные месяцы года, с сентября по февраль среднемесячные уровни ниже теоретически ожидаемых, снижение достигает достоверности в феврале, ноябре и декабре. Таким образом, подтверждается ранее замеченная закономерность – 6 месяцев в году весной и летом наблюдается подъём смертности, и в остальные 6 месяцев осенью и зимой – её снижение. Наиболее выраженный подъём наблюдается в мае, самое сильное снижение – в феврале.

Далее, для построения графиков проводили коррекцию статистических весов долей суицидов, приходящихся на месяц, исходя из неравного количества дней в них. Поправочный коэффициент, на который умножали эмпирические доли, получали следующим образом:

- для месяцев с 31 сутками он составил:  $1+(30,43841-31)/365,2609=0,998462$ ;
- для месяцев с 30 сутками:  $1+(30,43841-30)/365,2609=1,001200$ ;
- для февраля:  $1+(30,43841-28,26087)/365,2609=1,005962$ .

Ниже представлены графики взвешенных ежемесячных данных по суицидам и длины светового дня по месяцам в Архангельске. Как

видно из рис. 2, кривая среднемесячных значений частоты самоубийств отражает уже упомянутый подъём с марта по август, с некоторым снижением в июне. Между кривой самоубийств и изменениями доли светлого времени суток наблюдается прямая корреляция, что отражается в высоких и достоверных коэффициентах:  $R=0,8021$ ;  $p=0,0020$  (линейная корреляция по Пирсону),  $R_s=0,7622$ ,  $p=0,0040$  (ранговая корреляция по Спирмену).

С целью уточнения связи колебаний суицидальной активности с температурой внешней среды, кривую распределения частоты суицидов помесячно сопоставляли со среднемесячной температурой (рис. 3).

Как видно из рис. 3, неравномерность суицидальной активности и среднемесячной температуры в Архангельске также прямо коррелируют между собой, однако коэффициенты корреляции значительно ниже (линейная корреляция  $R=0,5674$ ;  $p=0,0540$ ; ранговая –  $R_s=0,5315$ ;  $p=0,0754$ ) и не являются статистически значимой. В то же время, визуальное температурная кривая запаздывает по отношению к кривой суицидов – вначале растёт число самоубийств, а потом температура.

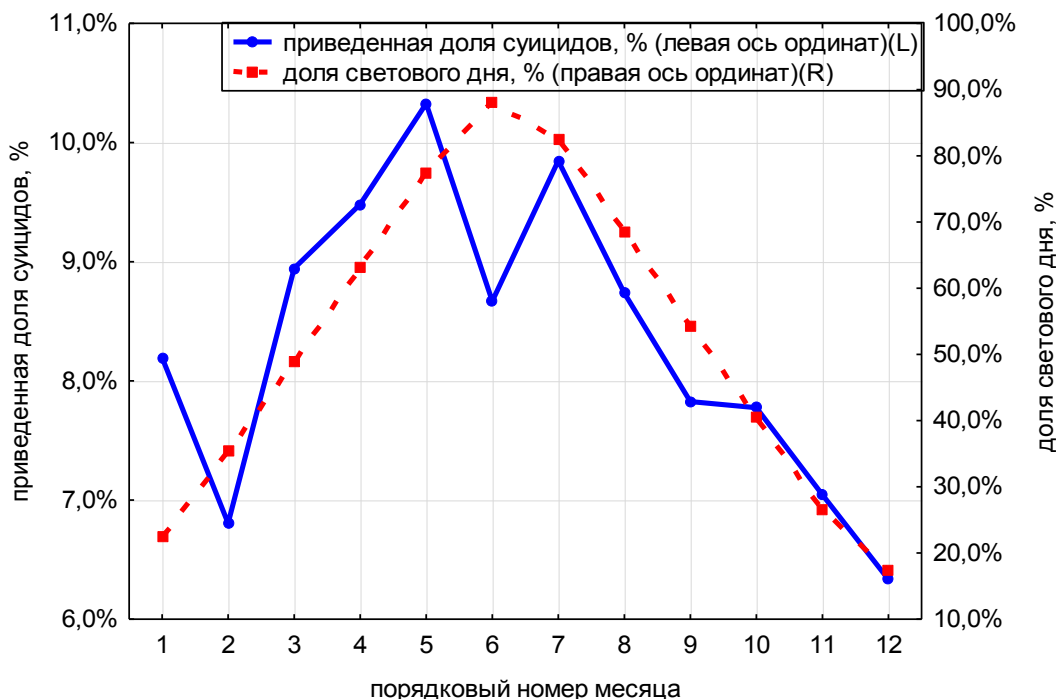


Рис. 2. Кривые распределения суицидов и длительности светового дня помесячно. По оси абсцисс – месяцы года. По левой оси ординат – взвешенные доли суицидов в %, приходящиеся на каждый месяц года, от общего числа за год. По правой оси ординат – длина светового дня за каждый месяц, выраженная в долях (доля времени в %, которое занимает световой день в сутки) и приведённая к значению в %.



Рис. 3. Кривые распределения суицидов и средней температуры, помесечно. По оси абсцисс – месяцы года. По левой оси ординат – приведённая доля суицидов в месяц в % от общего числа за год, по правой оси – среднемесячная температура в градусах Цельсия.

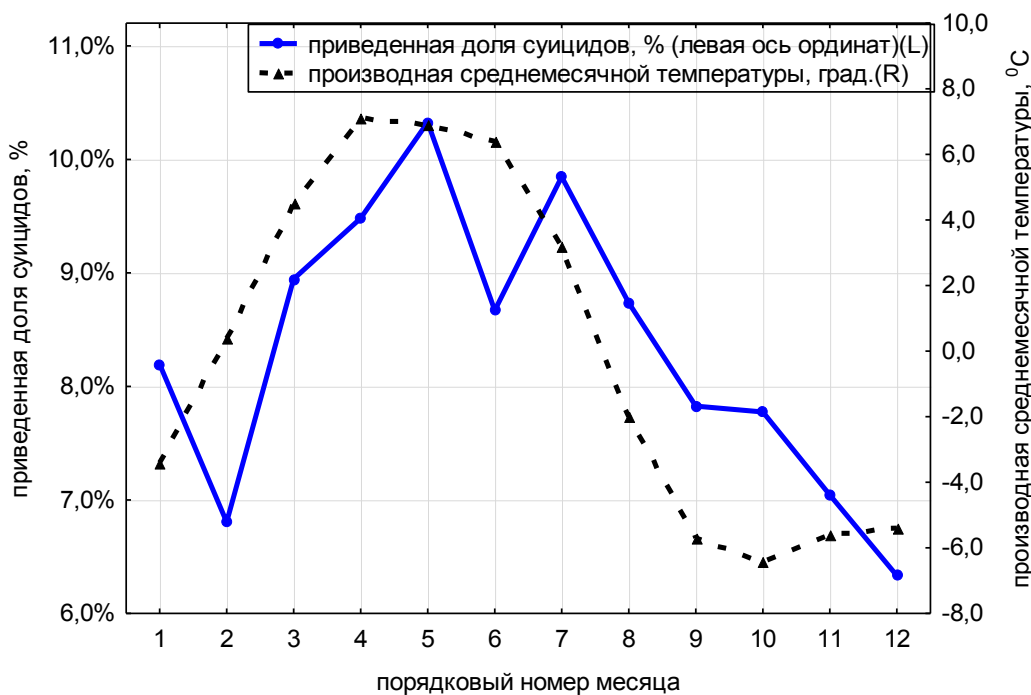


Рис. 4. Кривые распределения суицидов и производной средней температуры, помесечно. По оси абсцисс – месяцы года, по левой оси ординат – приведённые доли суицидов помесечно в % от общего числа за год, по правой оси ординат – разности значений температуры между данным и предыдущим месяцем, выраженные в градусах Цельсия.

Как и в предыдущем исследовании, мы предположили, что более важным может оказаться момент перехода из одного температур-

ного режима в другой, что может происходить по-разному в разные годы наблюдения, резко или постепенно. В связи с этим вместо абсо-

лютной температуры было использовано её изменение (разность между значением в данный месяц и предыдущий – производную), что в определённой степени отражает резкость смены температурного режима в каждом данном случае в сторону потепления или похолодания.

При сопоставлении кривых (рис. 4) коэффициент корреляции увеличивается и становится статистически значимым как по Пирсону ( $R=0,7534$ ;  $p=0,005$ ), так и по Спирмену ( $R_s=0,7203$ ;  $p=0,0082$ ).

Мы, как и в предыдущей работе, обратили внимание на то, что график производной оказывается для некоторых месяцев смещённым относительно числа самоубийств на месяц вперед. Если произвольно сместить кривую производной температуры на месяц назад, получим ещё более высокие коэффициенты корреляции –  $R=0,8524$  на уровне значимости  $p=0,00043$  по Пирсону и  $R_s=0,8322$  при  $p=0,00079$ . Таким образом, и в данном случае большое значение имеет фактор, связанный именно с резкостью изменения температуры, и есть основания полагать, что именно он влияет на суицидальную активность.

Таким образом, не сама по себе температура, а именно величина её изменения, причём с учётом знака, может определять динамику суицидов с запаздыванием последней на месяц. Иными словами, чем более резко температура растёт – тем больше число суицидов, чем резко падает – тем меньше суицидов. Поскольку рост суицидальной активности запаздывает на месяц относительно перемены весенней температуры, можно предполагать, что процессы, связанные с температурной адаптацией организма, требующие времени, могут участвовать в этом. В то же время, этот результат противоречит идее о необходимости адаптироваться дважды в году – весной и осенью, во-первых, поскольку нет осеннего подъёма, а во-вторых, потому, что со снижением температуры суицидов становится меньше. Это, однако, не исключает роли температурной адаптации в принципе, которая может вносить свой вклад в цивилизационный стресс, обострение конфликтов и психических расстройств весной. Известно, также, что повышение температуры и особенно периоды жаркой погоды могут провоцировать агрес-

сию, а поскольку агрессия и аутоагрессия связаны между собой, это может отражаться на уровне самоубийств [18].

Обсуждая представленные результаты, можно отметить, что полученные для Архангельска показатели в принципе соответствуют таковым для Одесского региона [12]. В то же время, имеются и некоторые различия. Прежде всего, в Одессе повышение частоты над теоретически ожидаемой наблюдается в течение 5 месяцев (с апреля по август), в то время как в Архангельске – в течение 6 месяцев (с марта по август). Далее, кривая приведённой доли суицидов по месяцам в Одессе и Архангельске различается – в Одессе она отражает равномерный подъём частоты событий весной и летом, в то время как в Архангельске, при том, что общая тенденция такая же имеет место, подъём в январе и падение в июле. Происхождение этих колебаний (которые не приобретают достоверности относительно нулевой гипотезы) в рамках данного исследования объяснить не представляется возможным. Наличие этих отклонений приводит к тому, что корреляция между температурной и световой кривыми и распределением суицидов в Архангельске в целом ниже. В то же время, если для Одессы корреляция была несколько выше с длительностью светового дня [12], то для Архангельска выше корреляция с производной температуры.

В обоих городах за совпадающий период времени наблюдений (с 2000 г. по 2013 г.) наблюдается схожая динамика индексов суицида, при том, что в Архангельске в целом значения немного выше. И в Одессе и в Архангельске июль – самый жаркий (теплый) месяц, однако в Архангельске в среднем в июле наблюдается спад, в то время как в Одессе – плавный статистически подтверждённый подъём, продолжающийся с мая по август. Мы предположили, что это может быть связано со световым режимом Архангельска. На фоне белых ночей и гражданских сумерек (когда солнце не опускается ниже горизонта), в Архангельске летом намного меньше солнечных дней [14]. В связи с этим представляют интерес данные из Калифорнии, в которых авторы обнаружили, что если обращать внимание на каждые несколько последовательных дней с инсоляцией ниже и выше



среднегодовой, то выясняется, что в последующие за повышенной инсоляцией 21-25 дней число суицидов снижается, в то время как в последующие 10 дней вслед за сниженной инсоляцией – повышается [19]. В Архангельске в летние месяцы число солнечных дней самое высокое в июне и июле (соответственно в среднем – 9 и 11 дней), все это в сочетании со световым режимом высоких широт в летнее время может создавать дополнительное влияние, из-за которого структура кривой суицидов имеет своеобразную форму, отличающуюся от Одесской, где число солнечных дней в июне и июле составляет соответственно 20 и 21 день.

Нельзя также исключить, что отличия в неравномерности распределения частоты суицидов по месяцам года, особенно в зимние месяцы, связаны с различиями в паттерне потребления алкоголя в сравниваемых городах. При том, что в целом культурные традиции близки, температурный режим на Севере благоприятствует потреблению крепкого алкоголя, что может чаще приводить к алкогольным психозам. Алкогольная зависимость, по многочисленным данным, является второй по частоте ассоциированной с суицидом проблемой психического здоровья после депрессии [20]. Сезонность алкогольных психозов в городах России в целом совпадает с сезонностью суицидов в Архангельске (подъёмы в январе и в летние месяцы с минимумом в феврале) [20]. Интересно, что летние погодные условия рассматриваются как дополнительный фактор риска алкогольных психозов [21]. В то же время, по данным г. Архангельска при очень тщательной оценке взаимосвязи госпитализаций по поводу алкогольных психозов с температурой внешней среды, с устранением всех возможных искажающих автокорреляций, связь между этими показателями не просматривается [22].

Подводя итог нашей небольшой серии исследований (Одесса как южный регион и Архангельск – как северный, с особым световым режимом), можно прийти к заключению, что принципиальной разницы в сезонности суицидальной активности в связи с геоклиматическим фактором выявить не удалось – в обоих случаях по мере повышения температуры и увеличения продолжительности светлого времени суток число самоубийств начинает расти, и этот рост прекращается с наступлением осени. Ни в том, ни в другом случае осенний подъем не подтверждается. В то же время, в Одессе подъём частоты в месяц выше среднего уровня наблюдается в более короткий промежуток времени – с апреля по август, в то время, как в Архангельске – с марта по август, самый низкий уровень самоубийств в Одессе в январе, а в Архангельске – в феврале, самый высокий в Одессе – в июне, в Архангельске – в мае. Такое смещение экстремумов может быть следствием социально - обусловленных влияний и различающегося паттерна потребления алкоголя.

Таким образом, сравнение Одессы и Архангельска не даёт возможности обоснованно высказаться в пользу преимущественного влияния инсоляции или температурного фактора, соответственно, обе рассматриваемые нами патофизиологические гипотезы (стресс, обусловленный температурной адаптацией или режимом инсоляции), по-прежнему, можно рассматривать как равноправные, возможно, оказывающие влияние в большей или меньшей степени на различные части урбанистической популяции. Для более обоснованного суждения о взаимосвязи суицидальной активности населения и геоклиматических факторов необходимы дальнейшие исследования, в том числе, с учётом более детальных данных о погодных явлениях и, возможно, кратковременных температурных и барометрических колебаний в каждом исследованном регионе.

Литература:

1. Christodoulou C., Douzenis A., Papadopoulos F.C. et al. Suicide and seasonality. *Acta Psychiatr Scand.* 2012; 125 (2): 127-146. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01750.x
2. Мягков А.Ю. Темпоральные характеристики самоубийств. *Социологические исследования.* 2004; 3: 83–92.
3. Woo J.M., Okusaga O., Postolache T.T. Seasonality of suicidal behavior. *Int J Environ Res Public Health.* 2012; 9 (2): 531-547. doi: 10.3390/ijerph9020531

References:

1. Christodoulou C., Douzenis A., Papadopoulos F.C. et al. Suicide and seasonality. *Acta Psychiatr Scand.* 2012; 125 (2): 127-146. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01750.x
2. Mjagkov A.Ju. Temporal'nye harakteristiki samoubijstv [Temporal characteristics of suicides]. *Sociologicheskie issledovanija [Sociological research].* 2004; 3: 83–92. (In Russ)
3. Woo J.M., Okusaga O., Postolache T.T. Seasonality of suicidal behavior. *Int J Environ Res Public Health.* 2012; 9 (2): 531-547. doi: 10.3390/ijerph9020531

4. Benard V., Geoffroy P.A., Bellivier F. Seasons, circadian rhythms, sleep and suicidal behaviors vulnerability. *Encephale*. 2015; 41 (4 Suppl 1): S29-37. doi: 10.1016/S0013-7006(15)30004-X
5. Розанов В.А., Григорьев П.Е. Экологические факторы и суицидальное поведение человека. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 30-49.
6. Sumarokov Y. A., Brenn T., Kudryavtsev A.V., Nilssen O. Variations in suicide method and in suicide occurrence by season and day of the week in Russia and the Nenets Autonomous Okrug, Northwestern Russia: a retrospective population-based mortality study. *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 224. DOI 10.1186/s12888-015-0601-z
7. Семёнова Н.Б. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: религиозно-мировоззренческие аспекты отношения к смерти. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 36-43.
8. Семёнова Н.Б. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: утрата ценностей патриархальной семьи. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 3-15.
9. Шельгин К.В., Сумароков Ю.А., Малявская С.И. Смертность от самоубийств в арктической зоне Российской Федерации. *Социальные аспекты здоровья населения (Электр. научн. журн.)* 2018, 58. DOI: 10.21045/2071-5021-2018-59-1-4
10. Holopainen J., Helama S., Partonen T. Does diurnal temperature range influence seasonal suicide mortality? Assessment of daily data of the Helsinki metropolitan area from 1973 to 2010. *Int J Biometeorol*. 2014; 58 (6): 1039-1045. <https://doi.org/10.1007/s00484-013-0689-0>
11. Brådvik L., Berglund M. A suicide peak after weekends and holidays in patients with alcohol dependence. *Suicide Life Threat Behav*. 2003; 33 (2): 186-191.
12. Розанов В.А., Григорьев П.Е., Захаров С.Е., Кривда Г.Ф. Анализ сезонности завершённых суицидов с учётом таких факторов внешней среды как температура и длина светового дня. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 71-79. doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-71-79](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-71-79)
13. Долгота дня в Архангельске. <https://time365.info/voshod-i-zakat/arhangelsk-rossiya>
14. Погода в Архангельске. <https://www.pogodaonline.ru/weather/maps/city?WMO=22550&CONT=ruru&LAND=RS&ART=&LEVEL=150>
15. [http://arhangelskstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_ts/arhangelskstat/statistics/population/](http://arhangelskstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/arhangelskstat/statistics/population/)
16. Vaiserman A. M., Khalangot M. D., Carstensen B. et al. Seasonality of birth in adult type 2 diabetic patients in three Ukrainian regions. *Diabetologia*. 2009. 52: 2665–2667.
17. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР. *Суицидология*. 2012; 4: 28-40.
18. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. 512 с.
19. Tietjen G.H., Kripke D.F. Suicides in California (1968-1977): absence of seasonality in Los Angeles and Sacramento counties. *Psychiatry Res*. 1994; 53 (2): 161-172.
20. Lonnqvist J. Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. In: *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention* (Ed. D.Wasserman, C. Wasserman). Oxford University Press, 2009, p. 275-286.
21. Немцов А.В. Весенне-летний период как дополнительный фактор риска алкогольных психозов. *Вопросы наркологии*. 2014; 1: 26-45.
22. Шельгин К.В., Коновалов Е.А. Связь частоты госпитализаций лиц с алкогольными психозами и температуры воздуха. *Вопросы наркологии*. 2014; 6: 27-35.
4. Benard V., Geoffroy P.A., Bellivier F. Seasons, circadian rhythms, sleep and suicidal behaviors vulnerability. *Encephale*. 2015; 41 (4 Suppl 1): S29-37. doi: 10.1016/S0013-7006(15)30004-X
5. Rozanov V.A., Grigoriev P.E. Environmental factors and suicide behavior in human being. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 30-49. (In Russ).
6. Sumarokov Y. A., Brenn T., Kudryavtsev A.V., Nilssen O. Variations in suicide method and in suicide occurrence by season and day of the week in Russia and the Nenets Autonomous Okrug, Northwestern Russia: a retrospective population-based mortality study. *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 224. DOI 10.1186/s12888-015-0601-z
7. Semenova N.B. Causes of suicidal behavior in native peoples of Siberia: religious and world outlook aspects of attitude to death. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 36-43. (In Russ).
8. Semenova N.B. Reasons of suicidal behavior in native peoples of Siberia (Russia): the loss of the values of patriarchal family. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 3-15. (In Russ)
9. Shelygin K.V., Sumarokov Ju.A., Maljavskaja S.I. Smertnost' ot samoubijstv v arkticheskoj zone Rossijskoj Federacii [Suicide Mortality in the Arctic zone of the Russian Federation]. *Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija (Jelekt. nauchn. zhurn.) [Social aspects of public health (Electr. scientific. journal)]*. 2018, 58. DOI: 10.21045/2071-5021-2018-59-1-4 (In Russ)
10. Holopainen J., Helama S., Partonen T. Does diurnal temperature range influence seasonal suicide mortality? Assessment of daily data of the Helsinki metropolitan area from 1973 to 2010. *Int J Biometeorol*. 2014; 58 (6): 1039-1045. <https://doi.org/10.1007/s00484-013-0689-0>
11. Brådvik L., Berglund M. A suicide peak after weekends and holidays in patients with alcohol dependence. *Suicide Life Threat Behav*. 2003; 33 (2): 186-191.
12. Rozanov V.A., Grigoriev P.E., Zakharov S.E., Kryvda G.F. Analysis of completed suicides seasonality in relation to such external factors as length of the day and ambient temperature. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 71-79. (In Russ) doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-71-79](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-71-79)
13. Dolgota dnja v Arhangel'ske [Day length in Arkhangelsk]: <https://time365.info/voshod-i-zakat/arhangelsk-rossiya> (In Russ)
14. Pogoda v Arhangel'ske [Weather in Arkhangelsk]. <https://www.pogodaonline.ru/weather/maps/city?WMO=22550&CONT=ruru&LAND=RS&ART=&LEVEL=150> (In Russ)
15. [http://arhangelskstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_ts/arhangelskstat/statistics/population/](http://arhangelskstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/arhangelskstat/statistics/population/) (In Russ)
16. Vaiserman A. M., Khalangot M. D., Carstensen B. et al. Seasonality of birth in adult type 2 diabetic patients in three Ukrainian regions. *Diabetologia*. 2009. 52: 2665–2667.
17. Rozanov V.A. Suicides, psycho-social stress and alcohol consumption in the countries of the former USSR. *Suicidology*. 2012; 4: 28-40. (In Russ)
18. Berkovic L. Agressija: prichiny, posledstviya i kontrol'. SPb.: prajm-EVROZNAK [Aggression: causes, consequences and control. SPb.: Prime European SIGN], 2002. 512 c. (In Russ)
19. Tietjen G.H., Kripke D.F. Suicides in California (1968-1977): absence of seasonality in Los Angeles and Sacramento counties. *Psychiatry Res*. 1994; 53 (2): 161-172.
20. Lonnqvist J. Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. In: *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention* (Ed. D.Wasserman, C. Wasserman). Oxford University Press, 2009, p. 275-286.
21. Nemcov A.V. Vesenne-letnij period kak dopolnitel'nyj faktor riska alkohol'nyh psihozov [Spring-summer period as an additional risk factor for alcoholic psychoses]. *Voprosy narkologii [Narcology issues]*. 2014; 1: 26-45. (In Russ)
22. Shelygin K.V., Konovalov E.A. Svjaz' chastoty gos-pitalizacij lic s alkohol'nymi psihozami i temperatury vozduha [Relationship of frequency of hospitalizations of persons with alcoholic psychoses and air temperature]. *Voprosy narkologii [Narcology issues]*. 2014; 6: 27-35. (In Russ)

## ANALYSIS OF SEASONAL VARIATIONS OF SUICIDES IN THE ARHANGELSK REGION IN RELATION TO GEOCLIMATIC FACTORS

V.A. Rozanov<sup>1</sup>, P.E. Grigoriev<sup>2,3</sup>, Yu.A. Sumarokov<sup>4</sup>, K.V. Shelygin<sup>4</sup>, A.A. Karyakin<sup>4</sup>, S.I. Malyavskaya<sup>4</sup>, O.G. Sidorenkov<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia; v.rozanov@spbu.ru

<sup>2</sup>V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Symferopol, Russia;

<sup>3</sup>Sevastopol State University, Sevastopol, Russia; grigorievpe@cfuv.ru

<sup>4</sup>Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia; sumarokovjua@nsmu.ru, shellugin@yandex.ru

<sup>5</sup>The Arctic University of Norway, Tromso, Norway; oleg.sidorenkov@uit.no

### Abstract:

Aim of the study. Current research is an extension of the study of seasonality of suicidal behavior in the regions contrasting in main geoclimatic factors in relation to such variables as day longitude and ambient temperature (comparison of Arkhangelsk and Odessa). Methods. Analysis is based on 3326 suicide cases in the city of Arkhangelsk in the period from 1991 to 2013. All data were processed statistically, previously being reduced to a single scale, taking into account the different number of days in the months of the year. To study the null statistical hypothesis about the equality of the proportions of suicides per month of the year, a binomial criterion with a two-sided critical region was used. Results. In both regions under study for the last 17 years lowering suicide trend is observed. In Arkhangelsk from March to August (6 months per year) suicides are higher than expected, while all remaining months show lower incidence of suicides. The most marked rise is registered in May, the lowest fall – in December. Thus, the Autumn rise does not exist in Arkhangelsk. The pattern in Odessa resembles that one in Arkhangelsk with some peculiarities – the rise is registered from April to August, i.e. 5 months per year. Variations of suicide mortality are correlated both with the length of the day and temperature curve during a year, mostly with the derivative of the average monthly temperature. Data obtained are discussed from the point of view of existing differences between regions and possible influence of social factors and alcohol consumption pattern. Conclusion. Suicide seasonality pattern is slightly different in Arkhangelsk and Odessa (in Arkhangelsk Spring rise starts earlier), but there are no critical differences in association with the day light and ambient temperature changes between regions.

*Keywords:* suicide, seasonality of suicidal behavior, length of day light, ambient temperature.

### Вклад авторов:

*В.А. Розанов:* разработка дизайна исследования; анализ полученных данных, написание текста рукописи, редактирование текста рукописи;  
*П.Е. Григорьев:* разработка дизайна исследования, статистический анализ данных, написание текста рукописи;  
*Ю.А. Сумароков:* получение данных для анализа, обзор публикаций по теме статьи;  
*К.В. Шельгин:* обзор и перевод публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи  
*А.А. Карякин:* подготовка данных для анализа;  
*С.И. Малявская:* обзор и перевод публикаций по теме статьи;  
*О.Г. Сидоренков:* работа с базами данных, подготовка данных для анализа.

### Authors' contributions:

*V.A. Rozanov:* developing the research design, analysis of the obtained data, article writing and editing;  
*P.E. Grigoriev:* developing the research design, statistical analysis of the data, article writing;  
*Yu.A. Sumarokov:* obtaining data for analysis, reviewing of publications relevant for the article;  
*K.V. Shelygin:* reviewing and translating relevant publications, article editing  
*A.A. Karyakin:* preparing data for analysis;  
*S.I. Malyavskaya:* reviewing and translating relevant publications;  
*O.G. Sidorenkov:* working with data-bases, preparing data for analysis;

**Финансирование:** Авторы выражают признательность Норвежскому Баренц-Секретариату за финансовую помощь в подготовке базы данных, которая использована в данном исследовании.

**Financing:** The authors would like to express gratitude to the Norwegian Barents Secretariat for financial assistance during preparing the database, which was used in this study.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 14.02.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 29.05.2019.

**Для цитирования:** Розанов В.А., Григорьев П.Е., Сумароков Ю.А., Шельгин К.В., Карякин А.А., Малявская С.И., Сидоренков О.Г. Анализ сезонных колебаний завершённых суицидов в Архангельской области в связи с геоклиматическими факторами. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 82-91. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-82-91

**For citation:** Rozanov V.A., Grigoriev P.E., Sumarokov Yu.A., Shelygin K.V., Karyakin A.A., Malyavskaya S.I., Sidorenkov O.G. Analysis of seasonal variations of suicides in the Arkhangelsk region in relation to geoclimatic factors. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 82-91. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-82-91

## **СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

*Е.Г. Корнетова, Е.Г. Дмитриева, В.В. Дубровская, И.А. Меднова, А.А. Гончарова,  
А.Н. Корнетов, А.В. Семке, С.А. Иванова, Н.А. Бохан*

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН,  
г. Томск, Россия  
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия

### Контактная информация:

Корнетова Елена Георгиевна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 6490-8758; Researcher ID: R-6811-2016; ORCID iD: 0000-0002-5179-9727). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4; консультант психиатр клиники ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Телефон: (3822) 72-43-79, электронный адрес: [kornetova@sibmail.com](mailto:kornetova@sibmail.com)

Дмитриева Екатерина Георгиевна (SPIN-код: 87852320; Researcher ID: 625938, ORCID iD: 0000-0002-7261-3434). Место работы и должность: младший научный сотрудник отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79, электронный адрес: [egd@mail.ru](mailto:egd@mail.ru)

Дубровская Виктория Владимировна (SPIN-код: 9945-1760; Researcher ID: S-4555-2016; ORCID iD: 0000-0002-1001-5869). Место работы и должность: младший научный сотрудник отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79, электронный адрес: [vika.dubrovskaya.vd@gmail.com](mailto:vika.dubrovskaya.vd@gmail.com)

Меднова Ирина Андреевна (SPIN-код: 8772-6605; Researcher ID: I-9584-2017; ORCID iD: 0000-0002-8057-3305). Место работы и должность: младший научный сотрудник лаборатории молекулярной генетики и биохимии НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79, электронный адрес: [irinka145@yandex.ru](mailto:irinka145@yandex.ru)

Гончарова Анастасия Александровна (SPIN-код: 7137-5705; Researcher ID: H-2679-2018; ORCID iD: 0000-0001-5260-5245). Место работы и должность: аспирант отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79, электронный адрес: [goncharanastasya@gmail.com](mailto:goncharanastasya@gmail.com)

Корнетов Александр Николаевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4779-3620; Researcher ID: J-9919-2015, ORCID iD: 0000-0002-2342-7504). Место работы и должность: заведующий кафедрой фундаментальной психологии и поведенческой медицины ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Телефон: (3822) 90-11-01, доб. 1812. Электронный адрес: [kornetov@mail.tomsknet.ru](mailto:kornetov@mail.tomsknet.ru)

Семке Аркадий Валентинович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5623-2895; Researcher ID: B-1714-2016; ORCID iD: 0000-0002-8698-0251). Место работы и должность: заместитель директора по научной и лечебной работе НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4; профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Телефон: (3822) 72-43-79, электронный адрес: [asemke@mail.ru](mailto:asemke@mail.ru)

Иванова Светлана Александровна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5776-1365; Researcher ID: C-5333-2012; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Место работы и должность: заместитель директора по научной работе НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН; заведующая лабораторией молекулярной генетики и биохимии НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79, электронный адрес: [ivanovaniipz@gmail.com](mailto:ivanovaniipz@gmail.com)

Бохан Николай Александрович – академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук (SPIN-код: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Место работы и должность: руководитель отделения аддиктивных состояний, директор НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4; заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Телефон: (3822) 72-43-79, электронный адрес: [bna909@gmail.com](mailto:bna909@gmail.com)

Целью настоящего исследования являлось выявление связи между суицидальным поведением в анамнезе, безнадёжностью и наличием метаболического синдрома у пациентов с шизофренией. Материал и методы: Обследовано 150 больных с шизофренией, находившихся на лечении в Томской областной психиатрической больнице. Пациенты, включенные в выборку, принимали антипсихотическую терапию в течение 6

недель. Для выявления метаболического синдрома (МС) проводились измерения артериального давления, окружности талии, определение ряда биохимических показателей (уровень глюкозы, триацилглицеридов, липопротеидов высокой плотности). МС верифицировался с использованием критериев IDF (Международной диабетической ассоциации). На основании наличия или отсутствия сопутствующего МС обследуемые были разделены на две группы: с МС и без МС. Обе группы сравнивались между собой по частоте парасуицидального поведения, уровню безнадежности и ряду клинических и социо-демографических особенностей. Оценка клинических симптомов шизофрении проводилась с помощью Шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS) в адаптированной русской версии SCI-PANSS. Наличие суицидального риска было оценено с использованием шкалы безнадежности Бека (ВНН). Результаты: Установлено, что пациенты с МС имели более высокие показатели возраста, длительности приёма антипсихотической терапии, характеризовались большей тяжестью клинической симптоматики при поступлении в стационар, зарегистрированной по PANSS, за счёт выраженности негативных симптомов. Выявлены статистически значимые различия между группами по совершённым парасуицидам. Среди пациентов без МС с парасуицидом в анамнезе было 41,1% (n=46) против 26,3% (n=10) в группе с МС (p=0,00105). В группе с МС доля пациентов с парасуицидами среди курящих больных была в 2 раза выше, чем в группе без МС (55,2% и 22,2% соответственно). Сравнение обеих групп по среднему уровню безнадежности по шкале Бека, а также по процентным долям случаев разного уровня безнадежности не выявило статистически значимых различий. Выводы: Полученные результаты показывают, что такое нежелательное явление антипсихотической терапии как МС не всегда приводит к большему суицидальному риску и безнадежности у больных шизофренией.

*Ключевые слова:* шизофрения, метаболический синдром, суицидальное поведение, парасуицид

В настоящее время одними из наиболее частых причин смерти пациентов с шизофренией остаются сердечно-сосудистые заболевания и суициды [1, 2]. Несомненный прогресс в области психофармакологии открыл возможности повышения эффективности терапии пациентов с шизофренией [3, 4]. Вместе с тем, до сих пор нерешённой проблемой является наличие нежелательных явлений антипсихотиков, в том числе атипичных [5], которые существенно снижают качество жизни больных и их приверженность к терапии [6]. В современной психиатрической литературе активно обсуждается вопрос влияния нежелательных явлений антипсихотической терапии на развитие суицидального поведения [7].

Метаболический синдром, будучи одним из распространённых нежелательных явлений применения антипсихотиков, в свою очередь, является серьёзным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [8]. В настоящее время данные о влиянии отдельных компонентов метаболического синдрома на повышение суицидального риска противоречивы. В отдельных исследованиях, показана связь между повышением уровня триацилглицеридов и увеличением степени риска суицидального поведения [9], другие исследования показали отсутствие такой связи [10]. Однако для ожирения как центрального звена метаболического синдрома показана обратная корреляция – низкий индекс массы тела у пациентов с шизофренией ассоциирован с повышенным риском суицида [11]. В общей популяции среди взрослых

и пожилых повышение веса и частота самоубийств, напротив, коррелирует положительно [12]. Таким образом, поиск связи между метаболическим синдромом у пациентов с шизофренией и суицидальным риском остается актуальным направлением исследований.

Целью исследования являлось выявление связи между суицидальным поведением в анамнезе, безнадежностью и наличием метаболического синдрома у пациентов с шизофренией.

*Материалы и методы.*

Обследовано 150 пациентов с шизофренией, находившихся на лечении в Томской областной психиатрической больнице. Пациенты, включённые в выборку, принимали антипсихотическую терапию (кроме клозапина) в течение 6 недель в средних терапевтических дозах, рекомендованных производителями и Минздравом России. Исследование проводилось с соблюдением принципов Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Все пациенты дали письменное информированное согласие на участие в исследовании и обработку данных, которые было одобрено локальным этическим комитетом при НИИ Психического здоровья ТНИМЦ РАН (№ 99 от 17 апреля 2017 г.).

В выборку включались лица в возрасте от 18 и до 60 лет, давностью катamnестического периода заболевания от 1 года и более, психическое состояние которых удовлетворяло диагностическим критериям МКБ-10 для диагноза Шизофрения (F20). Для выявления метаболи-

ческого синдрома (МС) проводились измерения артериального давления, окружности талии, определение биохимических показателей (уровень глюкозы, триацилглицеридов, липопротеидов высокой плотности). Интерпретация полученных данных осуществлялась с использованием критериев IDF (Международной диабетической ассоциации) для верификации метаболического синдрома [13]. На основании наличия и отсутствия метаболического синдрома все обследуемые были разделены на группу с метаболическим синдромом и группу без метаболического синдрома.

Полученные в ходе обследования данные были внесены в «Базисную карту формализованных социо-демографических и клинико-динамических признаков для больных шизофренией». Оценка клинических симптомов шизофрении проводилась с помощью Шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS) [14] в адаптированной русской версии SCI-PANSS [15]. Наличие суицидального риска было оценено с использованием шкалы безнадёжности Бека (BHI) [16], специфичность и достоверность которой для выявления суицидального риска была доказана рядом исследований [17]. Использование стандартизированных психометрических методов применялось с целью объективизации клинико-психопатологической оценки, что является традиционным подходом при проведении клинических исследований.

Все полученные данные были формализованы с помощью таблиц и обработаны статистически с использованием пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V.10.0). Применяли t-критерий Стьюдента с предварительной оценкой нормального распределения,  $\chi^2$  Пирсона, в том числе с поправкой Йейтса, двусторонний критерий Фишера, U-критерий Манна-Уитни для сравнения независимых выборок. За критический уровень значимости  $p$  при проверке гипотез был принят 0,05 [18].

Результаты и обсуждение.

Среди всех обследованных пациентов с шизофренией с сопутствующим метаболическим синдромом оказалось 38 человек (25,3%), без метаболического синдрома 112 человек (74,7%). В группе с сопутствующим МС средний возраст составил 38 [34; 57] лет, в группе без МС – 31,5 [27; 36] год; группы различались между собой со статистической значимостью ( $p=0,000002$ ). Данные о возрастных различиях, полученные в условиях сплошного наблюдательного исследования, объяснимы тем, лица старшего возраста более предрасположены к развитию МС [1].

В группе пациентов с сопутствующим МС мужчин было 20 (52,6%), женщин – 18 (47,4%); в группе пациентов без МС мужчин было 62 (55,3%), женщин – 50 (44,7%); обе группы сопоставимы по полу, статистически значимых различий не выявлено ( $p=0,1546$ ).

При сравнении обеих групп по наследственной отягощённости статистически значимых различий выявлено не было ( $p<0,05$ ). В группе с МС было 18 пациентов (47,4%) с наследственной отягощённостью по психическим расстройствам и 26 лиц (68,4%) с наличием наследственной отягощённости по ожирению. В группе без МС выявлена наследственная отягощённость по психическим расстройствам у 44 лиц (39,3%), и наследственная отягощённость по ожирению у 72 обследуемых (64,3%). Таким образом, обе группы являются сопоставимыми по данному признаку.

Проведённая оценка психопатологической симптоматики по PANSS выявила, что в группе пациентов с МС была статистически значимо более выражена негативная симптоматика (27 [23; 31] баллов), чем в группе без МС (25 [21; 28] баллов); так же общий балл был выше в группе с МС. Выраженность позитивного симптомокомплекса и общих психопатологических симптомов была сопоставима в обеих группах и не имела статистически значимых различий (табл. 1).

Таблица 1

Показатели психопатологической симптоматики согласно шкале PANSS у пациентов с шизофренией с наличием / отсутствием МС

Шкала PANSS	Пациенты с МС (n=38)	Пациенты без МС (n=112)	Уровень значимости $p$
Позитивные симптомы	20 [17; 25]	19 [14; 22]	$p=0,0577$
Негативные симптомы	27 [23; 31]	25 [21; 28]	$p=0,0167$
Общие психопатологические симптомы	52 [44; 56]	48 [42; 54]	$p=0,0839$
Общий балл	102 [92; 109]	94 [82; 104]	$p=0,0078$

Таблица 2

Частота госпитализаций у пациентов с шизофренией с наличием/отсутствием МС

Частота госпитализаций	Пациенты с МС (n=38)		Пациенты без МС (n=112)		Уровень значимости р
	п	%	п	%	
Реже 1 раза в год	10	26,3	30	26,8	p=0,1636
1 раз в год	12	31,6	34	30,3	p=0,1167
Чаще 1 раза в год	12	31,6	40	35,7	p=0,0939
Другое	4	10,5	8	7,1	p=0,0898

Сравнение частоты госпитализаций в обеих группах (табл. 2) не выявило статистически значимых различий. Так, лица из группы с МС госпитализировались реже 1 раза в год в 26,3% случаев, 1 раз в год в 31,6% случаев, чаще 1 раза в год также в 31,6% случаев. Пациенты из группы без МС госпитализировались реже 1 раза в год в 26,8% случаев, 1 раз в год в 30,3% случаев, чаще 1 раза в год также в 35,7% случаев.

При проведении сравнения обеих групп по получаемой базисной антипсихотической терапии статистически значимых различий выявлено не было ( $p < 0,05$ ). Конвенциональные антипсихотические препараты получали 20 человек (52,6%) из группы с МС и 54 (48,%) из группы без МС. Атипичный антипсихотический препарат принимали 18 пациентов (47,4%) из группы с МС и 58 (51,8%) из группы без сопутствующего МС.

Длительность приема антипсихотической терапии у больных с сопутствующим МС оказалась статистически значимо выше ( $p = 0,0112$ ) и составила 3 [2; 10] года, у пациентов без МС – 2 [0,55; 6,25] года.

При изучении отягощающих течение шизофрении факторов в обеих группах выявлено, что аддиктивное поведение отсутствовало у 24 человек (63,3%) в группе с МС и у 68 (60,7%) в группе без МС. В первой группе алкогольная аддикция была выявлена у 10 лиц (26,3%) в группе с МС и у 22 (19,6%) в группе без МС ( $p = 0,0867$ ). Не было ни одного пациента с зависимостью от наркотических веществ в первой

группе, в группе с МС – 12 (10,7%). С сочетанной аддикцией наблюдалось в группах 4 человека (10,5%) и 10 человек (8,9%) соответственно. По последним двум типам аддикций группы не сравнивались между собой в связи с малочисленностью и некорректностью использования статистических методов на малых выборках. Сравнительная характеристика аддиктивного поведения в обеих группах и уровень значимости Р представлены в таблице 3.

Выявлены статистически значимые различия между группами по совершённым парасуицидам. Так, среди пациентов с шизофренией без сопутствующего МС с парасуицидом в анамнезе было 46 человек (41,1%) против 10 (26,3%) в группе с сопутствующим МС ( $p = 0,00105$ ).

В обеих группах отдельно был изучен такой вид аддиктивного поведения как курение табака в сочетании с суицидальным поведением. Было установлено, что, доля пациентов с парасуицидами у курящих больных была в 2 раза выше (55,2%;  $n = 32$ ), чем в группе без МС (22,2%;  $n = 4$ ). Общая доля лиц, употребляющих табак, в сочетании с парасуицидом в анамнезе от всех лиц в группе с МС составила 10,5%, что было в 2,5 раза меньше, чем в группе без МС (28,6%;  $n = 32$ ).

Далее, был определён средний уровень безнадёжности по шкале Бека среди пациентов с шизофренией с наличием МС и его отсутствием, а также процентные доли случаев по уровням безнадёжности.

Таблица 3

Аддиктивное поведение у пациентов с шизофренией с наличием/отсутствием МС

Аддиктивное поведение	Пациенты с МС (n=38)		Пациенты без МС (n=112)		Уровень значимости р
	п	%	п	%	
Отсутствует	24	63,2	68	60,7	p=0,1036
Алкогольная аддикция	10	26,3	22	19,6	p=0,0867
Наркомания	0	0	12	10,7	не сравнивались
Сочетанная аддикция	4	10,5	10	8,9	не сравнивались



Таблица 4

Показатели Шкалы безнадёжности Бека у пациентов с шизофренией с наличием / отсутствием МС

Показатель	Пациенты с МС (n=38)		Пациенты без МС (n=112)		Уровень значимости p
	n	%	n	%	
Средний балл по Шкале безнадёжности Бека	5 [4; 7]		5 [3; 7]		p=0,71
Безнадёжность отсутствует	8	21,0	32	28,6	p=0,0691
Легкая степень безнадёжности	24	63,2	62	55,4	p=0,0816
Умеренная степень безнадёжности	6	15,8	16	14,2	не сравнивались
Тяжелая степень безнадёжности	0	0	2	1,8	не сравнивались

Средние баллы имели практически одинаковые значения (статистически значимые различия отсутствовали,  $p=0,71$ ) в обеих группах и были представлены в виде медианы и квартильных интервалов (табл. 4): в группе с МС – 5 [4; 7] и в группе без МС – 5 [3; 7]. Отсутствие безнадёжности выявлено в 21% случаев в группе с МС и в 28,6% случаев в группе без МС. Лёгкая степень безнадёжности преобладала у пациентов обеих групп: в 63,2% случаев в группе с МС и 55,4% в группе без МС. Статистически значимые различия по данным признакам между обеими группами отсутствовали. Процентные доли лиц с умеренной и тяжелой степенью безнадёжности были так же сопоставимы в обеих группах, однако сравнение с помощью статистических методов не осуществлялось в связи с недостаточной абсолютной численностью подгрупп (табл. 4).

**Заключение:** Преимуществом данного исследования является изучение связи суицидального поведения у больных шизофренией с сопутствующим МС, так как в ранее проведенных работах в основном рассматривались в этом контексте только пациенты с отдельными метаболическими нарушениями. В результате анализа полученных данных было установлено, что пациенты с сопутствующим МС имели более высокие показатели возраста, длительности приёма антипсихотической терапии и распространенности курения табака по сравнению с лицами без МС. Кроме того, данная группа больных с МС характеризовалась большей тяжестью клинической симптоматики при по-

ступлении в стационар, зарегистрированной по PANSS, за счёт выраженности негативных симптомов. Несмотря на это, частота парасуицидов в анамнезе у больных с МС оказалась значимо ниже, чем в группе без сопутствующего МС, однако курящих больных с парасуицидами в анамнезе было в 2 раза больше в группе с МС, чем в группе без МС. Уровень безнадёжности по шкале Бека у пациентов оказался примерно одинаковым в обеих группах, причём преобладала легкая степень безнадёжности, её отсутствие чаще отмечалось у пациентов с сопутствующим МС. Полученные результаты показывают, что такое серьёзное нежелательное явление антипсихотической терапии не всегда приводит к большему суицидальному риску и безнадёжности. Данный факт, возможно, объясняется тем, что суицидальный риск при шизофрении выше у молодых пациентов [19], а также тем, что лица с метаболическим синдромом более часто попадают в поле зрения медицинских служб по поводу соматической патологии, что в целом увеличивает внимание к состоянию здоровья этой категории больных и способствует повышению качества реабилитационного процесса в рамках полипрофессиональной помощи [20]. С учётом полученных результатов, очевидна необходимость проведения дальнейших исследований влияния метаболических нарушений и МС в целом на развитие суицидального поведения у больных шизофренией с прицельной оценкой влияния на данный процесс отдельных антипсихотических препаратов.

## Литература:

- Henderson D.C., Vincenzi B., Andrea N.V., Ulloa M., Copeland P.M. Pathophysiological mechanisms of increased cardiometabolic risk in people with schizophrenia and other severe mental illnesses. *Lancet Psychiatry*. 2015; 2 (5): 452-464.
- Canal-Rivero M., López-Moríñigo J.D., Setián-Suero E., Ruiz-Veguilla M., Ayuso-Mateos J.L., Ayesa-Arriola R., Crespo-

## References:

- Henderson D.C., Vincenzi B., Andrea N.V., Ulloa M., Copeland P.M. Pathophysiological mechanisms of increased cardiometabolic risk in people with schizophrenia and other severe mental illnesses. *Lancet Psychiatry*. 2015; 2 (5): 452-464.
- Canal-Rivero M., López-Moríñigo J.D., Setián-Suero E., Ruiz-Veguilla M., Ayuso-Mateos J.L., Ayesa-Arriola R., Crespo-



- Facorro B. Predicting suicidal behaviour after first episode of non-affective psychosis: The role of neurocognitive functioning. *Eur. Psychiatry*. 2018; 53: 52-57.
3. Корнетова Е.Г., Микилев Ф.Ф., Семке А.В., Лебедева В.Ф., Павлова О.А., Мальцева Ю.Л., Каткова М.Н., Горбачевич Л.А. Пути совершенствования реабилитационной тактики при шизофрении с риском развития негативного симптомо-комплекса. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 3: 9-13.
  4. Шмуклер А.Б. Шизофрения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 176 с.
  5. Корнетова Е.Г., Гончарова А.А., Корнетов А.Н., Давыдов А.А., Дубровская В.В., Семке А.В., Бохан Н.А. Связь суицидального поведения и безнадёжности с акатизией у больных шизофренией. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 63-70.
  6. Дмитриева Е.Г., Даниленко О.А., Корнетова Е.Г., Семке А.В., Лобачева О.А., Гуткевич Е.В., Каткова М.Н. Комплаенс и его влияние на адаптацию пациентов с шизофренией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 3: 18-23.
  7. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике. *Суицидология*. 2013; 4 (3): 3-16.
  8. Vancampfort D., Stubbs B., Mitchell A.J., De Hert M., Wampers M., Ward P.B., Rosenbaum S., Correll C.U. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2015; 14 (3): 339-347.
  9. Fang X., Chen Y., Wang Y., Zhang C. Identification of risk factors for suicidal ideation in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2019; 271: 195-199.
  10. Capuzzi E., Bartoli F., Crocarno C., Malerba M.R., Clerici M., Carrà G. Recent suicide attempts and serum lipid profile in subjects with mental disorders: A cross-sectional study. *Psychiatry Res*. 2018; 270: 611-615.
  11. Limosin F., Loze J.Y., Philippe A., Casadebaig F., Rouillon F. Ten-year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients. *Schizophr. Res*. 2007; 94 (1-3): 23-28.
  12. Berardelli L., Corigliano V., Hawkins M., Comparelli A., Erbutto D., Pompili M. Lifestyle Interventions and Prevention of Suicide. *Front Psychiatry*. 2018; 9: 567-576.
  13. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. International Diabetes Federation, 2006 [URL=https://www.idf.org/e-library/consensus-statements/60-idfconsensus-worldwide-definitionof-the-metabolic-syndrome, website of the International Diabetes Federation [viewing time: 29.03.2019].
  14. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 1987; 13 (2): 261-276.
  15. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М, 2001. 238 с.
  16. Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J. Consult. Clin. Psychol*. 1974; 42 (6): 861-865.
  17. Kasckow J., Felmet K., Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS Drugs*. 2011; 25 (2): 129-143.
  18. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2006. 3-е издание. 312 с.
  19. Cassidy R.M., Yang F., et al. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophr. Bull*. 2018; 44 (4): 787-797.
  20. Логутенко Р.М., Зотов П.Б. Принципы реабилитации больных шизофренией в рамках полипрофессиональной бригады. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 9 (2): 34-35.
  - Facorro B. Predicting suicidal behaviour after first episode of non-affective psychosis: The role of neurocognitive functioning. *Eur. Psychiatry*. 2018; 53: 52-57.
  3. Kornetova E.G., Mikilev F.F., Semke A.V., Lebedeva V.F., Pavlova O.A., Mal'ceva Ju.L., Katkova M.N., Gorbacevich L.A. Puti sovershenstvovaniya reabilitacionnoj takтики pri shizofrenii s riskom razvitiya negativnogo simptomokompleksa. [Ways to improve rehabilitation tactics in schizophrenia with the risk of developing a negative symptom complex]. *Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii*. [Siberian journal of psychiatry and narcology]. 2016; 3: 9-13. (In Russ)
  4. Shmukler A.B. Shizofrenija [Schizophrenia]. M.: GJeOTAR-Media, 2017. 176 s. (In Russ)
  5. Kornetova E.G., Goncharova A.A., Kornetov A.N., Davydov A.A., Dubrovskaya V.V., Semke A.V., Bohan N.A. Connection of suicidal behavior and hopelessness with akathisia in patients with schizophrenia. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 63-70. (In Russ)
  6. Dmitrieva E.G., Danilenko O.A., Kornetova E.G., Semke A.V., Lobacheva O.A., Gutkevich E.V., Katkova M.N. Komplajens i ego vlijanie na adaptaciju pacientov s shizofreniej [Compliance and its impact on the adaptation of patients with schizophrenia]. *Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii* [Siberian journal of psychiatry and narcology]. 2014; 3: 18-23. (In Russ)
  7. Lyubov E.B., Tsuprun V.E. Suicidal behaviour and schizophrenia: promising preventative and curative biopsychosocial interventions. *Suicidology*. 2013; 4 (3): 3-16. (In Russ)
  8. Vancampfort D., Stubbs B., Mitchell A.J., De Hert M., Wampers M., Ward P.B., Rosenbaum S., Correll C.U. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2015; 14 (3): 339-347.
  9. Fang X., Chen Y., Wang Y., Zhang C. Identification of risk factors for suicidal ideation in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2019; 271: 195-199.
  10. Capuzzi E., Bartoli F., Crocarno C., Malerba M.R., Clerici M., Carrà G. Recent suicide attempts and serum lipid profile in subjects with mental disorders: A cross-sectional study. *Psychiatry Res*. 2018; 270: 611-615.
  11. Limosin F., Loze J.Y., Philippe A., Casadebaig F., Rouillon F. Ten-year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients. *Schizophr. Res*. 2007; 94 (1-3): 23-28.
  12. Berardelli L., Corigliano V., Hawkins M., Comparelli A., Erbutto D., Pompili M. Lifestyle Interventions and Prevention of Suicide. *Front Psychiatry*. 2018; 9: 567-576.
  13. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. International Diabetes Federation, 2006 [URL=https://www.idf.org/e-library/consensus-statements/60-idfconsensus-worldwide-definitionof-the-metabolic-syndrome, website of the International Diabetes Federation [viewing time: 29.03.2019].
  14. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 1987; 13 (2): 261-276.
  15. Mosolov S.N. Shkaly psihometricheskoj ocenki simptomatiki shizofrenii i koncepcija pozitivnyh i negativnyh rasstrojstv [Scales of psychometric assessment of symptoms of schizophrenia and the concept of positive and negative disorders]. M, 2001. 238 s. (In Russ)
  16. Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J. Consult. Clin. Psychol*. 1974; 42 (6): 861-865.
  17. Kasckow J., Felmet K., Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS Drugs*. 2011; 25 (2): 129-143.
  18. Rebrova O.Ju. Statisticheskij analiz medicinskih dannyh. Primenenie paketa prikladnyh programm STATISTICA. [Statistical analysis of medical data. Application of the STATISTICA application package]. M.: MediaSfera, 2006. 3-e izdanie. 312 s. (In Russ)
  19. Cassidy R.M., Yang F., et al. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophr. Bull*. 2018; 44 (4): 787-797.
  20. Lagutenko R.M., Zotov P.B. Principles of rehabilitation of patients with schizophrenia within the polyprofessional team. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (2): 34-35. (In Russ)

**SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH METABOLIC SYNDROME**

E.G. Kornetova<sup>1,2</sup>, E.G. Dmitrieva, V.V. Dubrovskaya<sup>1</sup>, I.A. Mednova<sup>1</sup>, A.A. Goncharova<sup>1</sup>,  
A.N. Kornetov<sup>2</sup>, A.V. Semke<sup>1,2</sup>, S.A. Ivanova<sup>2</sup>, N.A. Bokhan<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences,  
Tomsk, Russia; mental@tnimc.ru

<sup>2</sup>Siberian State Medical University, Tomsk, Russia; kornetova@sibmail.com

**Abstract:**

The purpose of this study was to identify the connection between a history of suicidal behavior, hopelessness and the presence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia. Materials: 150 patients with schizophrenia getting treatment in the Tomsk Regional Mental Hospital were examined. The patients included in the sample received antipsychotic therapy for 6 weeks. To identify the metabolic syndrome (MS), blood pressure, waist circumference, a number of biochemical parameters (glucose, triacylglyceride, high-density lipoproteins) were measured. Interpretation of the data obtained was carried out using the IDF (International Diabetes Association) criteria for verification of MS. Based on the presence or absence of concomitant MS, the subjects were divided into two groups: with MS and without MS. Both groups were compared with each other in terms of frequency of parasuicidal behavior, level of hopelessness, and a number of clinical and socio-demographic characteristics. Evaluation of the clinical symptoms of schizophrenia was carried out using the Scale of Positive and Negative Syndromes (PANSS) in the adapted Russian version of SCI-PANSS. The presence of suicidal risk was assessed using Beck's Hopelessness Scale (BHI). Results: It was established that patients with MS had older age and longer duration of antipsychotic therapy. Patients with MS had a greater severity of clinical symptoms upon admission to hospital registered by PANSS scale, due to the severity of negative symptoms. Statistically significant differences between the groups of parasuicides were revealed. Among patients without MS with parasuicide, a history of 46 patients (41,1%) versus 10 people (26,3%) in the MS group ( $p=0.00105$ ). The proportion of patients with parasuicides among smoking patients was 2 times higher than in the group without MS (55,2% and 22,2%, respectively). Comparison of both groups on the average level of hopelessness according to the Beck scale, as well as on the percentage of cases of different levels of hopelessness, did not reveal statistically significant differences. Conclusions: The results show that MS is an undesirable phenomenon of antipsychotic therapy but it does not always lead to greater suicidal risk and hopelessness in persons with schizophrenia.

*Keywords:* schizophrenia, metabolic syndrome, suicidal behavior, parasuicide

**Вклад авторов:**

*Е.Г. Корнетова:* разработка дизайна исследования; анализ полученных данных, написание текста рукописи;  
*Е.Г. Дмитриева:* получение данных для анализа, статистический анализ, написание текста рукописи;  
*В.В. Дубровская:* получение данных для анализа, обзор публикаций по теме статьи;  
*И.А. Меднова:* получение данных для анализа;  
*А.А. Гончарова:* получение данных для анализа;  
*А.Н. Корнетов:* обзор и перевод публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи;  
*А.В. Семке:* обзор и перевод публикаций по теме статьи;  
*С.А. Иванова:* разработка дизайна исследования;  
*Н.А. Бохан:* редактирование текста рукописи.

**Authors' contributions:**

*E.G. Kornetova:* developing the research design, analysis of the obtained data, article writing;  
*E.G. Dmitrieva:* obtaining data for analysis, statistical analysis, article writing;  
*V.V. Dubrovskaya:* obtaining data for analysis, reviewing of publications of the article's theme;  
*I.A. Mednova:* obtaining data for analysis;  
*A.A. Goncharova:* obtaining data for analysis;  
*A.N. Kornetov:* reviewing and translated relevant publications, article editing;  
*A.V. Semke:* reviewing and translated relevant publications;  
*S.A. Ivanova:* developing the research design;  
*N.A. Bokhan:* article editing.

**Финансирование:** Исследование выполнено при поддержке гранта РНФ18-15-00011 «Шизофрения, сочетанная с метаболическим синдромом: клиничко-конституциональные факторы и молекулярные маркеры».

**Financing:** This work was supported by the Russian Scientific Foundation, grant # 18-15-00011 «Schizophrenia combined with metabolic syndrome: clinical-constitutional factors and molecular markers».

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 30.03.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 06.06.2019.

Для цитирования: Корнетова Е.Г., Дмитриева Е.Г., Дубровская В.В., Меднова И.А., Гончарова А.А., Корнетов А.Н., Семке А.В., Иванова С.А., Бохан Н.А. Суицидальное поведение больных шизофренией с метаболическим синдромом. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 92-98. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-92-98

For citation: Kornetova E.G., Dmitrieva E.G., Dubrovskaya V.V., Mednova I.A., Goncharova A.A., Kornetov A.N., Semke A.V., Ivanova S.A., Bokhan N.A. Suicidal behavior in patients with schizophrenia with metabolic syndrome. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 92-98. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-92-98

## ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ СРЕДИ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, Н.М. Фёдоров, В.Г. Бычков,  
А.И. Фадеева, Г.Г. Гарагашев, К.В. Коровин

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

### Контактная информация:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X; Researcher ID: U-2807-2017). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Россия, Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517; Researcher ID: B-5674-2013). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал 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: (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Фёдоров Николай Михайлович – кандидат медицинских наук, доцент (AuthorID: 566046; ORCID iD: 0000-0003-1833-1687). Место работы и должность: доцент кафедры онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Телефон: (3452) 270-666, электронный адрес: fnm48@mail.ru

Бычков Виталий Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор (AuthorID: 115896; ORCID iD: 0000-0002-0211-2669). Место работы и должность: профессор кафедры патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Телефон: (982) 940-40-73

Фадеева Анна Игоревна (SPIN-код: 3255-5001; ORCID iD: 0000-0003-4341-4337; Researcher ID: R-2307-2018; Scopus: 33156677). Место учёбы: ординатор кафедры онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: skeqet@mail.ru

Гарагашев Георгий Гияевич (SPIN-код: 8431-4609; ORCID iD: 0000-0002-4122-1243). Место учёбы: студент 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: e.p.note@mail.ru

Коровин Константин Владимирович – доцент (SPIN-код: 1620-0915). Место работы: ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет». Адрес: 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; специалист Школы превентивной суицидологии и девиантологии. Адрес: г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А. Телефон: (3452) 28-30-27

Представлен обзор литературы о связи хронической боли и суицидального поведения. Показано, что от хронической боли страдает от 8 до 45% населения, а доля пациентов, испытывающих сильную боль, достигает 54%. Общим негативным фактором является недостаточный болеутоляющий эффект у 60% больных, что отрицательно сказывается на качестве их жизни и социальном функционировании. Хроническая боль относится к независимым факторам суицидального риска; суицидальные мысли выявляются в среднем в 28%; в 4 раза повышается риск совершения однократной и в 6 раз – многократных попыток самоубийства, в 2-3 раза – завершённых суицидов. «Сильная боль» сопряжена с 5-кратным ростом риска суицида. Среди самоубийств, обусловленных соматическим (нераковым) заболеванием 28,7% связаны с хронической болью. Хроническая боль редко выступает в качестве единственного просуицидального фактора. Сочетание с депрессией, видимо, делает боль непереносимой. *Боль и рак*. Хроническая боль регистрируется у 80-95% больных распространённым раком. Суицидальные мысли выявляются у 10%, а повышенный суицидальный риск, связанный с болью у 30-85% больных. Ведущий фактор риска – недостаточный болеутоляющий эффект и отсутствие системного применения опиоидных анальгетиков. Развитие депрессии у этих больных повышает риск суицида не в 2-4, но в 25 раз. *Хронические головные боли* имеют достоверную связь с суицидальными идеями (OR 1,9) и попытками самоубийства (OR 2,3) и определяют 1% от уровня самоубийств от всех причин. Попытки суицида происходят в 10 раз чаще. До 70-80% самоубийств при первичных головных болях приходится на кластерные (пучковые) боли и мигрень. При *мигрени* с аурой частота суицидальных мыслей – 47,2%, попыток – 13,9%. Наличие депрессии может повышать суицидальный риск в 15 раз. *При кластерной (пучковой) головной боли* суицидальная готовность тесно связана с фазой клинических проявлений. Суицидальный риск наиболее высок во время при-

ступов боли. В этот период пассивные суицидальные идеи высказывают 64,2%, активные суицидальные идеи – 35,8%, суицидальные планы – 5,8%, попытки суицида совершают 2,3% пациентов. В период между приступами суицидальная активность резко падает. *Боль при ампутации конечности*: суицидальные идеи выявляются у 15,7–30,5% больных, попытки суицида совершают 16–27% страдающих от фантомных болей. У большинства (78,9%) этих пациентов не достигается эффективный контроль боли. Однако суицидальное поведение и хроническая боль не всегда связаны на прямую. Во многих случаях присутствуют эмоциональные нарушения: депрессия – 17–71%, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – 6–20,3%. Важное значение имеет негативный образ тела. *Хроническая боль при артрите*: распространённость суицидальных мыслей – 5,6–11%. Риск попыток самоубийства среди взрослых больных артритом с хронической болью в 1,5 раза выше, чем в общей популяции; сочетание с депрессией повышает риск ещё более, чем в два раза. *Боль при постгерпетической полинейропатии* развивается у 21–73% больных, плохо поддается лечению даже при использовании наркотических анальгетиков. Сильная боль является ведущей причиной самоубийства у пациентов в возрасте старше 70 лет. *Хроническая боль после инсульта* у 31,9–35,4% больных, риск суицида повышен в 2,2 раза. *Психогенные боли* повышают риск суицида в 2,6 раза. Среди факторов риска: семейный анамнез психических заболеваний, прошлый анамнез суицидальных попыток и наличие коморбидной депрессии. **Заключение.** Хроническая боль является одним из важных предикторов суицидального поведения. Важным условием суицидальной превенции является наличие знаний и «суицидологической настороженности» у врачей общей практики и специалистов непсихиатрического профиля, что отражает актуальность образовательных проектов. Актуальны вопросы повышения эффективности болеутоляющей терапии и доступности анальгетических средств, разработка стандартов ведения этой категории пациентов в общей лечебной сети и специализированных клиниках, а так же более широкого привлечения специалистов в области психического здоровья.

*Ключевые слова:* хроническая боль, суицид, суицидальная попытка, суицидальные мысли, факторы риска суицида

Важным условием снижения суицидальной смертности является широкое внедрение дифференцированных превентивных мер, разработанных на основе системного и междисциплинарного подхода. Ведущим принципом работы по предупреждению суицидального поведения (СП) является выделение групп высокого риска [1]. Одной из таких категорий может служить соматическая патология. В предыдущих работах [2, 3, 4] нами были рассмотрены основные контингенты соматически больных и группы заболеваний, ассоциирующихся с повышенным суицидальным риском, определены основные направления мер суицидальной превенции.

Целью настоящей работы является обобщение и анализ данных литературы о связи хронической боли и суицидального поведения.

Исследования последних десятилетий позволили значительно расширить знания о боли, её этиологии, патогенезе, клинических формах и методах лечения. С клинической точки зрения важным достижением явилось понимание и выделение физиологической, выполняющей защитную (сигнальную) функцию, и патологической боли, представляющей собой нередко самостоятельное заболевание, требующее системного подхода в лечении и комплексной реабилитации [5]. Боль, длящаяся более 3 месяцев и продолжающаяся сверх нормального периода заживления тканей, было предложено рассматривать как хроническую [6], клиниче-

ски оформляя в диагноз – хронический болевой синдром (ХБС).

Хроническая боль (ХБ) значительно отличается от острой, что связано в большинстве случаев с реализацией патологических механизмов как соматогенного, так и психологического уровней, индивидуальной их представленности и роли у каждого больного [7]. При ХБ устранение источника алгий не всегда ведёт к устранению боли, не всегда можно проследить связь с органической патологией, либо эта связь имеет неясный характер [5].

С учётом этиопатогенетических механизмов выделены три основные группы алгий: ноцицептивные, нейропатические и психогенные. В реальной жизни эти варианты часто сосуществуют [5].

*Ноцицептивными* считают боли, которые возникают при поражении тканей и активации ноцицепторов – свободных нервных окончаний, запрограммированных на восприятие различных повреждающих стимулов [5]. Примерами таких болей являются послеоперационная боль, боль при травме, онкологических заболеваниях, артритах, миозитах, стенокардия у больных с ишемической болезнью сердца, боли при язвенной болезни желудка и др.

*К нейропатическим*, возникающим вследствие прямого повреждения, болезни или дисфункции периферической / центральной нервной системы, относят боли при диабетической полинейропатии, после инсульта, постгерпети-

ческой невралгии, тригеминальной невралгии, ВИЧ-ассоциированной нейропатии, травмах и сдавлениях нервных стволов, рассеянном склерозе и др.

К психогенным болевым синдромам относят боли, в возникновении которых ведущее место отводится психогенному (стрессовому) фактору, при отсутствии подтверждённых инструментальными методами исследований патологических процессов.

Эпидемиологические исследования указывают на высокую распространённость боли. Согласно данным систематических обзоров от боли страдает от 7 до 64% населения, при этом от хронической боли – от 8 до 45% [8, 9]. Доля пациентов, испытывающих сильную боль, достигает 54% [9].

Частота нейропатической боли популяции в среднем составляет 6-10% [10, 11], с отдельными регионами, показывающих более широкую распространённость – до 14,5% (Бразилия) [12]. Как правило, нейропатическая боль имеет более высокие баллы при субъективной оценке боли и большую продолжительность [13].

Общим негативным фактором является недостаточный болеутоляющий эффект у многих больных (до 60%), что отрицательно сказывается на качестве их жизни и социальном функционировании [14, 15]. Не всегда это зависит от доступности анальгетиков. Так, опыт широкого использования опиатов при хронической боли независимо от её генеза в Северной Америке, не подтверждает более высокой эффективности болеутоления. При этом среди всех самоубийств путём самоотравления в Торонто (Северная Америка) 19,0% совершается с помощью опиоидов, в основном получающих пациентами по поводу боли [16]. Вероятно, в данной ситуации, что актуально и для России, будут более востребованы образовательные мероприятия, направленные на повышение знаний врачей о системной фармакотерапии боли [15].

Хроническая боль относится к независимым факторам суицидального риска.

*Суицидальные мысли* как наиболее легкая форма суицидального поведения среди больных с нераковой хронической болью выявляются в среднем в 28% [17], с достаточно большими интервалами отклонений при отдельных нозологических формах заболеваний (см. ниже).

*Суицидальные попытки* совершает каждый пятый, страдающий хронической болью [18].

Хроническая боль в четыре раза повышает риск однократной и в шесть раз – многократных попыток самоубийства [19]. В Австралии 65% людей, которые пытались покончить с собой в течение последних 12 месяцев, имели хроническую боль в анамнезе [20]. От общего числа попыток суицида не менее 4% совершаются из-за боли [21].

*Суицид.* Хроническая боль в 2-3 раза увеличивает риск суицида в течение жизни лиц 16-85 лет без психических расстройств или злоупотребления ПАВ [20], и, в целом, сопряжена с более высоким – шестикратным уровнем смертности среди этих пациентов [22]. Между тем, приводимые в литературе данные о частоте ассоциированных с хронической болью самоубийств в общей популяции немногочисленны и неоднозначны. Так, анализ 123181 случая самоубийств за 12-летний период (2003-2014 гг., 18 государств-участников) показал, что 8,8% погибших имели признаки хронической боли, и за период исследования доля этих больных увеличилась с 7,4% в 2003 г. до 10,2% в 2014 году. Более половины (53,6%) умерших от суицида с хронической болью погибли от огнестрельных ранений и 16,2% от передозировки опиоидов [23]. В Мюнхене (Германия) среди самоубийств, обусловленных соматическим (нераковым) заболеванием, были связаны с хронической болью – 28,7% [24].

Несмотря на отмеченные эпидемиологические данные, боль редко выступает в качестве единственного просуицидального фактора. Боль и эмоциональный дистресс взаимосвязаны [20], но «непереносимая» субъективно боль строго связана с суицидальным поведением [25] лишь без учёта микросоциального конфликта (по А. Амбрумовой). Сочетание с депрессией, видимо, делает боль непереносимой. «Сильная боль» сопряжена с 5-кратным ростом риска суицида [21]. Важное значение в этой ситуации, вероятно, имеет и агрессия, регистрируемая у 46,15% пациентов [26]. У нераковых больных развитие суицидальных мыслей так же более тесно связано с хронизацией боли и определёнными социально - психологическими факторами, нежели как серьёзные заболевания или физически невыносимая боль [27].

Группы риска составляют пациенты с заболеваниями, имеющими среди клинических проявлений высокий процент хронической боли: рак, первичные головные боли, неврологические заболевания и осложнения, сахарный



диабет, перенесшие ампутации конечностей и др.

#### *Хроническая боль и рак.*

Хроническая боль регистрируется у 80-95% онкологических больных на этапе прогрессирования опухолевого процесса, и, как правило, сосуществует с другими факторами риска суицидального поведения: депрессией, безнадёжностью, спутанностью сознания, импульсивностью [28, 29]. Возникновение болевого синдрома и его усиление является важным негативным признаком для онкологических больных, и, как правило, ассоциируется в сознании человека с завершающим, конечным этапом заболевания и близостью смерти («если назначили наркотики, то это конец»). Отрицание и неприятие этой ситуации, даже в условиях клинически развёрнутого сильного болевого синдрома (7 баллов и более по ВАШ), – «мне ещё рано назначать наркотики...», нередко, являются причиной отказа от их применения, или значительного сокращения рекомендуемой врачом дозы. Плохо контролируемая в этих условиях боль усиливает эмоциональные нарушения и повышает суицидальный риск [7]. Риск суицида депрессивного онкологического больного выше не в 2-4, но в 25 раз [21].

Суицидальные мысли – достаточно распространённое явление в паллиативной помощи, которое можно наблюдать примерно у 10% пациентов [30]. При этом среди больных, погибающих от суицида, страдали от боли не менее 47%, депрессии – 59% [31], а повышенный суицидальный риск, связанный с болью можно определить у 30-85% больных при распространённом раке [29, 32, 33].

Отмечается, что ведущим фактором суицидального риска среди данной категории пациентов является недостаточный болеутоляющий эффект особенно при «умеренной» и «сильной» боли, и отсутствие системного применения опиоидных анальгетиков [28, 34, 35]. Учитывая этот факт, можно ожидать некоторое улучшение ситуации и снижение суицидальных рисков в России на фоне происходящих в последние годы значительных изменений в лекарственном обеспечении больных злокачественными образованиями и повышении доступности сильнодействующих анальгетиков [15]. В то же время, не следует ожидать значительных сдвигов, так как, боль, являясь значимым фактором суицидальной активности, во многом зависит и от других компонент, напротив, оказывающих

сдерживающее влияние: наличие и поддержка супруга, близких, качественное паллиативное лечение и уход, коррекция эмоциональных нарушений [36, 37]. Это указывает на важность при работе с данной категорией больных в плане снижения суицидального риска не только достижение максимальной эффективности болеутоляющей терапии и контроля боли, но и повышение значимости других антисуицидальных факторов [28].

*Хронические головные боли* относят к одним из наиболее распространённых патологических состояний в популяции. По разным оценкам ими страдают от 7,3 до 93% населения [38]. Клинически эта группа неоднородна, алгические проявления могут быть симптомом отдельного заболевания или самостоятельной нозологической формой (первичные боли), в которой болевой синдром определяется как ведущий клинический признак. Чаще от головной боли страдают женщины (78%) с высшим образованием (51,4%), в возрасте от 39 до 59 лет (55,4%) [39].

Исследования, изучающие связь между суицидальностью и головными болями в общей популяции, подтверждают наличие таковой. Так, в США, при оценке более нескольких локализаций, выявлена достоверная связь головной боли с суицидальными идеями (OR 1,9) и попытками самоубийства (OR 2,3), что позволило авторам отнести её к потенциально независимым факторам риска [40]. В качестве ассоциированных факторов суицидального риска у лиц с хронической головной болью могут выступать: женский пол, более низкий уровень холестерина, липопротеинов высокой плотности, бессонница, депрессия [41]. У подростков наличие боли достоверно связано с повышенным коэффициентом риска суицидальных мыслей и попытками самоубийства (в том числе с одной и несколькими) [42].

Согласно эпидемиологическим оценкам, проведённым в 48 странах, первичные головные боли вызывают одно самоубийство на 1 млн населения каждый год (1% от уровня самоубийств по всем причинам). Попытки суицида происходят в 10 раз чаще. При этом до 70-80% самоубийств при первичных головных болях приходится на кластерные (пучковые) боли и мигрень [43].

*Мигренью* страдает от 2,6 до 27,9% населения земного шара [38]. Чаще болеют женщины (соотношением М : Ж – 1 : 2,5). Клинически:

периодические приступы боли, как правило, локализованной в одной половине головы (гемикрания) в сочетании с другими неболевыми проявлениями (тошнота, рвота, фото- и фонophobia, психоэмоциональная лабильность, вегетативные симптомы). Выделяют мигрень с аурой, без ауры и другие формы. Заболевание склонно к прогрессированию [44].

Минимальный уровень представленности суицидального поведения при мигрени очень высок – 25%, зависит от формы и течения заболевания, коморбидной патологии и других факторов. Так, в исследовании Y.K. Lin и соавт. [45] показано, что при простой мигрени суицидальные идеи регистрируются в 27,3%, попытки – в 6,9% случаев. При мигрени с аурой частота суицидальных мыслей значительно повышается – до 47,2%, попыток – 13,9%. При этом аура мигрени и депрессия связаны с более высоким риском суицидальных мыслей и суицидальных попыток [45].

Более высокие показатели суицидальной активности так же ассоциируются с тяжелым течением при хронических формах, для которых типичен высокий процент коморбидных психических расстройств (46%), в том числе депрессии (43%) и тревоги (38%), когнитивных нарушений (58%) [46, 47]. У этих больных более высокие показатели физической агрессии, гнева и враждебности [48]. При наличии данных симптомов частота суицидального поведения может достигать 61,9% [49].

Депрессия выделяется среди основных предикторов суицидальной активности этих пациентов. Однако влияние депрессии на суицидальный риск в отдельных исследованиях сильно различается – от 2,9 [50] до 15,36 [51]. По мнению корейских исследователей S.Y. Kim и S.P. Park [51], по сравнению с вкладом депрессии и интенсивности головной боли вклад специфических для мигрени переменных в суицидальное мышление тривиален.

Другими авторами поддерживается тезис о ведущем просуицидальном влиянии выраженности боли, где более высокие показатели в субъективной оценке алгических проявлений ассоциируются с бóльшим риском попытки самоубийства [52]. У подростков суицидальные идеи ассоциированы с мигренью с аурой и высокой частоты головной боли (более 7 дней / месяц) [53].

Между тем, помимо депрессии и выраженности боли к просуицидальным факторам так

же относят осмофобию (психологическая гиперчувствительность и боязнь запахов), аллодинию и высокую степень инвалидизации [50]. Среди других указывается на фибромиалгию, коморбидно связанную с плохим качеством сна, депрессией и тревогой. Наличие фибромиалгии у больных мигренью значительно повышает частоту суицидальной активности: суицидальных идей – с 24% до 58,3%, попыток с 5,7 до 17,6%. Коморбидность фибромиалгии повышает риск самоубийства при большинстве форм мигрени [54].

Интересны результаты исследования, проведенного L.E. Friedman и соавт. [55] в столице Перу Лиме среди беременных женщин. По наблюдениям авторов частота суицидальных мыслей достигала 78%. При этом, женщины, как с мигренью, так и с депрессией имели в 4,14 раза повышенные шансы суицидальных мыслей по сравнению с теми, у кого не было ни того, ни другого состояния. Такие высокие показатели могут ставить вопросы перед исследователями не только об актуальности изучения особенностей течения мигрени при беременности, но и факторов повышенного суицидального риска.

Сравнение показателей распространенности суицидального поведения при мигрени свидетельствует о разных подходах в оценке этого феномена в отдельных странах, а так же трудностях дифференцирования с несуицидальными самоповреждениями. Так, исследование, проведенное в провинции Онтарио (Канада) на 101114 участниках, выявило диагноз мигрени 11,2% случаях. Смерть от самоубийства в этой группе в период наблюдения была редкой: 55 случаев добровольной смерти (7,45 на 100000 человеко-лет). При этом риск суицида оказался одинаковым как для лиц с мигренью в анамнезе, так и без неё. Между тем, число обращений в отделение неотложной помощи с признаками преднамеренного самоповреждения были значительно выше среди пациентов с мигренью (76,4 против 35,7 на 100000 человеко-лет). Несмотря на это, авторы сообщают, что не было никаких доказательств, связывающих случаи самоповреждения со смертностью от самоубийства, хотя и указывают на необходимость мониторинга медицинскими работниками суицидального риска у лиц с мигренью [56].

*Кластерная (пучковая) головная боль* в отличие от мигрени диагностируется в популяции

значительно реже – от 56 до 200 случаев на 100 тыс. населения [57], достигая 0,4% среди пациентов специализированной клиники боли [39]. Мужчины страдают в 3–4 раза чаще, чем женщины, возрастной пик заболеваемости у них приходится на второе десятилетие жизни. Женщины имеют два пика – от 15 до 20 лет и от 45 до 50 лет. Клинически – это интенсивная или чрезвычайно интенсивная односторонняя боль орбитальной, супраорбитальной и/или височной локализации продолжительностью 15–180 мин без лечения. Чаще боль оценивают как более интенсивную, чем при мигрени. Головная боль может сопровождаться инъективанием конъюнктивы и/или слезотечением, заложенностью носа и/или ринореей, отёчностью век, потливостью лба и лица, покраснением лба и лица, ощущением заложенности в области уха, миозом и/или птозом (все симптомы обычно на стороне боли), а так же чувством беспокойства (невозможность находиться в покое) или ажитацией. Облигатным проявлением являются ночные приступы, как правило, возникающие через 1,5–2 ч после засыпания, что соответствует фазе сна с быстрыми движениями глаз. Наиболее часто (90% всех случаев) встречается эпизодическая форма, реже (10%) – хроническая, которая может возникать *de novo* или происходить из эпизодической. При хронической форме приступы повторяются в течение 1 года без ремиссий или с ремиссиями, продолжительность которых составляет менее 1 месяца [57]. Для многих больных это заболевание является инвалидизирующим. В США почти 20% пациентов с кластерной головной болью теряют работу, ещё 8% не работают или имеют инвалидность [58].

Несмотря на меньшую распространённость в популяции, чем мигрень, кластерная головная боль ассоциируется с большим суицидальным риском и большей суицидальной летальностью, что связывают с более тяжелыми клиническими проявлениями боли. Её часто называют "суицидальной головной болью" [59]. Этот риск не всегда признается, и увеличивается, если есть предыдущий психиатрический анамнез [43, 60]. При хронической форме заболевания депрессия выявляется у 20–56%, у 33% признаки агорафобии, тревога и нарушения сна как минимум у каждого пятого больного. Нарушения сна нередко вторичны и связаны с ночными приступами. Длительная бессонница усиливает депрессию, что в свою очередь может вы-

зывать ухудшение состояния [59, 61]. Вероятность суицидальных мыслей повышается в 2,5 раза [60].

Согласно данным большого эпидемиологического исследования, проведённого в США, включающего 1134 человека (816 мужчин, 318 женщин) частота суицидальных мыслей у больных с кластерной головной болью достигает 55% [58]. В недавних исследованиях Ji Lee и соавт. [62] были получены ещё более высокие показатели, и отмечено, что суицидальная готовность тесно связана с фазой клинических проявлений. Суицидальный риск наиболее высок во время приступов боли. В этот период пассивные суицидальные идеи высказывали 64,2%, активные суицидальные идеи – 35,8%, суицидальные планы – 5,8%, попытки совершили 2,3% пациентов. В период между приступами суицидальная активность резко спадала: 0%; 1,9%; 1,9%; 0%, соответственно [62]. К факторам риска относят: большую длительность заболевания, депрессию, высокую интенсивность боли, недостатки болеутоляющей терапии, в том числе необоснованное назначение опиатных анальгетиков [60, 62].

Более половины опрошенных врачей считают, что риск суицида можно уменьшить с помощью более агрессивного лечения первичных головных болей [43].

#### *Боль при ампутации конечности.*

В Российской Федерации ежегодно выполняется около 30–35 тыс. «больших» ампутаций, а их частота составляет 21 случай на каждые 100 тыс. населения [63]. В территориях с налаженной системой учёта эти показатели ещё выше: ампутаций вследствие облитерирующих заболеваний артерий – 23,3, обусловленных осложнениями сахарного диабета – 4,7, вследствие травм – 5,3 случаев на 100 тыс. населения [64].

В зависимости от уровня ампутации и основной причины, приведшей к утрате конечности, частота фантомных болей и болей в культе в постампутационном периоде достигает 80–90% [65, 66, 67]. Присутствие болевых проявлений в дооперационном периоде (до 82,1%) повышает риск развития фантомных болей, часто плохо поддающихся лечению [68].

У большинства ампутированных фантомная боль является не единственным патологическим феноменом. При обследовании можно выявить боли в культе (84,2%), фантомные ощущения (77,3%), боли в пояснице (78,1%) и



колоне (54,7%) [69], что может значительно повышать степень дезадаптации и суицидальный риск.

Суицидальные идеи выявляются у 15,7 [70] – 30,5% [71] больных. Попытки суицида совершают 16-27% страдающих от фантомных болей [68, 72]. У большинства (78,9%) этих пациентов не достигается эффективный контроль боли [68]. Однако суицидальное поведение и хроническая боль не всегда связаны на прямую. Для данного контингента характерны: тяжелая, нередко, сочетанная соматическая и неврологическая патология, значительные ограничения к самообслуживанию и зависимость от окружающих, социальное неблагополучие, алкогольный анамнез [68, 72, 73].

Во многих случаях присутствуют эмоциональные нарушения. По разным данным депрессивные расстройства в постампутационном периоде выявляются у 17-71%, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – у 6-20,3% пациентов, у 25,7% – расстройства сна [68, 70, 71, 74], которые часто коррелируют с фантомными ощущениями и фантомной, нередко мучительной болью [71, 75], утратой функциональности и ограничением деятельности в повседневной жизни [72, 75]. У недавно ампутированных солдат помимо этого важное значение имеет негативный образ тела [75].

#### *Хроническая боль при артрите.*

Боль как ведущий симптом наблюдается у 86% больных артритом при ревматических заболеваниях. В 81% она имеет признаки хронической, в 12% – невропатической боли [76]. Сильную и умеренную боль в суставах и околоуставных тканях испытывают более половины (58,4%) пациентов [77], удовлетворённость лечением отмечают не более 53,3% [76].

Распространённость суицидальных мыслей – 5,6-11% [78, 79], но не всегда они связаны с болью. Наиболее важными коррелятами для суицидальных мыслей у взрослых с артритом помимо боли являются депрессия, тревога, длительность заболевания, возраст, запойное пьянство [78]. Психические расстройства тревожно-депрессивного спектра регистрируются у большинства (93,6%) пациентов в период развернутой клиники заболевания [77].

Риск попыток самоубийства среди взрослых больных артритом с хронической болью в 1,5 раза выше, чем в общей популяции (OR=1,50); сочетание с депрессией повышает риск ещё более, чем в два раза (OR=3,22) [80].

#### *Боль при постгерпетической полинейропатии.*

Опоясывающий лишай возникает вследствие реактивации латентного вируса ветряной оспы после первоначальной инфекции. В общей популяции разных стран заболевание распространено с частотой от 2,1 [81] до 9,2 на 1000 человек [82]. Риск заболеваемости обусловлен преимущественно иммуносупрессией [83, 84] и тяжелой соматической патологией: при сахарном диабете заболеваемость составляет 15,3 на 1000 пациентов, от 11,0 до 11,4 при ХОБЛ и сердечно-сосудистой патологии, 10,0 – при раке, 12,5 – СПИДе, от 6,6 до 27,0 при ревматических заболеваниях, от 5,0 до 240,0 после трансплантации органов [81, 85]. Пик заболеваемости в возрасте 60-79 лет [82, 86]: в США – 62,6 [87], в Бразилии – 69,9 года [88], в Японии – 70-74 лет [84].

У 21-73% больных, перенесших герпетическую инфекцию, развивается полинейропатия [10, 89, 90], частота которой увеличивается с возрастом; пик развития в  $\geq 85$  лет [91], при отсутствии связи с полом [92]. Клинически – это нейропатический болевой синдром, обусловленный повреждением периферических и центральных нейронов, что может быть побочным продуктом иммунной / воспалительной реакции, сопровождающей реактивацию *Herpes zoster* [93]. Преобладает боль умеренной и сильной интенсивности, длящаяся в течение от нескольких месяцев до нескольких лет после разрешения герпетической сыпи в зоне поражения. На фоне длительного страдания у 50,5% развивается бессонница (в том числе у 30,6% больных умеренной и тяжёлой степени), а так же поддерживается высокий уровень тревожности и депрессии (OR=4,4) [94]. Боль плохо поддаётся лечению даже при использовании наркотических анальгетиков [95], что ведёт к дезадаптации многих больных и повышению их суицидальной активности. Сильная боль у этих пациентов может быть ответственной за попытки и завешённые самоубийства [90, 96]. По данным Т.М. Hess и соавт. [96] в США постгерпетическая невралгия является причиной № 1 трудноизлечимой, изнурительной боли у пожилых людей и является ведущей причиной самоубийства у пациентов с хронической болью в возрасте старше 70 лет. Точные цифры суицидальной активности при постгерпетической невралгии неизвестны, так как обычно риск дополняется действием и других просуи-

цидальных факторов, обусловленных основным соматическим заболеванием и психосоциальными составляющими. Несмотря на это, больных с нейропатической полинейропатией, относят к группе риска. Актуальность суицидальной превенции определяется высокой распространённостью данной патологии в популяции, особенно среди лиц старшего и пожилого возраста [81, 90, 96].

#### *Хроническая боль и инсульт.*

Высокий риск развития хронической боли после инсульта – 31,9–35,4% [97, 98], но менее 25% больных с болью получают медикаментозное лечение [97]. Боль нередко сочетается с ограничением способности к самообслуживанию, депрессией, тяжелым течением и осложнениями сахарного диабета, снижением доходов, возрастом моложе 50–60 лет, что усиливает дезадаптацию больных и увеличивает суицидальный риск [99, 100]. Риск суицида после инсульта по сравнению с общей популяцией повышен в 2,2 раза [100]. Наиболее суицидоопасен период в течение первых двух лет после инсульта и сохраняется высоким в последующие 5 лет [99, 100].

#### *Психогенные боли.*

В группу психогенных болей включены: болевые ощущения, возникающие вследствие влияния эмоциональных факторов, психологических конфликтов и психотравмирующих событий (появление этих болевых ощущений обуславливается напряжением мышц); болевые ощущения при бреде и галлюцинациях (пациент избавляется от этих болевых ощущений при излечении от заболевания, симптомом которого была боль); болевые ощущения при ипохондрии, истерии (лишены соматической основы); болевые ощущения, появляющиеся при депрессии (уменьшается нейромедиатор серотонин – снижается порог болевой чувствительности, проявляются подпороговые боли, которые человек в норме не чувствует) [101]. Локализация болевых проявлений может быть различной, неопределённой, мигрировать, так как ведущим фактором оказывается не патологический процесс или травма, а психогенные факторы [101].

Риск суицида при психогенной боли повышается в 2,6 раза [102]. Среди факторов риска: семейный анамнез психических заболеваний, прошлый анамнез суицидальных попыток и наличие коморбидной депрессии [103]. При психогенной боли высокие шансы самоубий-

ства с применением огнестрельного оружия (OR=2,82) [104].

#### *Обсуждение.*

Данные литературы свидетельствуют о том, что хроническая боль ассоциируется с повышенным суицидальным риском независимо от вызвавшей её причины. При этом важное потенцирующее значение имеют выраженность болевого синдрома (как правило, умеренная и сильная) и эффективность (чаще низкая) болеутоляющей терапии, в том числе и болях, не имеющих инструментально подтверждённой соматической основы («психогенная боль»).

Вместе с тем, длительность страдания (хроническая боль – более трёх месяцев) не позволяет говорить об исключительно моносимптомном потенцирующем влиянии болевых проявлений на суицидальную активность. В подавляющем большинстве случаев – это комплекс негативных коморбидных факторов:

- основное соматическое заболевание;
- физические ограничения, в том числе к самообслуживанию, связанные с болезнью, осложнениями или последствиями;
- социальные последствия (снижение уровня и качества общения вследствие физических ограничений, «стигматизация», снижение работоспособности или утрата работы, изменение социального статуса – чаще снижение, и др.);
- изменение (снижение) материального благополучия вследствие болезни;
- снижение или малая доступность медицинской помощи и/или её качества;
- эмоциональные нарушения, связанные с основным заболеванием, реакцией на болезнь, социальными последствиями и др.

Такое многообразие негативных агентов и жалоб, в том числе вызванных основным заболеванием, может отодвинуть на второй план (нередко, просто игнорировать) даже явные признаки суицидальной активности, что значительно снижает вероятность их диагностики, и, соответственно, проведения необходимых превентивных мер. Ретроспективный анализ данных показывает, что в течение последнего месяца до совершения суицида за медицинской помощью обращается не менее 72,6% больных, в течение 1 года – 89,2%. Однако нарушения в эмоциональной сфере в большинстве случаев выявляются лишь среди обратившихся к психиатрам. В случае посещения врачей непсихиатрического профиля этот показатель значительно меньше – 19,7% [105].

Основной контингент соматически больных с хронической болью наблюдается преимущественно у профильных специалистов – терапевтов, эндокринологов, неврологов и др. Что не менее важно, лица, имеющие психиатрические диагнозы, при общении с врачом общей практики, так же предъявляют в основном соматические жалобы, среди которых боль различной локализации занимает одно из ведущих мест. К специалистам в области психического здоровья (психиатры, психотерапевты, клинические психологи) направляются или самостоятельно обращаются лишь небольшое количество пациентов. Такая ситуация характерна для медицины многих стран. Между тем, многолетний опыт работы кабинетов и клиник боли в России [39, 106] и зарубежом [107, 108], в большинстве имеющих в штате психолога и/или психотерапевта, свидетельствует о важности и высокой эффективности их работы по выявлению эмоциональных нарушений и суицидального поведения у этих пациентов.

В общей лечебной сети данная проблема пока остаётся не решённой. Сегодня трудно представить участие психиатра / психотерапевта в консультировании каждого пациента, предъявляющего жалобы на хроническую боль. Но вполне обосновано их привлечение при появлении у лечащего врача сомнений и подозрений на предмет повышенного суицидального риска у курируемого им больного.

Важно помнить, что хроническая боль имеет много общего с суицидальным поведением, патогенетически схожих, нередко единых механизмов развития.

Хроническая боль значительно отличается от острой, что связано в большинстве случаев с реализацией патологических механизмов как соматогенного, так и психологического уровней, индивидуальной их представленности и роли у каждого больного. При соматическом заболевании / повреждении большое значение имеет длительная алгическая стимуляция, которая ведёт к гиперактивации болевых центров, формированию патологической болевой (алгической) системы, а при избыточном раздражении – к истощению антиноцицептивных систем и дисфункции ЦНС в целом [5, 109]. Дополнительное воздействие внешних стрессогенных факторов, особенно актуальных в ситуации тяжелого, угрожающего жизни заболевания – расширяет спектр и усугубляет выраженность системных нарушений, выходящих за пределы

биологических механизмов болевого контроля [7].

В других ситуациях хронизации боли может способствовать индивидуальная, генетически детерминированная предрасположенность к развитию устойчивых патологических болевых состояний, а повреждение нервной системы может рассматриваться как пусковой фактор [5].

Немаловажное значение имеет и эмоциональное состояние, личностный тип, определяющие отношение человека к сложной жизненной (в том числе социальной) ситуации. Согласно биопсихосоциальной модели боль представляет собой результат динамического взаимодействия биологических, психологических и социокультурных факторов. На разных стадиях прогрессирования заболевания удельный вес физических (биологических), психологических и социальных факторов может смещаться. Так, если в острую фазу заболевания преобладают биологические составляющие, но с течением времени на первый план могут выходить психологические и социальные факторы [110].

В клинической практике эти изменения человека имеют достаточно характерные и чётко очерченные проявления, которые объединив, можно описать как «болевое поведение» [7]. Оно включает следующие группы нарушений:

1. *«Ограничительное поведение»* – избегание ситуаций, провоцирующих появление / возобновление или усиление болей.

2. *«Желание получить максимальный и быстрый болеутоляющий эффект»* – частый, и вполне объяснимый, признак хронической боли. Длительный болевой стресс, необходимость контроля боли, нередко в условиях отсутствия квалифицированных и чётко оформленных врачебных рекомендаций ведёт к реализации мало адаптивных форм поведения:

- неоправданная смена анальгетиков;
- несоблюдение режима приёма анальгетиков и адьювантных средств;
- некорректный выбор лекарственной формы, способа приёма или введения анальгетика;
- неадекватный выбор анальгетика;
- полипрагмазия.

3. *Эмоциональные нарушения*: повышение тревожности, депрессия, агрессивность в отношении окружающих (близких, медицинского персонала) и себя (аутоагрессия, суицидальное поведение).

4. Сомнения в отношении правильности проводимого лечения, компетентности врача, лечебного учреждения. Отказ или игнорирование рекомендуемой врачом лечебной тактики.

5. Социальная дисфункция – нарушение отношений с близкими, знакомыми, внешним миром, вплоть до полного отказа от общения, самоизоляция, самостигматизация и др.

Эти проявления «болевого поведения» в разной степени присутствуют у всех больных с хронической болью, и хорошо знакомы многим врачам. Их выраженность и сочетанность, помимо недостаточной эффективности болеутоляющей терапии, может свидетельствовать о степени общей дезадаптации пациента, и в более тяжелых случаях с большей вероятностью предполагать наличие суицидального поведения, указывать на необходимость целенаправленного опроса и направления больного к специалисту в области психического здоровья.

Заключение.

Хроническая боль является одним из важных предикторов суицидального поведения в связи с чем, каждый больной независимо от нозологической формы первичного заболевания, вызвавшего формирование этого состояния, должен быть отнесен к группе риска. Важным условием такого подхода является наличие знаний и «суицидологической настороженности» у врачей общей практики и специалистов непсихиатрического профиля, что отражает актуальность образовательных проектов. Важны вопросы повышения эффективности болеутоляющей терапии и доступности анальгетических средств, разработка стандартов ведения этой категории пациентов в общей лечебной сети и специализированных клиниках, а так же более широкого привлечения специалистов в области психического здоровья.

Литература:

- Mann J.J., Apter A., Bertolote J., et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294: 2064-2074.
- Зотов П.Б., Любов Е.Б. Суицидальное поведение при соматических и неврологических заболеваниях. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 19 (1): 3-24.
- Уманский М.С., Зотов П.Б., Абатурова О.В., Жмуров В.А., Родяшин Е.В., Приленский А.Б. Суицид и сердечно-сосудистые заболевания: есть ли взаимосвязь? *Суицидология*. 2017; 8 (3): 94-99.
- Зотов П.Б., Куценко Н.И., Уманский М.С. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом (краткий обзор). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 110–114.
- Кукушкин М.Л. Хроническая боль: механизмы развития. *Доктор.Ру*. 2010; 4 (55): 23-28.
- Merskey H., Bogduk N. (eds.). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by International Association for the Study of Pain, Task Force on Taxonomy. 2<sup>nd</sup> ed. Seattle: IASP Press, 1994: 222 p.
- Зотов П.Б. «Болевое поведение» при хроническом болевом синдроме в паллиативной онкологии. *Девиянтология*. 2017; 1 (1): 36-42.
- Балашова Т.В., Мнацаканян Л.А., Андреева Н.А., Павлов В.А., Шуматов В.Б. Эпидемиология и половые особенности боли. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2013; 1: 16-20.
- Latina R., De Marinis M.G., Giordano F., et al. Epidemiology of chronic pain in the Latium region, Italy: a cross-sectional study on the clinical characteristics of patients attending pain clinics. *Pain Manag Nurs*. 2019 Aug; 20 (4): 373-381. doi: 10.1016/j.pmn.2019.01.005.
- Данилов А.Б., Давыдов О.С. Эпидемиология нейропатической боли. *Российский журнал боли*. 2007; 4 (17): 36-42.
- Colloca L., Ludman T., Bouhassira D., et al. Neuropathic pain. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 Feb 16; 3: 17002. doi: 10.1038/nrdp.2017.2.
- Udall M., Kudel I., Cappelleri J.C., et al. *Epidemiology of physician – diagnosed neuropathic pain in Brazil*. *J Pain Res*. 2019 Jan 7; 12: 243-253. doi: 10.2147/JPR.S160504.

References:

- Mann J.J., Apter A., Bertolote J., et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294: 2064-2074.
- Zotov P.B., Lyubov E.B. *Suicidal behavior in the medical patients*. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (1): 3-24. (In Russ)
- Umansky M.S., Zotov P.B., Abaturova O.V., Zhmurov V.A., Rodyashin E.V., Prilensky A.B. Suicide and cardiovascular diseases: is there a relation? *Suicidology*. 2017; 8 (3): 94-99. (In Russ)
- Zotov P.B., Kucenco N.I., Umansky M.S. Suicidal behavior of patients with multiple sclerosis (brief review). *Siberian journal of psychiatry and narcology*. 2017; 2 (95): 110–114. (In Russ)
- Kukushkin M. L. Chronic pain: mechanisms of development. *Doctor.Ru*. 2010; 4 (55): 23-28. (In Russ)
- Merskey H., Bogduk N. (eds.). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by International Association for the Study of Pain, Task Force on Taxonomy. 2<sup>nd</sup> ed. Seattle: IASP Press, 1994: 222 p.
- Zotov P.B. "Pain behavior" in chronic pain syndrome in palliative oncology. *Deviant Behavior (Russia)*. 2017; 1 (1): 36-42. (In Russ)
- Balashova T.V., Mnacakanjan L.A., Andreeva N.A., Pavlov V.A., Shumatov V.B. Jependemiologija i polovye osobennosti boli [Epidemiology and sexual characteristics of pain]. *Tihookeanskij medicinskij zhurnal [Pacific medical journal]*. 2013; 1: 16-20. (In Russ)
- Latina R., De Marinis M.G., Giordano F., et al. Epidemiology of chronic pain in the Latium region, Italy: a cross-sectional study on the clinical characteristics of patients attending pain clinics. *Pain Manag Nurs*. 2019 Aug; 20 (4): 373-381. doi: 10.1016/j.pmn.2019.01.005.
- Danilov A.B., Davydov O.S. Jependemiologija nejropaticheskoy boli [Epidemiology of neuropathic pain.]. *Rossijskij zhurnal boli [Russian journal of pain]*. 2007; 4 (17): 36-42. (In Russ)
- Colloca L., Ludman T., Bouhassira D., et al. Neuropathic pain. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 Feb 16; 3: 17002. doi: 10.1038/nrdp.2017.2.
- Udall M., Kudel I., Cappelleri J.C., et al. *Epidemiology of physician – diagnosed neuropathic pain in Brazil*. *J Pain Res*. 2019 Jan 7; 12: 243-253. doi: 10.2147/JPR.S160504.

13. Wong S.S.C., Choi S.W., Cheung C.W. A comparison of chronic pain with and without *neuropathic* characteristics in a Hong Kong Chinese population: An analysis of pain related outcomes and patient help seeking behaviour. *PLoS One*. 2018 Oct 24; 13 (10): e0204054. doi: 10.1371/journal.pone.0204054.
14. Книга М.Ю., Ральченко Е.С. Ошибки в лекарственном контроле боли у онкологических больных. Научный форум. Сибирь. 2017; 3 (1): 69-70.
15. Новиков Г.А., Вайсман М.А., Рудой С.В., Подкопаев Д.В. Паллиативная медицинская помощь пациентам с хронической болью. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2019; 2: 5-12.
16. Sinyor M., Williams M., Gulati S., Schaffer A. An Observational Study of Suicide Deaths by Self-Poisoning with Opioids in Toronto (1998-2015). *Can J Psychiatry*. 2019 Aug; 64 (8): 577-583. doi: 10.1177/0706743719838777.
17. Cheatle M.D., Wasser T., Foster C., Olugbodi A., Bryan J. Prevalence of suicidal ideation in patients with chronic non-cancer pain referred to a behaviorally based pain program. *Pain Physician*. 2014 May-Jun; 17 (3): E359-67.
18. Campbell G., Nielsen S., Bruno R., et al. The Pain and Opioids IN Treatment study: characteristics of a cohort using opioids to manage chronic non-cancer pain. *Pain*. 2015 Feb; 156 (2): 231-242. doi: 10.1097/01.j.pain.0000460303.63948.8e.
19. Park M.J., Choi K.W., Na E.J., et al. Multiple types of somatic pain increase suicide attempts and depression: A nationwide community sample of Korean adults. *Compr Psychiatry*. 2019 Apr; 90: 43-48. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.12.006.
20. Campbell G., Darke S., Bruno R., Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 Sep; 49 (9): 803-811. doi: 10.1177/0004867415569795.
21. Stenager E., Stenager E. Somatic diseases and suicidal behavior / Suicidology and suicide prevention: A global perspective. D. Wassermann; C. Wassermann, eds. Oxford University Press. 2009. P. 293-9.
22. Vaegter H.B., Støten M., Silseth S.L., et al. Cause-specific mortality of patients with severe chronic pain referred to a multidisciplinary painclinic: a cohort register-linkage study. *Scand J Pain*. 2019 Jan 28; 19 (1): 93-99. doi: 10.1515/sjpain-2018-0094.
23. Petrosky E., Harpaz R., Fowler K.A., Bohm M.K., Helmick C.G., Yuan K., Betz C.J. Chronic pain among suicide decedents, 2003 to 2014: findings from the national violent death reporting system. *Ann. Intern. Med.* 2018. Oct 2; 169 (7): 448-455. doi: 10.7326/M18-0830.
24. Fegg M., Kraus S., Graw M., Bausewein C. Physical compared to mental diseases as reasons for committing suicide: a retrospective study. *BMC Palliat Care*. 2016 Feb 9; 15: 14. doi: 10.1186/s12904-016-0088-5.
25. Edwards R.R., Smith M.T., Kudel I., Haythornthwaite J. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain*. 2006; 126: 272-279.
26. Kosson D., Malec-Milewska M., Gałzowski R., Rzońca P. Analysis of anxiety, depression and aggression in patients attending pain clinics. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Dec 18; 15 (12). pii: E2898. doi: 10.3390/ijerph15122898.
27. Racine M., Sánchez-Rodríguez E., Gálan S., et al. Factors Associated with Suicidal Ideation in Patients with Chronic Non-Cancer Pain. *Pain Med*. 2017 Feb 1; 18 (2): 283-293. doi: 10.1093/pm/pnw115.
28. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): Дисс.... докт. мед. наук. Томск, 2005. 327 с.
29. Breitbart W., Pessin H., Kova E. Suicide and desire for hastened death in people with cancer / Depression and cancer. Kissane D.W., Maj M., Sartorius N., eds. John Wiley & Sons, 2011. P. 125-150.
30. Mosich V., Müller-Busch H.C. Suicidal drug overdose while receiving palliative home care: a case report. *Wien Med Wochenschr*. 2014 May; 164 (9-10): 184-188. doi: 10.1007/s10354-014-0273-1.
13. Wong S.S.C., Choi S.W., Cheung C.W. A comparison of chronic pain with and without *neuropathic* characteristics in a Hong Kong Chinese population: An analysis of pain related outcomes and patient help seeking behaviour. *PLoS One*. 2018 Oct 24; 13 (10): e0204054. doi: 10.1371/journal.pone.0204054.
14. Книга М.Ю., Ральченко Е.С. Errors in drug control of pain in cancer patients. *Scientific forum. Siberia*. 2017; 3 (1): 69-70. (In Russ)
15. Novikov G. A., Weisman M. A., Rudoy S. V., Podkopaev D. V. Palliative care for patients with chronic pain. *Palliative care and rehabilitation*. 2019; 2: 5-12. (In Russ)
16. Sinyor M., Williams M., Gulati S., Schaffer A. An Observational Study of Suicide Deaths by Self-Poisoning with Opioids in Toronto (1998-2015). *Can J Psychiatry*. 2019 Aug; 64 (8): 577-583. doi: 10.1177/0706743719838777.
17. Cheatle M.D., Wasser T., Foster C., Olugbodi A., Bryan J. Prevalence of suicidal ideation in patients with chronic non-cancer pain referred to a behaviorally based pain program. *Pain Physician*. 2014 May-Jun; 17 (3): E359-67.
18. Campbell G., Nielsen S., Bruno R., et al. The Pain and Opioids IN Treatment study: characteristics of a cohort using opioids to manage chronic non-cancer pain. *Pain*. 2015 Feb; 156 (2): 231-242. doi: 10.1097/01.j.pain.0000460303.63948.8e.
19. Park M.J., Choi K.W., Na E.J., et al. Multiple types of somatic pain increase suicide attempts and depression: A nationwide community sample of Korean adults. *Compr Psychiatry*. 2019 Apr; 90: 43-48. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.12.006.
20. Campbell G., Darke S., Bruno R., Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 Sep; 49 (9): 803-811. doi: 10.1177/0004867415569795.
21. Stenager E., Stenager E. Somatic diseases and suicidal behavior / Suicidology and suicide prevention: A global perspective. D. Wassermann; C. Wassermann, eds. Oxford University Press. 2009. P. 293-9.
22. Vaegter H.B., Støten M., Silseth S.L., et al. Cause-specific mortality of patients with severe chronic pain referred to a multidisciplinary painclinic: a cohort register-linkage study. *Scand J Pain*. 2019 Jan 28; 19 (1): 93-99. doi: 10.1515/sjpain-2018-0094.
23. Petrosky E., Harpaz R., Fowler K.A., Bohm M.K., Helmick C.G., Yuan K., Betz C.J. Chronic pain among suicide decedents, 2003 to 2014: findings from the national violent death reporting system. *Ann. Intern. Med.* 2018. Oct 2; 169 (7): 448-455. doi: 10.7326/M18-0830.
24. Fegg M., Kraus S., Graw M., Bausewein C. Physical compared to mental diseases as reasons for committing suicide: a retrospective study. *BMC Palliat Care*. 2016 Feb 9; 15: 14. doi: 10.1186/s12904-016-0088-5.
25. Edwards R.R., Smith M.T., Kudel I., Haythornthwaite J. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain*. 2006; 126: 272-279.
26. Kosson D., Malec-Milewska M., Gałzowski R., Rzońca P. Analysis of anxiety, depression and aggression in patients attending pain clinics. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Dec 18; 15 (12). pii: E2898. doi: 10.3390/ijerph15122898.
27. Racine M., Sánchez-Rodríguez E., Gálan S., et al. Factors Associated with Suicidal Ideation in Patients with Chronic Non-Cancer Pain. *Pain Med*. 2017 Feb 1; 18 (2): 283-293. doi: 10.1093/pm/pnw115.
28. Zotov P.B. Suicidal'noe povedenie bol'nyh rasprostranennym rakom [Suicidal behavior of patients with advanced cancer] (jetio-patogenez, klinicheskie formy, optimizacija palliativnoj pomoshhi): Diss.... dokt. med. nauk. Tomsk, 2005. 327 s. (In Russ)
29. Breitbart W., Pessin H., Kova E. Suicide and desire for hastened death in people with cancer / Depression and cancer. Kissane D.W., Maj M., Sartorius N., eds. John Wiley & Sons, 2011. P. 125-150.
30. Mosich V., Müller-Busch H.C. Suicidal drug overdose while receiving palliative home care: a case report. *Wien Med Wochenschr*. 2014 May; 164 (9-10): 184-188. doi: 10.1007/s10354-014-0273-1.

31. Aboumrاد M., Shiner B., Riblet N., Mills P.D., Watts B.V. Factors contributing to cancer-related suicide: A study of root-cause analysis reports. *Psychooncology*. 2018 Sep; 27 (9): 2237-2244. doi: 10.1002/pon.4815.
32. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M. et al. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*. 1998; 39: 366-370.
33. Mystakidou K., Parpa E., Katsouda E. et al. The role of physical and psychological symptoms in desire for death: a study of terminally ill cancer patients. *Psychooncology*. 2006; 15: 355-360.
34. Chung K.H., Lin H.C. Methods of suicide among patients with cancer – a nationwide population-based study. *Suicide life Threat. Behav.* 2010; 40: 107-114.
35. Schneider K., Shenassa E. Correlates of suicidal ideation in a population-based sample of cancer patients. *J. Psychosoc. Oncol.* 2008; 26: 29-42.
36. Зотов П.Б. Суицидальное поведение онкологических больных: роль семьи и близких. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 19 (4): 18-25.
37. Park S.A., Chung S.H., Lee Y. Factors Associated with Suicide Risk in Advanced Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016 Nov 1; 17 (11): 4831-4836.
38. Кондратьев А.В., Шнайдер Н.А., Шульмин А.В. Эпидемиология головных болей. *Современные проблемы науки и образования*. 2015; 6: 23.
39. Медведева Л.А., Загорюлько О.И., Гнездилов А.В. и др. Распространенность головной боли среди пациентов специализированной клиники боли. *Российский журнал боли*. 2013; 1 (38): 25-26.
40. Ilgen M.A., Zivin K., McCammon R.J., Valenstein M. Pain and suicidal thoughts, plans and attempts in the United States. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008; 30 (6): 521-517. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.09.003.
41. Calati R., Courtet P., Norton J., Ritchie K., Artero S. Association between lifetime headache and history of suicide attempts in the elderly. *Eur Psychiatry*. 2017 Mar; 41: 132-139. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.10.009.
42. Koenig J., Oelkers-Ax R., Parzer P., Haffner J., Brunner R., Resch F., Kaess M. The association of self-injurious behaviour and suicide attempts with recurrent idiopathic pain in adolescents: evidence from a population-based study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015 Sep 28; 9: 32. doi: 10.1186/s13034-015-0069-0.
43. Trejo-Gabriel-Galan J.M., Aicua-Rapún I., Cubo-Delgado E., Velasco-Bernal C. Suicide in primary headaches in 48 countries: A physician-survey based study. *Cephalalgia*. 2018 Apr; 38 (4): 798-803. doi: 10.1177/0333102417714477.
44. Ковальчук В.В. Мигрень: особенности этиологии и патогенеза, а так же современные принципы диагностики и терапии. *Медицинский алфавит*. 2015; 2 (10): 10-14.
45. Lin Y.K., Liang C.S., Lee J.T., Lee M.S., Chu H.T., Tsai C.L., Lin G.Y., Ho T.H., Yang F.C. Association of suicide risk with headache frequency among migraine patients with and without aura. *Front Neurol*. 2019 Mar 19; 10: 228. doi: 10.3389/fneur.2019.00228.
46. Татаринова К.В., Артемченко А.Р. Влияние клинических проявлений мигрени, депрессии и нарушений сна на качество жизни пациентов с хронической мигренью. *Нервно-мышечные болезни*. 2017; 7 (1): 43-53. doi: 10.17650/2222-8721-2017-7-1-43-53.
47. Латышева Н.В., Филатова Е.Г., Осипова Д.В. Депрессия – не единственная причина когнитивных нарушений у пациентов с хронической мигренью. *Нервно-мышечные болезни*. 2018; 8 (4): 32-45. doi: 10.17650/2222-8721-2018-8-4-35-42.
48. Park S.P., Seo J.G. Aggression and its association with suicidality in migraine patients: a case-control study. *J Headache Pain*. 2018 Aug 14; 19 (1): 67. doi: 10.1186/s10194-
31. Aboumrاد M., Shiner B., Riblet N., Mills P.D., Watts B.V. Factors contributing to cancer-related suicide: A study of root-cause analysis reports. *Psychooncology*. 2018 Sep; 27 (9): 2237-2244. doi: 10.1002/pon.4815.
32. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M. et al. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*. 1998; 39: 366-370.
33. Mystakidou K., Parpa E., Katsouda E. et al. The role of physical and psychological symptoms in desire for death: a study of terminally ill cancer patients. *Psychooncology*. 2006; 15: 355-360.
34. Chung K.H., Lin H.C. Methods of suicide among patients with cancer – a nationwide population-based study. *Suicide life Threat. Behav.* 2010; 40: 107-114.
35. Schneider K., Shenassa E. Correlates of suicidal ideation in a population-based sample of cancer patients. *J. Psychosoc. Oncol.* 2008; 26: 29-42.
36. Zotov P. B. *Suicidal behavior of cancer patients: the role of family and loved ones*. Tyumen medical journal. 2017; 19 (4): 18-25. (In Russ)
37. Park S.A., Chung S.H., Lee Y. Factors Associated with Suicide Risk in Advanced Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016 Nov 1; 17 (11): 4831-4836.
38. Кондратьев А.В., Шнайдер Н.А., Шульмин А.В. *Epidemiologija glavnyh bolej [Epidemiology of headaches]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya [Modern problems of science and education]*. 2015; 6: 23. (In Russ)
39. Medvedeva L.A., Zagorul'ko O.I., Gnezdilov A.V. i dr. *Rasprostranennost' glavnoy boli sredi pacientov specializirovannoy kliniki boli [Prevalence of headache among patients of specialized pain clinic]. Rossijskij zhurnal boli [Russian journal of pain]*. 2013; 1 (38): 25-26. (In Russ)
40. Ilgen M.A., Zivin K., McCammon R.J., Valenstein M. Pain and suicidal thoughts, plans and attempts in the United States. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008; 30 (6): 521-517. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.09.003.
41. Calati R., Courtet P., Norton J., Ritchie K., Artero S. Association between lifetime headache and history of suicide attempts in the elderly. *Eur Psychiatry*. 2017 Mar; 41: 132-139. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.10.009.
42. Koenig J., Oelkers-Ax R., Parzer P., Haffner J., Brunner R., Resch F., Kaess M. The association of self-injurious behaviour and suicide attempts with recurrent idiopathic pain in adolescents: evidence from a population-based study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015 Sep 28; 9: 32. doi: 10.1186/s13034-015-0069-0.
43. Trejo-Gabriel-Galan J.M., Aicua-Rapún I., Cubo-Delgado E., Velasco-Bernal C. Suicide in primary headaches in 48 countries: A physician-survey based study. *Cephalalgia*. 2018 Apr; 38 (4): 798-803. doi: 10.1177/0333102417714477.
44. Koval'chuk V.V. *Migren': osobennosti jetiologii i patogeneza, a tak zhe sovremennye principy diagnostiki i terapii [Migraine: peculiarities of etiology and pathogenesis, as well as modern principles of diagnosis and therapy]. Medicinskij alfavit [Medical alphabet]*. 2015; 2 (10): 10-14. (In Russ)
45. Lin Y.K., Liang C.S., Lee J.T., Lee M.S., Chu H.T., Tsai C.L., Lin G.Y., Ho T.H., Yang F.C. Association of suicide risk with headache frequency among migraine patients with and without aura. *Front Neurol*. 2019 Mar 19; 10: 228. doi: 10.3389/fneur.2019.00228.
46. Tatarinova K.V., Artemchenko A.R. *Vlijanie klinicheskikh pojavlenij migreni, depressii i narushenij sna na kachestvo zhizni pacientov s hronicheskoy migren'ju [Effect of clinical manifestations of migraine, depression and sleep disorders on the quality of life of patients with chronic migraine]. Nervno-myshechnye bolezni [Neuromuscular Disease]*. 2017; 7 (1): 43-53. doi: 10.17650/2222-8721-2017-7-1-43-53. (In Russ)
47. Latysheva N.V., Filatova E.G., Osipova D.V. *Depression is not the only cause of cognitive impairment in chronic migraine. Nervno-myshechnye bolezni [Neuromuscular Disease]*. 2018; 8 (4): 35-42. doi: 10.17650/2222-8721-2018-8-4-35-42. (In Russ)
48. Park S.P., Seo J.G. *Aggression and its association with suicidality in migraine patients: a case-control study. J Headache Pain*. 2018 Aug 14; 19 (1): 67. doi: 10.1186/s10194-

- 018-0903-х.
49. Berhane H.Y., Jamerson-Dowlen B., Friedman L.E., Berhane Y., Williams M.A., Gelaye B. Association between migraine and suicidal behavior among Ethiopian adults. *BMC Psychiatry*. 2018 Feb 12; 18 (1): 46. doi: 10.1186/s12888-018-1629-7.
  50. Park S.P., Seo J.G., Lee W.K. Osmophobia and allodynia are critical factors for suicidality in patients with migraine. *J Headache Pain*. 2015; 16: 529. doi: 10.1186/s10194-015-0529-1.
  51. Kim S.Y., Park S.P. Suicidal ideation and risk factors in Korean migraine patients. *J Clin Neurosci*. 2014 Oct; 21 (10): 1699-1704. doi: 10.1016/j.jocn.2014.03.016.
  52. Breslau N., Schultz L., Lipton R., Peterson E., Welch K.M. Migraine headaches and suicide attempt. *Headache*. 2012 May; 52 (5): 723-731. doi: 10.1111/j.1526-4610.2012.02117.x.
  53. Wang S.J., Fuh J.L., Juang K.D., Lu S.R. Migraine and suicidal ideation in adolescents aged 13 to 15 years. *Neurology*. 2009 Mar 31; 72 (13): 1146-2252. doi: 10.1212/01.wnl.0000345362.91734.b3.
  54. Liu H.Y., Fuh J.L., Lin Y.Y., Chen W.T., Wang S.J. Suicide risk in patients with migraine and comorbid fibromyalgia. *Neurology*. 2015 Sep 22; 85 (12): 1017-1023.
  55. Friedman L.E., Gelaye B., Rondon M.B., Sanchez S.E., Peterlin B.L., Williams M.A. Association of migraine headaches with suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. *Headache*. 2016 Apr; 56 (4): 741-749. doi: 10.1111/head.12793.
  56. Colman I., Kingsbury M., Sareen J., Bolton J., van Walraven C. Migraine headache and risk of self-harm and suicide: A population-based study in Ontario, Canada. *Headache*. 2016 Jan; 56 (1): 132-140. doi: 10.1111/head.12710.
  57. Курушина О.В., Коломытцева С.А., Мирошникова В.В., Барулин А.Е. Кластерная головная боль: диагностика и лечение. *Лекарственный вестник*. 2016; 10 (1): 24-29.
  58. Rozen T.D., Fishman R.S. Cluster headache in the United States of America: demographics, clinical characteristics, triggers, suicidality, and personal burden. *Headache*. 2012 Jan; 52 (1): 99-113. doi: 10.1111/j.1526-4610.2011.02028.x.
  59. Louter M.A., Wilbrink L.A., Haan J., van Zwet E.W., van Oosterhout W.P., Zitman F.G., Ferrari M.D., Terwindt G.M. Cluster headache and depression. *Neurology*. 2016 Nov 1; 87 (18): 1899-1906.
  60. Choong C.K., Ford J.H., Nyhuis A.W., Joshi S.G., Robinson R.L., Aurora S.K., Martinez J.M. Clinical characteristics and treatment patterns among patients diagnosed with cluster headache in U.S. Healthcare Claims Data. *Headache*. 2017 Oct; 57 (9): 1359-1374. doi: 10.1111/head.13127.
  61. Jürgens T.P., Gaul C., Lindwurm A., Dresler T., Paelecke-Habermann Y., Schmidt-Wilcke T., Lürding R., Henkel K., Leinisch E. Impairment in episodic and chronic cluster headache. *Cephalalgia*. 2011 Apr; 31 (6): 766. DOI:10.1177/0333102410391489.
  62. Ji Lee M., Cho S.J., Wook Park J., et al. Increased suicidality in patients with cluster headache. *Cephalalgia*. 2019 Apr 24: 333102419845660. doi: 10.1177/0333102419845660.
  63. Батискин С.А. Факторы риска утраты коленного сустава. *Медицина в Кузбассе*. 2016; 15 (2): 36-41.
  64. Васильченко Е.М. Динамика частоты ампутаций нижней конечности в городе Новокузнецке. Ретроспективное исследование. *Медицина в Кузбассе*. 2018; 17 (40): 5-10.
  65. Смирнов А.В. Ведущие клинические проявления у больных с посттравматической ампутацией голени. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 9 (5): 34-35.
  66. Шапорев Д.Ю., Сахнюк И.И. К характеристике болевых проявлений у больных с ампутацией нижней конечности. *Тюменский медицинский журнал*. 2008; 3-4: 106-107.
  67. Colquhoun L., Shepherd V., Neil M. Pain management in new amputees: a nursing perspective. *Br J Nurs*. 2019 May 23; 28 (10): 638-646. doi: 10.12968/bjon.2019.28.10.638.
  68. Yin Y., Zhang L., Xiao H., et al. The pre-amputation pain and the postoperative deafferentation are the risk factors of phantom limb pain: a clinical survey in a sample of Chinese population. *BMC Anesthesiol*. 2017 May 26; 17 (1): 69. doi: 10.1186/s12888-018-1629-7.
  49. Berhane H.Y., Jamerson-Dowlen B., Friedman L.E., Berhane Y., Williams M.A., Gelaye B. Association between migraine and suicidal behavior among Ethiopian adults. *BMC Psychiatry*. 2018 Feb 12; 18 (1): 46. doi: 10.1186/s12888-018-1629-7.
  50. Park S.P., Seo J.G., Lee W.K. Osmophobia and allodynia are critical factors for suicidality in patients with migraine. *J Headache Pain*. 2015; 16: 529. doi: 10.1186/s10194-015-0529-1.
  51. Kim S.Y., Park S.P. Suicidal ideation and risk factors in Korean migraine patients. *J Clin Neurosci*. 2014 Oct; 21 (10): 1699-1704. doi: 10.1016/j.jocn.2014.03.016.
  52. Breslau N., Schultz L., Lipton R., Peterson E., Welch K.M. Migraine headaches and suicide attempt. *Headache*. 2012 May; 52 (5): 723-731. doi: 10.1111/j.1526-4610.2012.02117.x.
  53. Wang S.J., Fuh J.L., Juang K.D., Lu S.R. Migraine and suicidal ideation in adolescents aged 13 to 15 years. *Neurology*. 2009 Mar 31; 72 (13): 1146-2252. doi: 10.1212/01.wnl.0000345362.91734.b3.
  54. Liu H.Y., Fuh J.L., Lin Y.Y., Chen W.T., Wang S.J. Suicide risk in patients with migraine and comorbid fibromyalgia. *Neurology*. 2015 Sep 22; 85 (12): 1017-1023.
  55. Friedman L.E., Gelaye B., Rondon M.B., Sanchez S.E., Peterlin B.L., Williams M.A. Association of migraine headaches with suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. *Headache*. 2016 Apr; 56 (4): 741-749. doi: 10.1111/head.12793.
  56. Colman I., Kingsbury M., Sareen J., Bolton J., van Walraven C. Migraine headache and risk of self-harm and suicide: A population-based study in Ontario, Canada. *Headache*. 2016 Jan; 56 (1): 132-140. doi: 10.1111/head.12710.
  57. Kurushina O.V., Kolomytceva S.A., Miroshnikova V.V., Barulin A.E. Klasternaja glavovnjaja bol': diagnostika i lechenie [Cluster headache: diagnosis and treatment]. *Leкарственный вестник [Pharmaceutical Bulletin]*. 2016; 10 (1): 24-29. (In Russ)
  58. Rozen T.D., Fishman R.S. Cluster headache in the United States of America: demographics, clinical characteristics, triggers, suicidality, and personal burden. *Headache*. 2012 Jan; 52 (1): 99-113. doi: 10.1111/j.1526-4610.2011.02028.x.
  59. Louter M.A., Wilbrink L.A., Haan J., van Zwet E.W., van Oosterhout W.P., Zitman F.G., Ferrari M.D., Terwindt G.M. Cluster headache and depression. *Neurology*. 2016 Nov 1; 87 (18): 1899-1906.
  60. Choong C.K., Ford J.H., Nyhuis A.W., Joshi S.G., Robinson R.L., Aurora S.K., Martinez J.M. Clinical characteristics and treatment patterns among patients diagnosed with cluster headache in U.S. Healthcare Claims Data. *Headache*. 2017 Oct; 57 (9): 1359-1374. doi: 10.1111/head.13127.
  61. Jürgens T.P., Gaul C., Lindwurm A., Dresler T., Paelecke-Habermann Y., Schmidt-Wilcke T., Lürding R., Henkel K., Leinisch E. Impairment in episodic and chronic cluster headache. *Cephalalgia*. 2011 Apr; 31 (6): 766. DOI:10.1177/0333102410391489.
  62. Ji Lee M., Cho S.J., Wook Park J., et al. Increased suicidality in patients with cluster headache. *Cephalalgia*. 2019 Apr 24: 333102419845660. doi: 10.1177/0333102419845660.
  63. Batiskin S.A. Knee joint loss risk factors. *Medicine in Kuzbass*. 2016; 15 (2): 36-41. (In Russ)
  64. Vasilchenko E.M. The dynamics of the frequency of lower limb amputations in the city of Novokuznetsk: a retrospective study. *Medicine in Kuzbass*. 2018; 17 (40): 5-10. (In Russ)
  65. Smirnov V. Leading clinical manifestations in patients with post-traumatic amputation of the Shin. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (5): 34-35. (In Russ)
  66. Shaporev, D. Yu., Sakhnyuk, I. I. Characteristic of pain manifestations in patients with lower limb amputation. *Tyumen Medical Journal*. 2008; 3-4: 106-7. (In Russ)
  67. Colquhoun L., Shepherd V., Neil M. Pain management in new amputees: a nursing perspective. *Br J Nurs*. 2019 May 23; 28 (10): 638-646. doi: 10.12968/bjon.2019.28.10.638.
  68. Yin Y., Zhang L., Xiao H., et al. The pre-amputation pain and the postoperative deafferentation are the risk factors of phantom limb pain: a clinical survey in a sample of Chinese population. *BMC Anesthesiol*. 2017 May 26; 17 (1): 69. doi: 10.1186/s12888-018-1629-7.



- 10.1186/s12871-017-0359-6.
69. Allami M., Faraji E., Mohammadzadeh F., Soroush M.R. Chronic musculoskeletal pain, phantom sensation, phantom and stump pain in veterans with unilateral below-knee amputation. *Scand J Pain*. 2019 Jul 4. pii: /j/sjpain.ahead-of-print/sjpain-2019-0045/sjpain-2019-0045.xml. doi: 10.1515/sjpain-2019-0045.
  70. Turner A.P., Meites T.M., Williams R.M., Henderson A.W., Norvell D.C., Hakimi K.N., Czerniecki J.M. Suicidal ideation among individuals with dysvascular lower extremity amputation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015 Aug; 96 (8): 1404-1410. doi: 10.1016/j.apmr.2015.04.001.
  71. Sahu A., Gupta R., Sagar S., Kumar M., Sagar R. A study of psychiatric comorbidity after traumatic limb amputation: A neglected entity. *Ind Psychiatry J*. 2017 Jul-Dec; 26 (2): 228-232. doi: 10.4103/ipj.ipj\_80\_16.
  72. Arias Vázquez P.I., Castillo Avila R.G., Dominguez Zentella M.D.C., et al. Prevalence and correlations between suicide attempt, depression, substance use, and functionality among patients with limb amputations. *Int J Rehabil Res*. 2018 Mar; 41 (1): 52-56. doi: 10.1097/MRR.0000000000000259.
  73. Зотов П.Б. «Болевой анамнез» у больных, перенесших ампутацию: особенности и клиническое значение. *Академический журнал Западной Сибири*. 2014; 10 (1): 12-14.
  74. Смирнов А.В., Зотов П.Б., Шаповров Д.Ю., Чураков М.В. Психические нарушения у больных с ампутацией нижней конечности. *Академический журнал Западной Сибири*. 2006; 2: 26-27.
  75. Baby S., Chaudhury S., Walia T.S. Evaluation of treatment of psychiatric morbidity among limb amputees. *Ind Psychiatry J*. 2018 Jul-Dec; 27 (2): 240-248. doi: 10.4103/ipj.ipj\_69\_18.
  76. Plana-Veret C., Seoane-Mato D., Goicoechea Garcia C., et al. Pain assessment in Spanish rheumatology outpatient clinics: EVADOR Study. *Reumatol Clin*. 2019 May 8. pii: S1699-258X(19)30050-6. doi: 10.1016/j.reuma.2019.01.006.
  77. Лисицына Т.А., Вельтишев Д.Ю., Герасимов А.Н. и др. Факторы, влияющие на восприятие боли при ревматоидной артрите. *Клиническая медицина*. 2013; 3: 54-61.
  78. Tektonidou M.G., Dasgupta A., Ward M.M. Suicidal ideation among adults with arthritis: prevalence and subgroups at highest risk. Data from the 2007-2008 National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011 Sep; 63 (9): 1322-1333. doi: 10.1002/acr.20516.
  79. Treharne G., Lyons A.C., Kitas G.D. Suicidal ideation in patients with rheumatoid arthritis. Research may help identify patients at high risk. *Br. Med. J*. 2000; 32 (1): 1290.
  80. Fuller-Thomson E., Ramzan N., Baird S.L. Arthritis and suicide attempts: findings from a large nationally representative Canadian survey. *Rheumatol Int*. 2016 Sep; 36 (9): 1237-1248. doi: 10.1007/s00296-016-3498-z.
  81. Mareque M., Oyagüez I., Morano R., Casado M.A. Systematic review of the evidence on the epidemiology of herpes zoster: incidence in the general population and specific subpopulations in Spain. *Public Health*. 2019 Feb; 167: 136-146. doi: 10.1016/j.puhe.2018.10.015.
  82. Choi J.K., Park S.H., Park S., et al. The changing epidemiology of herpes zoster over a decade in South Korea, 2006-2015. *Vaccine*. 2019 Jul 31. doi: 10.1016/j.vaccine.2019.07.086.
  83. Forbes H.J., Thomas S.L., Smeeth L., et al. A systematic review and meta-analysis of risk factors for postherpetic neuralgia. *Pain*. 2016 Jan; 157(1):30-54. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000307.
  84. Sato K., Adachi K., Nakamura H., et al. Burden of herpes zoster and postherpetic neuralgia in Japanese adults 60 years of age or older: Results from an observational, prospective, physician practice-based cohort study. *J Dermatol*. 2017 Apr; 44 (4): 414-422. doi: 10.1111/1346-8138.13639.
  85. Muñoz-Quiles C. López-Lacort M., Ampudia-Blasco F.J., Diez-Domingo J. Risk and impact of herpes zoster on patients with diabetes: A population-based study, 2009-2014. *Hum Vaccin Immunother*. 2017 Nov 2; 13 (11): 2606-2611. doi: 10.1080/21645515.2017.1368600.
  86. Caputo M., Horn J., Karch A., et al. Herpes zoster incidence in 10.1186/s12871-017-0359-6.
  69. Allami M., Faraji E., Mohammadzadeh F., Soroush M.R. Chronic musculoskeletal pain, phantom sensation, phantom and stump pain in veterans with unilateral below-knee amputation. *Scand J Pain*. 2019 Jul 4. pii: /j/sjpain.ahead-of-print/sjpain-2019-0045/sjpain-2019-0045.xml. doi: 10.1515/sjpain-2019-0045.
  70. Turner A.P., Meites T.M., Williams R.M., Henderson A.W., Norvell D.C., Hakimi K.N., Czerniecki J.M. Suicidal ideation among individuals with dysvascular lower extremity amputation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015 Aug; 96 (8): 1404-1410. doi: 10.1016/j.apmr.2015.04.001.
  71. Sahu A., Gupta R., Sagar S., Kumar M., Sagar R. A study of psychiatric comorbidity after traumatic limb amputation: A neglected entity. *Ind Psychiatry J*. 2017 Jul-Dec; 26 (2): 228-232. doi: 10.4103/ipj.ipj\_80\_16.
  72. Arias Vázquez P.I., Castillo Avila R.G., Dominguez Zentella M.D.C., et al. Prevalence and correlations between suicide attempt, depression, substance use, and functionality among patients with limb amputations. *Int J Rehabil Res*. 2018 Mar; 41 (1): 52-56. doi: 10.1097/MRR.0000000000000259.
  73. Zotov P.B. "Pain anamnesis" in patients undergoing amputation: features and clinical significance. *Academic Journal of West Siberia*. 2014; 10 (1): 12-14. (In Russ)
  74. Smirnov A.V., Zotov P.B., Shaporev D., Churakov M.V. Mental disorders in patients with lower limb amputation. *Academic Journal of West Siberia*. 2006; 2: 26-27. (In Russ)
  75. Baby S., Chaudhury S., Walia T.S. Evaluation of treatment of psychiatric morbidity among limb amputees. *Ind Psychiatry J*. 2018 Jul-Dec; 27 (2): 240-248. doi: 10.4103/ipj.ipj\_69\_18.
  76. Plana-Veret C., Seoane-Mato D., Goicoechea Garcia C., et al. Pain assessment in Spanish rheumatology outpatient clinics: EVADOR Study. *Reumatol Clin*. 2019 May 8. pii: S1699-258X(19)30050-6. doi: 10.1016/j.reuma.2019.01.006.
  77. Lisicyna T.A., Vel'tishhev D.Ju., Gerasimov A.N. i dr. Faktory, vliyayushhie na vospriyatie boli pri revmatoidnoj artrite [Factors affecting the perception of pain in rheumatoid arthritis]. *Klinicheskaja medicina [Clinical medicine]*. 2013; 3: 54-61. (In Russ)
  78. Tektonidou M.G., Dasgupta A., Ward M.M. Suicidal ideation among adults with arthritis: prevalence and subgroups at highest risk. Data from the 2007-2008 National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011 Sep; 63 (9): 1322-1333. doi: 10.1002/acr.20516.
  79. Treharne G., Lyons A.C., Kitas G.D. Suicidal ideation in patients with rheumatoid arthritis. Research may help identify patients at high risk. *Br. Med. J*. 2000; 32 (1): 1290.
  80. Fuller-Thomson E., Ramzan N., Baird S.L. Arthritis and suicide attempts: findings from a large nationally representative Canadian survey. *Rheumatol Int*. 2016 Sep; 36 (9): 1237-1248. doi: 10.1007/s00296-016-3498-z.
  81. Mareque M., Oyagüez I., Morano R., Casado M.A. Systematic review of the evidence on the epidemiology of herpes zoster: incidence in the general population and specific subpopulations in Spain. *Public Health*. 2019 Feb; 167: 136-146. doi: 10.1016/j.puhe.2018.10.015.
  82. Choi J.K., Park S.H., Park S., et al. The changing epidemiology of herpes zoster over a decade in South Korea, 2006-2015. *Vaccine*. 2019 Jul 31. doi: 10.1016/j.vaccine.2019.07.086.
  83. Forbes H.J., Thomas S.L., Smeeth L., et al. A systematic review and meta-analysis of risk factors for postherpetic neuralgia. *Pain*. 2016 Jan; 157(1):30-54. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000307.
  84. Sato K., Adachi K., Nakamura H., et al. Burden of herpes zoster and postherpetic neuralgia in Japanese adults 60 years of age or older: Results from an observational, prospective, physician practice-based cohort study. *J Dermatol*. 2017 Apr; 44 (4): 414-422. doi: 10.1111/1346-8138.13639.
  85. Muñoz-Quiles C. López-Lacort M., Ampudia-Blasco F.J., Diez-Domingo J. Risk and impact of herpes zoster on patients with diabetes: A population-based study, 2009-2014. *Hum Vaccin Immunother*. 2017 Nov 2; 13 (11): 2606-2611. doi: 10.1080/21645515.2017.1368600.
  86. Caputo M., Horn J., Karch A., et al. Herpes zoster incidence in



- Germany – an indirect validation study for self-reported disease data from pretest studies of the population-based German National Cohort. *BMC Infect Dis.* 2019 Jan 30; 19 (1): 99. doi: 10.1186/s12879-019-369.
87. Yawn B.P., Wollan P.C., St Sauver J.L., Butterfield L.C. *Herpes zoster* eye complications: rates and trends. *Mayo Clin Proc.* 2013 Jun; 88 (6): 562-570. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.03.014.
88. Toniolo-Neto J., Psaradellis E., Karellis A., et al. Measuring herpes zoster disease burden in São Paulo, Brazil: a clinico-epidemiological single-center study. *Clinics (Sao Paulo)*. 2018 Jul 19; 73: e243. doi: 10.6061/clinics/2018/e243.
89. Amicizia D., Domnich A., Arata L., et al. The role of age-sex interaction in the development of post-herpetic neuralgia. *Hum Vaccin Immunother.* 2017 Feb; 13 (2): 376-378. doi: 10.1080/21645515.2017.1264799.
90. Yang F., Yu S., Fan B., et al. The *Epidemiology* of Herpes Zoster and *Postherpetic* Neuralgia in China: Results from a Cross-Sectional Study. *Pain Ther.* 2019 Jun 19. doi: 10.1007/s40122-019-0127-z.
91. Alicino C., Trucchi C., Paganino C., et al. Incidence of herpes zoster and post-herpetic neuralgia in Italy: Results from a 3-years population-based study. *Hum Vaccin Immunother.* 2017 Feb; 13 (2): 399-404. doi: 10.1080/21645515.2017.1264834.
92. Cocchio S., Baldovin T., Furlan P., et al. Cross-sectional study on hospitalizations related to herpes zoster in an Italian region, 2008-2016. *Aging Clin Exp Res.* 2019 Jan; 31 (1): 145-150. doi: 10.1007/s40520-018-0968-z.
93. Mallick-Searle T., Snodgrass B., Brant J.M. Postherpetic neuralgia: epidemiology, pathophysiology, and pain management pharmacology. *J Multidiscip Healthc.* 2016 Sep 21; 9: 447-454.
94. Lee D.H., Park J.E., Yoon D.M., et al. Factors associated with increased risk for clinical insomnia in patients with *postherpetic neuralgia*: a retrospective cross-sectional study. *Pain Med.* 2016 Oct; 17 (10): 1917-1922.
95. Udall M., Kudel I., Cappelleri J.C., et al. *Epidemiology* of physician-diagnosed neuropathic *pain* in Brazil. *J Pain Res.* 2019 Jan 7; 12: 243-253. doi: 10.2147/JPR.S160504.
96. Hess T.M., Lutz L.J., Nauss L.A., Lamer T.J. Treatment of acute herpetic neuralgia. A case report and review of the literature. *Minn Med.* 1990 Apr; 73 (4): 37-40.
97. Paolucci S., Iosa M., Toni D., et al. Prevalence and Time Course of *Post-Stroke Pain*: A Multicenter Prospective Hospital-Based Study. *Pain Med.* 2016 May; 17 (5): 924-930. doi: 10.1093/pm/pnv019.
98. Osama A., Abo Hagar A., Elkholy S., et al. Central *post-stroke pain*: predictors and relationship with magnetic resonance imaging and somatosensory evoked potentials. *Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg.* 2018; 54 (1): 40. doi: 10.1186/s41983-018-0041-z.
99. Skovgaard C.B., Holm J., Stenager E.N., Stenager E. Increased *post-stroke* risk of *suicide*. *Ugeskr. Laeger.* 2015. Jun 8; 177 (24). pii: V11140629.
100. Hamod T., Lin C.L., Kao C.H. Risk of suicide attempt in post-stroke patients: a population-based cohort study. *J. Am. Heart. Assoc.* 2018. Jan 10; 7 (2). pii: e007830. doi: 10.1161/JAHA.117.007830.
101. Каменев Д.В., Плеханов В.А., Киндялов С.В. Психогенная боль: основы патогенеза и терапии. *Российский журнал боли.* 2018; 2 (56): 7-8.
102. Ilgen M.A., Kleinberg F., Ignacio R.V., et al. Noncancer *pain* conditions and risk of *suicide*. *JAMA Psychiatry.* 2013 Jul; 70 (7): 692-697. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.908.
103. Newton-John T.R. Negotiating the maze: risk factors for suicidal behavior in chronic *pain* patients. *Curr Pain Headache Rep.* 2014 Sep; 18 (9): 447. doi: 10.1007/s11916-014-0447-y.
104. Boggs J.M., Beck A., Hubley S., et al. General Medical, Mental Health, and Demographic Risk Factors Associated With *Suicide* by Firearm Compared With Other Means. *Psychiatr Serv.* 2018 Jun 1; 69 (6): 677-684. doi: 10.1176/appi.ps.201700237.
105. Pan Y.J., Lee M.B., Chiang H.C., Liao S.C. The recognition of diagnosable psychiatric disorders in suicide cases' last medical contacts. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009; 31 (2): 181-184. doi: 10.1186/s12879-019-369.
- Germany – an indirect validation study for self-reported disease data from pretest studies of the population-based German National Cohort. *BMC Infect Dis.* 2019 Jan 30; 19 (1): 99. doi: 10.1186/s12879-019-369.
87. Yawn B.P., Wollan P.C., St Sauver J.L., Butterfield L.C. *Herpes zoster* eye complications: rates and trends. *Mayo Clin Proc.* 2013 Jun; 88 (6): 562-570. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.03.014.
88. Toniolo-Neto J., Psaradellis E., Karellis A., et al. Measuring herpes zoster disease burden in São Paulo, Brazil: a clinico-epidemiological single-center study. *Clinics (Sao Paulo)*. 2018 Jul 19; 73: e243. doi: 10.6061/clinics/2018/e243.
89. Amicizia D., Domnich A., Arata L., et al. The role of age-sex interaction in the development of post-herpetic neuralgia. *Hum Vaccin Immunother.* 2017 Feb; 13 (2): 376-378. doi: 10.1080/21645515.2017.1264799.
90. Yang F., Yu S., Fan B., et al. The *Epidemiology* of Herpes Zoster and *Postherpetic* Neuralgia in China: Results from a Cross-Sectional Study. *Pain Ther.* 2019 Jun 19. doi: 10.1007/s40122-019-0127-z.
91. Alicino C., Trucchi C., Paganino C., et al. Incidence of herpes zoster and post-herpetic neuralgia in Italy: Results from a 3-years population-based study. *Hum Vaccin Immunother.* 2017 Feb; 13 (2): 399-404. doi: 10.1080/21645515.2017.1264834.
92. Cocchio S., Baldovin T., Furlan P., et al. Cross-sectional study on hospitalizations related to herpes zoster in an Italian region, 2008-2016. *Aging Clin Exp Res.* 2019 Jan; 31 (1): 145-150. doi: 10.1007/s40520-018-0968-z.
93. Mallick-Searle T., Snodgrass B., Brant J.M. Postherpetic neuralgia: epidemiology, pathophysiology, and pain management pharmacology. *J Multidiscip Healthc.* 2016 Sep 21; 9: 447-454.
94. Lee D.H., Park J.E., Yoon D.M., et al. Factors associated with increased risk for clinical insomnia in patients with *postherpetic neuralgia*: a retrospective cross-sectional study. *Pain Med.* 2016 Oct; 17 (10): 1917-1922.
95. Udall M., Kudel I., Cappelleri J.C., et al. *Epidemiology* of physician-diagnosed neuropathic *pain* in Brazil. *J Pain Res.* 2019 Jan 7; 12: 243-253. doi: 10.2147/JPR.S160504.
96. Hess T.M., Lutz L.J., Nauss L.A., Lamer T.J. Treatment of acute herpetic neuralgia. A case report and review of the literature. *Minn Med.* 1990 Apr; 73 (4): 37-40.
97. Paolucci S., Iosa M., Toni D., et al. Prevalence and Time Course of *Post-Stroke Pain*: A Multicenter Prospective Hospital-Based Study. *Pain Med.* 2016 May; 17 (5): 924-930. doi: 10.1093/pm/pnv019.
98. Osama A., Abo Hagar A., Elkholy S., et al. Central *post-stroke pain*: predictors and relationship with magnetic resonance imaging and somatosensory evoked potentials. *Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg.* 2018; 54 (1): 40. doi: 10.1186/s41983-018-0041-z.
99. Skovgaard C.B., Holm J., Stenager E.N., Stenager E. Increased *post-stroke* risk of *suicide*. *Ugeskr. Laeger.* 2015. Jun 8; 177 (24). pii: V11140629.
100. Hamod T., Lin C.L., Kao C.H. Risk of suicide attempt in post-stroke patients: a population-based cohort study. *J. Am. Heart. Assoc.* 2018. Jan 10; 7 (2). pii: e007830. doi: 10.1161/JAHA.117.007830.
101. Kamenev D.V., Plehanov V.A., Kindjalov S.V. Psihogennaja bol': osnovy patogeneza i terapii [Psychogenic pain: basics of pathogenesis and therapy]. *Rossiiskij zhurnal boli [Russian journal of pain]*. 2018; 2 (56): 7-8. (In Russ)
102. Ilgen M.A., Kleinberg F., Ignacio R.V., et al. Noncancer *pain* conditions and risk of *suicide*. *JAMA Psychiatry.* 2013 Jul; 70 (7): 692-697. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.908.
103. Newton-John T.R. Negotiating the maze: risk factors for suicidal behavior in chronic *pain* patients. *Curr Pain Headache Rep.* 2014 Sep; 18 (9): 447. doi: 10.1007/s11916-014-0447-y.
104. Boggs J.M., Beck A., Hubley S., et al. General Medical, Mental Health, and Demographic Risk Factors Associated With *Suicide* by Firearm Compared With Other Means. *Psychiatr Serv.* 2018 Jun 1; 69 (6): 677-684. doi: 10.1176/appi.ps.201700237.
105. Pan Y.J., Lee M.B., Chiang H.C., Liao S.C. The recognition of diagnosable psychiatric disorders in suicide cases' last medical contacts. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009; 31 (2): 181-184. doi: 10.1186/s12879-019-369.

- 10.1016/j.genhosppsy.2008.12.010
106. Василенко М.Г. Опыт работы кабинета боли клиники ОАО "Медицина". *Российский журнал боли*. 2013; 1 (38): 83-84.
107. Arout C.A., Sofuoglu M., Rosenheck R.A. Rates and correlates of *pain specialty clinic* use nationally in the veterans health administration. *Pain Med.* 2017 Apr 1; 18 (4): 702-710. doi: 10.1093/pm/pnw206.
108. Zuercher-Huerlimann E., Stewart J.A., Egloff N., et al. Internal health locus of control as a predictor of *pain* reduction in multidisciplinary inpatient treatment for chronic *pain*: a retrospective study. *J Pain Res.* 2019 Jul 8; 12: 2095-2099. doi: 10.2147/JPR.S189442.
109. Крыжановский Г.Н. Центральные механизмы патологической боли. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1999; 99 (12): 4-7.
110. Данилов Ал.Б. Современные подходы к лечению хронической боли: биопсихосоциокультурная модель. *Заболевания нервной системы*. 2013; 1 (11): 15-21.
- 10.1016/j.genhosppsy.2008.12.010
106. Vasilenko M.G. Opyt raboty kabineta boli kliniki OAO "Medicina" [Experience in the office of pain clinic JSC "Medicine"]. *Rossijskij zhurnal boli [Russian journal of pain]*. 2013; 1 (38): 83-84. (In Russ)
107. Arout C.A., Sofuoglu M., Rosenheck R.A. Rates and correlates of *pain specialty clinic* use nationally in the veterans health administration. *Pain Med.* 2017 Apr 1; 18 (4): 702-710. doi: 10.1093/pm/pnw206.
108. Zuercher-Huerlimann E., Stewart J.A., Egloff N., et al. Internal health locus of control as a predictor of *pain* reduction in multidisciplinary inpatient treatment for chronic *pain*: a retrospective study. *J Pain Res.* 2019 Jul 8; 12: 2095-2099. doi: 10.2147/JPR.S189442.
109. Kryzhanovskij G.N. Central'nye mehanizmy patologicheskoy boli [Central mechanisms of pathological pain]. *Zhurnal neurologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova [Journal of neurology and psychiatry. S.S. Korsakov]*. 1999; 99 (12): 4-7. (In Russ)
110. Danilov Al.B. Sovremennye podhody k lecheniju hronicheskoy boli: biopsihoso-ciokul'turnaja model' [Modern approaches to the treatment of chronic pain: biopsychosociocultural model]. *Zabolevanija nervnoj sistemy [Nervous system disease]*. 2013; 1 (11): 15-21. (In Russ)

## CHRONIC PAIN AMONG SUICIDAL RISK FACTORS

P.B. Zotov<sup>1</sup>, E.B. Lyubov<sup>2</sup>, N.M. Fedorov<sup>1</sup>, V.G. Bychkov<sup>1</sup>,  
A.I. Fadeeva<sup>1</sup>, G.G. Garagashev<sup>1</sup>, K.V. Korovin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

<sup>2</sup>Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbsky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

<sup>3</sup>Tyumen industrial University, Tyumen, Russia

### Abstract:

A review of literature on the relationship of chronic pain and suicidal behavior is presented. It has been shown that from 8 to 45% of the population suffer from chronic pain, and the proportion of patients experiencing severe pain can reach up to 54%. A common negative factor is the insufficient analgesic effect in 60% of patients, which negatively affects their quality of life and social functioning. Chronic pain refers to independent suicidal risk factors; suicidal ideation is detected on average in 28% cases; the risk of a one-time attempt increases 4 times, while the risk of repeated suicide attempts is increased 6-fold, completed suicides rates grow 2–3 times. "Severe pain" is associated with a 5-fold increase in the risk of suicide. Among suicides due to somatic (non-cancerous) disease, 28.7% are associated with chronic pain. Chronic pain rarely acts as the only pro-suicidal factor. The combination with depression, apparently, makes the pain unbearable. *Pain and cancer*. Chronic pain is recorded in 80-95% of patients with advanced cancer. Suicidal thoughts are detected in 10%, and an increased suicidal risk is associated with pain in 30-85% of patients. The leading risk factor is insufficient analgesic effect and lack of systemic use of opioid analgesics. The development of depression in these patients increases the risk of suicide not 2-4, but 25 times. *Chronic headaches* have a reliable relationship with suicidal ideation (OR 1.9) and suicide attempts (OR 2.3) and account for 1% of suicide rates for all causes. Suicide attempts occur 10 times more often. Up to 70-80% of suicides in primary headaches occur in cluster (bundle) pains and migraines. In migraines with aura, the frequency of suicidal thoughts is 47.2%, and attempts are recorded in 13.9% patients. The presence of depression can increase suicidal risk by 15 times. *With cluster headache*, suicidal readiness is closely related to the phase of clinical manifestations. Suicidal risk is highest during bouts of pain. During this period, 64.2% expressed passive suicidal ideas, 35.8% expressed active suicidal ideas, 5.8% suicidal plans, and 2.3% of patients attempted suicide. In the period between attacks, suicidal activity drops sharply. *Pain caused by limb amputation*: suicidal ideation is detected in 15.7-30.5% of patients; suicide attempts are made by 16-27% of those suffering from phantom pains. Most (78.9%) of these patients do not achieve effective pain control. However, suicidal behavior and chronic pain are not always directly related. In many cases, emotional disturbances are present: depression - 17-71%, post-traumatic stress disorder (PTSD) - 6-20.3%. The negative image of the body is important. *Chronic arthritis pain*: the prevalence of suicidal thoughts is 5.6-11%. The risk of suicide attempts among adult arthritis patients with chronic pain is 1.5 times higher than in the general population; combination with depression increases the risk even more than twice. *Pain in postherpetic polyneuropathy* develops in 21-73% of patients, it is difficult to treat even with the use of narcotic analgesics. Severe pain is a leading cause of suicide in patients over the age of 70. *Chron-*

*ic pain after a stroke* is recorded for 31.9–35.4% of patients, with the risk of suicide increased 2.2 times. Psychogenic pains increase the risk of suicide by 2.6 times. Risk factors include a family history of mental illness, past history of suicide attempts, and the presence of comorbid depression. Conclusion. Chronic pain is an important predictor of suicidal behavior. An important condition for suicidal prevention is the availability of knowledge and “suicidological alertness” among general practitioners and non-psychiatric specialists, which reflects the relevance of educational projects. Topical issues are increasing the effectiveness of painkiller therapy and the availability of analgesics, developing standards for the management of this category of patients in the general medical network and specialized clinics, as well as the wider involvement of specialists in the field of mental health.

**Keywords:** chronic pain, suicide, suicidal attempt, suicidal thoughts, suicide risk factors

**Вклад авторов:**

*П.Б. Зотов:* разработка дизайна исследования; написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;  
*Е.Б. Любов:* написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;  
*Н.М. Фёдоров:* обзор публикаций по теме статьи;  
*В.Г. Бычков:* обзор публикаций по теме статьи;  
*А.И. Фадеева:* обзор публикаций по теме статьи;  
*Г.Г. Гаррагашев:* обзор и перевод публикаций по теме статьи;  
*К.В. Коровин:* обзор и перевод публикаций по теме статьи.

**Authors' contributions:**

*P.B. Zotov:* developing the research design, article writing; article editing;  
*E.B. Lyubov:* article writing; article editing;  
*N.M. Fedorov:* reviewing of publications of the article's theme;  
*V.G. Bychkov:* reviewing of publications of the article's theme;  
*A.I. Fadeeva:* reviewing of publications of the article's theme;  
*G.G. Garagashev:* reviewing and translated relevant publications;  
*K.V. Korovin:* reviewing and translated relevant publications.

**Финансирование:** 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: 29.03.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 27.06.2019.

---

**Для цитирования:** Зотов П.Б., Любов Е.Б., Фёдоров Н.М., Бычков В.Г., Фадеева А.И., Гаррагашев Г.Г., Коровин К.В. Хроническая боль среди факторов суицидального риска. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 99-115. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-99-115

**For citation:** Zotov P.B., Lyubov E.B., Fedorov N.M., Bychkov V.G., Fadeeva A.I., Garagashev G.G., Korovin K.V. Chronic pain among suicidal risk factors. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 99-115. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-99-115

## УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

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

1. Общая и частная суицидология.
2. Психология, этнопсихология и психопатология суицидального поведения и агрессии.
3. Методы превенции и коррекции.
4. Социальные, социологические, правовые, юридические аспекты суицидального поведения.
5. Историческая суицидология.

*Правила* при направлении работ в редакцию:

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

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

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

4. Перед названием статьи указывается УДК.

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

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы, вклад каждого автора (при коллективной работе) при подготовке и написании статьи, обзора; *финансовые условия*. Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

7. К статье прилагается развёрнутое резюме объёмом до 400 слов, ключевые слова. В реферате даётся описание работы с выделением разделов: введение, цель, материалы и методы, результаты, выводы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе основные цифровые показатели.

Каждая статья должна иметь профессиональный перевод на английском языке: Название статьи, ФИО авторов и их полной контактной информации, название учреждения, город, резюме и ключевые слова, название и подписи в рисунках и графиках таблиц. Приветствуется полный профессиональный перевод статьи на английском языке.

Для каждого автора необходимо указать:

- а) SPIN-код в e-library (формат: XXXX-XXXX),
- б) Researcher ID (формат: X-XXXX-20XX),
- в) ORCID iD (XXXX-XXXX-XXXX-XXXX).

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

9. *Статистика*. Данные исследований должны быть статистически обработаны на базе компьютерной программы SPSS-Statistics и описаны в тексте.

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

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

12. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В списке литературы указываются:

а) для журнальных статей: Фамилия и Инициалы автора (-ов; не более трех). Название статьи. *Журнал*. Год; том (номер): страницы «от» и «до»;

б) для книг: Фамилия и Инициалы автора. Полное название. Город (где издана): Название издательства, год издания. Количество страниц;

в) для диссертации – Фамилия и Инициалы автора. Полное название работы: Дисс.... канд. (или докт.) каких наук. Место издания, год. Количество страниц.

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

14. *Рецензирование*. Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих тематике журнала, с целью их экспертной оценки. *Все статьи подвергаются двойному слепому рецензированию независимыми экспертами* (срок: до двух месяцев). После получения заключения Редакция направляет авторам копии рецензий или мотивированный отказ. Текст рукописи не возвращается. Замечания рецензентов обязательны для исполнения при последующей доработке статьи.

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

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

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