

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. Семенова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)
А.В. Семке, д.м.н., профессор
(Томск)
В.А. Солдаткин, д.м.н., доцент
(Ростов-на-Дону)
В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор
(Уфа)
Л.Н. Юрьева, д.м.н., профессор
(Днепропетровск, Украина)
Chiyo Fujii, профессор (Япония)
Jyrki Korkeila, профессор
(Финляндия)
Ilkka Henrik Mäkinen, профессор
(Швеция)
William Alex Pridemore, профессор
(США)
Niko Seppälä, д.м.н. (Финляндия)
Мартин Войнар, профессор (Польша)

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

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

<i>А.В. Голенков</i> Постгеноцидные самоубийства	3
<i>Е.Б. Любов, П.Б. Зотов, А.Н. Куликов и соавт.</i> Комплексная (эпидемиологическая, клиничко-социальная и экономическая) оценка парасуицидов как причин госпитализаций в многопрофильные больницы	16
<i>Н.Б. Семёнова</i> Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: социально-экономические факторы риска	30
<i>А.Г. Бородина</i> Особенности суицидальности у матерей детей с аутизмом	41
<i>М.А. Байкова, А.В. Меринов</i> Гетерогенность феномена «взрослых детей алкоголиков» с позиции аутоагрессивности: влияние парентальной аддиктивной фигуры	53
<i>Е.Г. Корнетова, А.А. Гончарова, А.Н. Корнетов, А.А. Давыдов, В.В. Дубровская, А.В. Семке, Н.А. Бохан</i> Связь суицидального поведения и безнадёжности с акатизией у больных шизофренией	63
<i>В.А. Розанов, П.Е. Григорьев, С.Е. Захаров, Г.Ф. Кривда</i> Анализ сезонности завершённых суицидов с учётом таких факторов внешней среды как температура и длина светового дня	71
<i>К.В. Сыроквашина</i> «Психологическая аутопсия» при суициде: история вопроса и современное состояние	80
<i>С.Н. Васильева, Г.Г. Симуткин, Е.Д. Счастный, С.А. Иванова, Н.А. Бохан</i> Суицидальное поведение больных биполярным аффективным расстройством при коморбидных психических заболеваниях	86
<i>О.А. Суховская</i> Табакокурение и суицид (обзор литературы)	92
<i>В.И. Крылов, К.Ю. Ретюнский, П.Б. Зотов</i> Суицидальные фантазии при депрессивных состояниях	98
<i>С.В. Богданов, А.А. Брагин, Ю.С. Гудова, А.С. Мамин, В.Г. Остапюк</i> Самоубийства в структуре насильственной смертности населения Российской империи пореформенных десятилетий: основные показатели, динамика, тенденции	104

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 Korkeala, Ph. D., prof. (Finland)	
Ilkka Henrik Mäkinen, Ph. D., prof. (Sweden)	
William Alex Pridemore, Ph. D., prof. (USA)	
Niko Seppälä, M.D., Ph.D. (Finland)	
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	

П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, Е.Г. Скрябин, А.В. Ефанов, Н.А. Бородин, Т.В. Беспалова	
Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение I	112

Юбилей Б.С. Положего	122
Информация для авторов	123

Contents

A.V. Golenkov	
Post-homicide suicides: review of literature	3

E.B. Lyubov, P.B. Zotov, A.N. Kulikov et al.	
Integrated (epidemiological, clinical, social, and cost) assessment of parasuicides as the reasons of hospitalization in multidisciplinary hospitals	16

N.B. Semenova	
Causes of suicidal behavior in indigenous peoples of Siberia: socio-economic risk factors	30

L.G. Borodina	
Suicidality in mothers of autistic children	41

M.A. Baykova, A.V. Merinov	
Heterogeneity of the phenomenon "Adult Children Of Alcoholics" from the position of autoaggression: the impact of the parental addictive figure	53

E.G. Kornetova, A.A. Goncharova, A.N. Kornetov, A.A. Davydov, V.V. Dubrovskaya, A.V. Semke, N.A. Bohan	
Connection of suicidal behavior and hopelessness with akathisia in patients with schizophrenia	63

V.A. Rozanov, P.E. Grigoriev, S.E. Zakharov, G.F. Kryvda	
Analysis of completed suicides seasonality in relation to such external factors as length of the day and ambient temperature	71

K.V. Syrokvashina	
"Psychological autopsy" in case of suicide: the history of the question and the current state	80

S.N. Vasileva, G.G. Simutkin, E.D. Schastnyy, S.A. Ivanova, N.A. Bokhan	
Suicidal behavior of patients suffering from bipolar affective disorder and comorbid mental diseases	86

O.A. Sukhovskaya	
Smoking and suicide. Review	92

V.I. Krylov, K.Yu. Retyunskiy, P.B. Zotov	
Suicidal fantasies in depressive conditions	98

S.V. Bogdanov, A.A. Bragin, J.S. Gudova, A.S. Mamin, V.G. Ostapyuk	
Suicide in the structure of violent deaths of the population of the Russian empire in the post-reform decades: key indicators, dynamics, trends	104

P.B. Zotov, E.B. Lyubov, E.G. Skryabin, A.V. Efanov, N.A. Borodin, T.V. Bespalova	
Somatic pathology among suicide risk factors. Report I	112

Information	123
-------------------	-----

Сайт журнала: <https://suicidology.ru/> или <https://суицидология.рф/>
 Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru/, www.medpsy.ru/, www.psychiatr.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. Каньячи «Смерть Клеопатры», 1660 г.
 Заказ № 199. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 15.11.2018 г. Цена свободная

ПОСТГОМИЦИДНЫЕ САМОУБИЙСТВА

А.В. Голенков

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). 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, электронный адрес: golenkovav@inbox.ru

Самоубийство, совершённое после убийства – брутальная форма агрессивного поведения, которое редко наблюдается в повседневной жизни. На русском языке кратким и всеохватывающим является термин «постгомицидные самоубийства» (ПГСУ). В настоящем обзоре литературы ставилась цель рассмотреть основные результаты зарубежных исследований, посвящённых ПГСУ. Критерии квалификации ПГСУ колебались в широких временных пределах (часы и месяцы), не лишено оснований и предложение учитывать причинную связь между убийством и последующим самоубийством. Супружеские (партнерские) ПГСУ являются самыми распространёнными (40-70% всех случаев), далее следуют детские (2,9-36%), семейные (2-31,9%) и внесемейные (2,9-40%) ПГСУ. Распространённость ПГСУ в разных странах мира составляет от 0,4 до 8,9 случаев на 1 млн жителей. В Чувашии (регион России) случаи ПГСУ регистрируются от 1 до 6 случаев (в среднем – 4,2±2,0 случая в год) или от 0,8 до 4,84 (в среднем – 3,32) на 1 млн жителей. В литературе среди мотивов совершения ПГСУ обсуждаются: патологическая ревность (amorous jealousy), стрессы, “mercy killing” или altruistic; зачастую (в 25-50%) выявить мотивы не удаётся. Важной причиной ПГСУ являются психические расстройства (ПР), доля которых составляет от 3 до 100%. Отчетливо лидируют депрессивные состояния (от 8,6 до 87%), много коморбидных состояний, ПР, обусловленных приёмом психоактивных веществ и различных форм суицидального поведения (мысли, попытки, самоповреждения) – в анамнезе от 2,6 до 51%. ПГСУ значительно чаще совершают мужчины (75-91,4% случаев). Жертвами, напротив, чаще становятся женщины и дети (50-83%). Возраст убийц значительно превышает возраст жертв. Орудием убийств и самоубийств в большинстве стран является огнестрельное оружие. Допускается изучение ПГСУ в средствах массовой информации. Профилактика ПГСУ представляет весьма трудную задачу в связи с тем, что преступники и жертвы ПГСУ отличаются от обычных убийц и суицидентов. Указанные аспекты убеждают в исследовании ПГСУ в каждой стране (регионе) мира, чтобы определить свои специфические факторы совершения ПГСУ и разрабатывать меры его профилактики.

Ключевые слова: постгомицидные самоубийства (самоубийства, совершённые после убийства), психические расстройства, эпидемиология, факторы, профилактика

Самоубийство, совершённое после убийства – брутальная форма агрессивного поведения, которое редко (0,01% в структуре всех смертей Англии и Уэльса) наблюдается в повседневной жизни, но производит шокирующее воздействие на общество [1]. В зарубежной научной литературе встречается довольно много различных исследований этого противоправного деяния [2-7 и др.], в отечественной – ему уделено весьма скромное место [8, 9]. Так, в руководстве по судебной психиатрии оно описывается в главе, посвящённой посмертной судебно-психиатрической экспертизе в уголовном процессе, под названием «расширенное самоубийство». На фоне депрессивного состояния (с тоской, тревогой, страхами, апатией, бредовыми идеями самообвинения и самоуничтожения) у такого человека возникает решение покончить не только с собой, но и со своими близкими людьми, избавляя их от «кажущихся мучений» и искушая «мнимую вину» [10]. Од-

нако в реальной жизни встречается много других вариантов и мотивов самоубийств, совершённых после убийств [3-6]. В связи с этим, на наш взгляд, более удачным и всеохватывающим является термин «постгомицидные самоубийства» (убийство – син. гомицид). В отечественной научной психиатрической литературе и учебниках для студентов медицинских и юридических ВУЗов встречаются такие расстройства как гомицидомания и гомицидофобия, поэтому постгомицидные самоубийства (ПГСУ) нам представляются вполне уместным термином, отражающим сущность совершённого деяния [8].

В своём предыдущем исследовании, посвящённом судебно-психиатрическому аспектам убийств, выполненном на репрезентативной выборке (766 психически больных убийц) за период с 1981 по 2010 гг. нам не встретились ПГСУ [11]. Можно предполагать, что эти случаи редко направляются на экспертизу в

регионах России [8, 9]. Между тем юристы в своих публикациях также затрагивают вопросы ПГСУ, что свидетельствует о междисциплинарном характере поднятой проблемы и её определённой актуальности [12].

В настоящем обзоре литературы ставилась цель рассмотреть основные результаты зарубежных исследований, посвящённых ПГСУ.

Критерии квалификации ПГСУ.

Является важным вопросом, который до конца не решён, поскольку временной фактор совершения самоубийства после убийства существенно колеблется от 24 часов [6, 13-15], трёх дней [1, 16], одной [4, 17-20] или двух [21] недель, трёх месяцев [2, 22] до решения (осуждения) суда [23] или в течение всей последующей жизни убийцы [цит. по 5].

Одни исследователи считают очень важным обстоятельством акт самоубийства после убийства в течение нескольких (трёх) часов, максимум – одних суток [21, 24]. Классическим критерием ПГСУ всё же считается совершение самоубийства после убийства в течение одной недели [4, 17-20]. Как показали наблюдения, 85-86,3% самоубийств после убийства совершаются агрессором в течение 24 часов [16, 25]. Однако возможны колебания как в одну, так и другую стороны. Так, только 42% преступников совершили самоубийство в день убийства, 75% – в течение трех дней, оставшиеся – до вынесения приговора суда [23]. По другим сведениям, 92,4% ушли из жизни в течение 24 часов после совершённого убийства, через день – ещё 4,2%, через два дня – 2,1%, и через три дня – 1,3%. В 17 случаях ПГСУ преступники совершили самоубийства в интервале от семи дней до 10 месяцев (в среднем через 78 дней, медиана – 60), поэтому были исключены из анализа. Учёт этих случаев, по мнению авторов, чреват ошибками, превышающих пределы допустимой погрешности в регистрации ПГСУ [1].

Существуют предложения, прежде всего, учитывать причинную связь между убийством и последующим самоубийством, а на время не обращать пристального внимания (может составлять и несколько месяцев) [22]. Некоторые авторы в нескольких своих исследованиях использовали разные временные критерии – от 24 часов до 1 недели [5, 6, 16, 23]. Более того, бывают случаи, когда преступник ещё до смерти жертвы совершает самоубийство (3 случая из 147 [1]), а иногда (4-10% в странах Европы) после агрессивного нападения человек остаётся живым, и это квалифицируется как попытка

убийства с самоубийством. Впрочем, и у преступника акт самоубийства может оказаться только попыткой уйти из жизни (такие случаи парасуицида составляют от 25 до 37%). ПГСУ не учитываются и исключаются из исследования, если убийство совершено в группе (убийца точно не известен), когда связь между убийцей и жертвой окончательно не установлена [14]. К другим вариантам относят случаи, когда преступник был убит при задержании, его смерть наступила не в результате самоубийства [23]. Одним словом, включаются в исследование только «несомненные» и «правдоподобные» случаи самоубийств, совершённых после убийства [26]. Указанные обстоятельства существенно влияют на точность сбора статистических показателей ПГСУ [6].

Классификация ПГСУ. В настоящее время в большинстве исследований ПГСУ используется классификация Р. Marzuk и соавт., построенная на связи между агрессором (убийцей) и его жертвой [19]. Выделяют четыре основных типа ПГСУ: супружеские (партнерские), детские, семейные и внесемейные [2, 5, 17]. *Супружеские ПГСУ* могут включать убийства по причине ревности широкой модальности, включая «синдром Отелло» (morbid jealousy; бред ревности), обусловленные другими межличностными конфликтами с разводом, прекращением отношений и одиночеством, которыми недовольна одна из сторон, что сопровождается раздражением, депрессией и агрессией [27, 28]. Этот вариант в большей степени характерен для сравнительно молодых людей в возрасте до 55 лет [29]. Для более старшего поколения (после 55 лет) причиной ПГСУ может явиться тяжелая болезнь (плохое здоровье, немощная старость, чаще у жертвы) и депрессивные состояния (чаще у преступника). Убийство чаще всего совершается мужчиной из милосердия (“mercy killing”) – прекращения мучений жертвы, после чего агрессор заканчивает жизнь самоубийством [17, 23, 27]. Иногда такие ПГСУ основываются на «пакте о самоубийстве» (suicide pact) – договоренности между двумя и более людьми о совместном уходе из жизни, в котором участвует и виновник совершённого преступления [2].

ПГСУ с убийством ребёнка (детей) больше подходит под определение «расширенного самоубийства». Мать (реже отец), часто в состоянии депрессии (психического расстройства) решает, что больше никто не будет заботиться о ребёнке после совершения её (им) самоубийства, поэтому принимает решение убить перед этим своего ребёнка (детей) [6, 29].

Другим нередко встречающимся вариантом такого ПГСУ является «альтруистическое убийство (altruistic homicide-suicide)» [17]. Мать считает, что ребёнку (детям) угрожает какая-то опасность («злой дух, дьявольская сила», «мафия» и др.), сопровождающаяся страшными и длительными пытками, издевательствами с мученической смертью, поэтому убийство рассматривается её как гуманный поступок («меньшее из зол»), облегчающий уход из жизни ребёнка без страданий. Часто в этих случаях убийцы страдали выраженными ПР, сопровождающиеся бредом и галлюцинациями [2, 5].

С учётом возраста убитых детей среди ПГСУ выделяют неонациды (neonaticide; менее 24 часов после рождения), инфантициды (infanticide; от 1 дня до 1 года), педициды (pedicide; от 1 года до 16 лет), но чаще всего используется обобщённое название детоубийство (filicide) [2, 17].

Семейные ПГСУ включают убийство разных членов семьи и родственников. Здесь можно упомянуть так называемые убийства (самоубийства) по доверенности (homicide, suicide by proxy). Данное преступление чаще всего совершает мужчина (муж, отец семьи), который пессимистично рассматривает настоящее и будущее своей семьи, ощущает неспособность защитить её от многочисленных страданий, неудач, горя и катастроф. Основой таких поступков и суждений часто являются различные депрессивные состояния [3, 5, 7].

В литературе описаны мужчины – так называемые «ликвидаторы семьи», которые убивают всех присутствующих – детей, находящихся на момент преступления дома (своих и чужих), супругу и даже домашних животных [2].

Семейных ПГСУ, включая ПГСУ детей, стало больше с 90-х годов прошлого столетия, и тенденция сохраняется до настоящего времени в Бельгии [29] и других странах Европы [6].

Внесемейные ПГСУ затрагивают чрезвычайно разнообразные группы индивидов от друзей, соседей, сотрудников по работе, знакомых до совершенно незнакомых и чужих людей. Это чаще всего случайные убийства, совершённые в результате конфликта на высоте раздражения, злости и ярости [2, 5]. В ряде случаев виновники убивают своих недругов (заклятых врагов), например, работодателя, который уволил с работы и др. [17]. Самоубийство является уходом от сурового наказания, мотивированное страхом обнаружения, разоблачения и ответственности. Среди внесемейных ПГСУ встречаются так называемые массовые убийства [2, 5], совершённые «школьными / колледжскими / университетскими стрелками». Здесь часто используется несколько единиц автоматического огнестрельного оружия, которые направлены на обидчиков убийцы. В основе месть за издевательства, третирование и различные прилюдные унижения (буллинг) со стороны окружающих (учителей и одноклассников). Иногда преступник хочет прославиться (войти в историю), поэтому стремится убить как можно больше людей, либо делает это по псевдорелигиозным (борьба с неверными), либо каким-то другим сверхценным идеям (отпор «феминизму»), совершая, в том числе, террористические акты [2, 5].

Лица, совершившие внесемейные ПГСУ, чаще имели проблемы с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) и более молодой возраст (10-19 лет) по сравнению с другими типами ПГСУ [14].

Таблица 1

Распределение разных видов ПГСУ по данным литературы

Вид ПГСУ	Гонконг [17]	Австралия [24]	Англия, Уэльс [23]	ЮАР [30]	США [13]	Турция [31]	Швеция [15]	США [15]	Нидерланды [32]	Швейцария [32]	США [32]
Супружеские, партнерские	46,4	43,0	65,0	62,8	58,0	40,0	53,6	56,6	60,0	69,0	70,0
Детские	36,0	14,0	19,0	20,0	13,7	10,0	5,0	2,9	27,0	16,0	11,0
Семейные	5,1	12,0	7,0	14,3	6,2	10,0	31,9	30,4	3,0	2,0	7,0
Внесемейные	12,5	10,0	2,0	2,9	12,4	40,0	8,7	10,1	13,0	13,0	9,0
Другие	-	6,0	7,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Неизвестно	-	15,0	-	-	10,0	-	0,8	-	7,0	-	3,0

Как видно из табл. 1, супружеские убийства являются самыми распространёнными (40-70% всех ПГСУ), далее следуют детские (2,9-36%), семейные (2-31,9%) и внесемейные (2,9-40%) ПГСУ [13, 15, 17, 23, 24, 30-32]. В ряде случаев не удаётся квалифицировать ПГСУ из-за отсутствия сведений о взаимосвязи преступника и его жертвы [14].

Редкая встречаемость внесемейных ПГСУ может служить критерием исключения их из анализа. Семейные («домашние») ПГСУ в Европе чаще всего регистрировались в Финляндии, Германии и Швейцарии, а реже всего – в Польше и Испании, промежуточное положение занимали Нидерланды, Англия и Уэльс. В их структуре 65% составили ПГСУ «интимных партнеров» (включая супругов, сожителей), детей – 15%, родителей (супругов) и детей – 9%, ПГСУ с участием других членов семьи – 11%. Две и более жертвы наблюдались в 17% таких случаев (чаще всего в Финляндии и Нидерландах, а реже – 9% – в Испании) [6].

Бывают случаи, когда жертв несколько и они относятся к разным группам ПГСУ. В этих случаях их квалифицируют как прочие (другие) ПГСУ [14]. Например, в исследовании В. Barraclough, E.C. Harris [1] таких ПГСУ было 7% (4% – супружеские и семейные, 3% – семейные и внесемейные).

Распространенность ПГСУ. ПГСУ составляет в структуре убийств от 3 до 60% [15, 18, 21, 32]. Такой разброс обусловлен различным пониманием (квалификацией) преступления, что может зависеть от культурных особенностей и страны проживания. В США ежегодно совершается 1000-1500 случаев ПГСУ

или 0,2-0,3 на 100 тысяч населения [19], в Швейцарии – примерно три случая на 1 млн жителей (0,3 на 100 тысяч) [25]. M. Large с соавт. [4] в систематическом обзоре 64 эпидемиологических исследований обнаружили ПГСУ от 0,012 на 100 тыс. жителей в Шотландии в середине XX века до 1,33 – в Гренландии в 70-х годах прошлого столетия. Данные о распространении ПГСУ в странах мира представлены в табл. 2 [1, 5, 9, 13, 14, 17, 20, 23, 24, 31, 32].

В Бельгии за 75 лет (1935-2010) наблюдения ПГСУ стало существенно больше, начиная с 90-х годов, а с 1935 по 1940 гг. они вообще не регистрировались [29]. В Нидерландах в 1992-2006 гг. (15 лет) уровень ПГСУ колебался от 0,07 до 0,02 на 100 тыс. населения, или в среднем 9 случаев в год [18]. В Англии и Уэльсе распространённость ПГСУ в 1996-2005 гг. составила 0,5 на 1 млн жителей, в 2006-2008 – 0,4 [16, 23]. В ЮАР наблюдения ПГСУ в течение двух лет выявили различия в 16%. В Чувашии (регион России) случаи ПГСУ колебались от 1 до 6 (в среднем – $4,2 \pm 2,0$ случая в год) [9].

Сравнение ПГСУ в трёх развитых странах показало, что наибольшие показатели регистрировались в США (0,22 на 100 тыс. жителей) против 0,09 (Швейцария) и 0,05 (Нидерланды). При этом самый высокий уровень самоубийств наблюдался в Швейцарии (19,35), а уровень убийств – в США (5,06) [32]. В США выявляется связь между ПГСУ и уровнем убийств. В других странах мира такая закономерность не прослеживается. В них определяется корреляция между ПГСУ и уровнем самоубийств [4].

Таблица 2

Распространенность ПГСУ в странах мира по данным литературы

Авторы	Годы исследований	Страна (регион)	Частота ПГСУ на 1 млн жителей
Barraclough B., Harris E.C., 2002 [1]	1988-2002	Англия, Уэльс	0,6
Carlach C., Grabosky P.N., 2004 [24]	1989-1996	Австралия	2,2
Chan C.Y. с соавт., 2004 [17]	1989-1998	Китай (Гонконг)	0,9
Nata с соавт., 2001*	1986-1995	Япония (Тояма, Саппоро)	0,6-1,5
Panczak R. с соавт., 2013 [25]	1991-2001	Швейцария	2,95-3,01
Liem M. с соавт., 2011 [32]	1992-2006	Голландия Швейцария США	0,5 (0,4-0,6) 0,9 (0,7-1,2) 2,2 (2,0-2,5)
Flynn S. с соавт., 2009 [23]	1996-2005	Англия, Уэльс	0,5
Roberts K. с соавт., 2010 [20]	2000-2001	ЮАР	8,9
Dogan K. с соавт., 2010 [31]	2000-2007	Турция (Конья)	0,64
Regoecki W.C. с соавт., 2016 [15]	2001-2010	Швеция США (округ штата Огайо)	0,7 2,0
Bossarte R.M. с соавт., 2006 [13]	2003-2004	США	2,30-2,38
Moscowitz с соавт., 2006*	2006	Новая Зеландия	0,8
Голенков А.В., 2018 [9]	2010-2016	Россия (Чувашия)	3,33 (0,8-4,84)

Примечание: *цит. по Liem M. с соавт., 2010 [5]

Описанные закономерности ставят под сомнения эпидемиологические «законы» J. Coïd о схожей распространённости ПГСУ в разных странах мира и малой вариабельности (неизменяемости) их во времени [33].

ПГСУ чаще всего совершается в пятницу, так как это последний рабочий день недели с максимумом накопленных стрессов и усталости, «выплескиванием» эмоциональных проблем на близких и окружающих [22]. Однако W. Regoeszci с соавт. отметили 25% ПГСУ в выходные дни, в то время как в литературе в порядке убывания фигурировали: понедельник, вторник, пятница, суббота и четверг, воскресенье (в среду ПГСУ не было совсем) [15]. При этом какой-либо сезонной закономерности в совершении ПГСУ выявить не удалось [1, 5, 7, 18].

Причины ПГСУ. В литературе обсуждается довольно широкий спектр мотивов для совершения ПГСУ, причём были попытки сделать их одним из критериев классификации [3, 4, 6]. Однако существенные социально - психологические и культурные различия в разных странах мира пока оставляют это вопрос открытым [2, 5]. В Бельгии за 75 лет (1935-2010), согласно классификации P. Marzuk с соавт. [19], ПГСУ распределились следующим образом: из-за патологической ревности (amorous jealousy) – 56%, стрессов – 27%, “mercy killing” или altruistic – 15%; не удалось выявить мотивы у 28 человек (25%). ПГСУ по причине сострадания и альтруизма пришлось объединить из-за трудностей дифференцировки двух видов [29]. Также зачастую относят к одной группе причин ревность и расставание партнеров (развод, прекращение отношений и отдельное проживание) [17], называя их конфликтными отношениями между людьми [14], проблемами взаимоотношений [30].

Во многих исследованиях авторы сталкиваются с невозможностью использовать эту классификацию на практике, поэтому описание ПГСУ носят произвольный и обобщённый характер. К тому же важной причиной ПГСУ являются психические расстройства (ПР), которые вносят диссонанс в интерпретацию и понимание истинных мотивов данного деликта. К примеру, в уже приведённой выборке ПГСУ из Бельгии [29] депрессивные расстройства были квалифицированы у 59% преступников (у 14% в сочетании с соматическими болезнями), алкогольное опьянение – у 33%, но эти дополнительные факторы никак не увязывались с типологией ПГСУ. В штате Огайо (США) существенным фактором в совершении

ПГСУ, показатели которых стабильны в течение 26 лет наблюдений (1991-2016), называют ревность и употребление ПАВ [34].

Проблемы здоровья звучали чаще при ПГСУ у пожилых людей: 34% жертв, 30% преступников и 36% обоих участников деликта имели серьёзную болезнь (7,5% жертв – деменцию). Домашнее насилие прослеживалось в 24% случаев. Развод, расставание, разлука у партнеров выявлялась только в 13%. Если мотивы для самоубийств у преступников-убийц старше 50 лет выявлялась в 74% случаев, то у более молодых лиц их доля была значительно ниже [35].

Психические расстройства при ПГСУ. Частота психических расстройств (ПР) у убийц, совершивших самоубийства, колеблется от 3 до 100%, чаще у пожилых преступников (в среднем 68% – в трех исследованиях; 60% – аффективные расстройства) [7].

Около 39% преступников имели депрессивные состояния, описанные в 20 исследованиях; 20% – ПР и расстройства поведения, обусловленные приёмом ПАВ (в 10), 17% – различные психозы (в трёх исследованиях) [7].

Депрессивные расстройства у убийц в различных исследованиях были отмечены от 8,6 до 87%. Описывался широкий спектр состояний различных по выраженности и длительности: большая и биполярная депрессия, дистимия. Тяжелая депрессия с психотическими проявлениями встречалась в трех работах у 75-87% преступников. Принимали антидепрессанты 12-15%, лечились по поводу ПР – 21,6-33%, стационарно в психиатрической больнице – 25% (одно исследование) [7].

Шизофренией страдало 2-10% убийц, другими психозами без уточнения диагноза – 2-75%. Из бредовых отмечались идеи ревности («синдром Отелло»), «эротомания». Значительное число авторов предполагало высокую распространённость расстройств личности, однако их удалось подтвердить у 10 (23,1%). Много было коморбидных состояний, ПР, обусловленных приёмом ПАВ [30]. В Италии признаки стрессовых расстройств выявлялись у 33% лиц, совершивших ПГСУ [22].

Различные формы суицидального поведения (мысли, попытки, самоповреждения) в анамнезе имели от 2,6 до 51% лиц, совершивших ПГСУ [7]. В Англии и Уэльсе среди преступников депрессивные расстройства в структуре ПР выявлялись у 53% (ситуационная депрессия была у 12%), 1/3 получала психотропные препараты в момент ПГСУ, чаще всего антидепрессанты. 25% из них совершили от 1

до 4 суицидальных попыток, $\frac{1}{3}$ – обсуждали свои психологические проблемы (стресс, вызванный расставанием с любимым человеком, включая развод; проблемы с детьми, финансовые, изменения социального статуса; ухудшения здоровья; суицид у друзей и членов семьи) со своим семейным врачом в течение последнего года перед ПГСУ, $\frac{1}{4}$ – в течение месяца [16].

Значительно меньше ПР наблюдалось в исследованиях, основанных на газетных репортажах (9,6-33%), в которых редко упоминались ПР, максимум – у $\frac{1}{3}$ убийц. Чаще всего описывались депрессивные состояния (от 20 до 75%) непсихотического уровня, но с идеями (сверхценными) ревности [36].

Проблемы с алкоголем имели от 6 до 52% убийц, с другими ПАВ – 5,6-18%, алкогольную зависимость – 6,1-29% [7]. В Австралии лица, совершившие ПГСУ, достоверно реже, чем обычные суициденты и убийцы имели проблемы с алкоголем, каннабисом и амфетаминами, опиаты употребляли примерно одинаковое число лиц (5% против 7,1% среди суицидентов и 4,1% среди убийц) [26]. В межнациональных сравнениях преступники и жертвы реже (преступники – 21-50%; жертвы – 12-50%) употребляли ПАВ при ПГСУ по сравнению с обычными убийствами и самоубийствами и, как правило, в небольшом количестве (лёгкая

степень опьянения; алкоголь в крови – 0,10 "intoxication levels") [цит. по 15].

В Бельгии у 33% убийц был обнаружен алкоголь в крови в диапазоне от 0,07 до 2,80 г/л (в среднем – 1,22), у жертв – в 13% случаев, соответственно – 0,04-0,97 (0,47) [29]. В Австралии алкогольное опьянение определялось у 20% лиц, совершивших ПГСУ (средняя концентрация алкоголя в крови – 0,188 мг/100 мл) [26]. Наркотические вещества выявлялись у 20% преступников в США и у 3% – в Швеции [15].

Описанный разброс в показателях обусловлен нечёткостью методологии сбора материала. При оценке ПР – особенностью случаев ПГСУ, включённых в исследование (убийств детей, сексуальных партнеров, совершённых только пожилыми людьми), психиатрической грамотностью медработников и врачей общей (семейной) практики, а в ряде случаев и самих авторов исследований.

Пол, возраст и ПГСУ. Как видно из табл. 3, ПГСУ значительно чаще совершают мужчины (75-91,4% случаев) [16, 17, 20, 23, 24, 28, 37]. Исключением является Япония, где равное число ПГСУ у мужчин и женщин [38]. Жертвами чаще становятся женщины (50-83%). Возраст убийц значительно превышает возраст жертв, так как среди последних в 25-45% оказываются дети в возрасте от 0 до 16 лет.

Таблица 3

Половозрастные особенности агрессоров и жертв ПГСУ в странах мира

Показатель	Гонконг [17]	Австралия [24]	Англия, Уэльс [23]	Франция [37]	ЮАР [20]	США [28]	Турция [16]	Нидерланды [28]	Япония [38]	Швеция [28]
Преступники										
Мужчины, %	75,0	91,4	86,0	85,0	91,4	92,0	90,0	90,0	49,4	92,0
Женщины, %	25,0	8,6	14,0	15,0	8,6	8,0	10,0	10,0	50,6	8,0
Средний возраст (диапазон), годы	41,9	39,6	44 м* 35 ж*	51 м* 40,5 ж*	38,6 24-73	45,6	32,0 21-48	40,9	51,6	49,1
Жертвы										
Мужчины, %	36,5	26,4	23,0	40,0	20,9	25,0	4 сл.	32,0	39,0	34,0
Женщины, %	63,5	73,6	77,0	60,0	79,1	75,0	8 сл.	68,0	50,0	66,0
Дети, %	35,7	НД*	19,0	45,0	20,0	12,0	3 сл.	36,0	25,0	15,0
Средний возраст (диапазон), годы	32,3	33,2	36,0 0-89	НД*	26,0 0,5-72	39,2	26,0 0,2-50	28,2	35,4	39,2
Доля многочисленных жертв	28,6	20,8	19,0	28,6	14,3	12,0	20,0	20,0	НД*	18,0

Примечание: *НД – нет данных; сл. – случаи; м – мужчины, ж – женщины.

Однако ПГСУ с убийством детей чаще (51,5-75,0% случаев) совершали женщины с помощью удушения своих жертв и других «более гуманных» по сравнению с огнестрельным оружием методов убийства [14, 32]; иногда перед убийством женщины давали детям снотворные препараты [6, 29]. Таких ПГСУ особенно много было в Нидерландах (18%) по сравнению со Швейцарией и США (8-9%) [32]. Эти женщины (детоубийцы) чаще лечились у психиатров, принимали антидепрессанты, имели проблемы не только с психическим, но и соматическим здоровьем [14].

Примерно в 80% случаев убийцы находились в возрастной группе от 25 до 64 лет, буквально единичные случаи регистрировались у несовершеннолетних преступников. Примерно по 10% приходилось на возрастные группы 18-24 года и 65 лет и старше (табл. 4) [6, 31, 32]. При внесемейных ПГСУ доля преступников в возрасте 20-49 лет достигала 76,2%, а при семейных – 61,4%. 37,1% супружеских ПГСУ совершали мужчины в возрасте 50 лет и старше [14].

Может наблюдаться два пика совершения убийств мужчинами – в 45 и 75 лет, возраст младше 20 лет у них практически не встречается [25]. Они имели низкий уровень образования (76,6%), 2/3 – безработные [17], принадлежали преимущественно к низкому социальному классу [25]. В Швейцарии наивысший риск совершения ПГСУ рассчитан для иностранцев (мигрантов), не имеющих постоянного гражданства, мужчин без религиозной принадлежности, граждан, проживающих в перенаселенных жилищах, что ассоциируется с психологическим стрессом и низким уровнем социальной поддержки. Но отсутствуют связи с уровнем образования участников ПГСУ, их занятостью, национальностью, числом детей, языком региона и степенью урбанизации [25].

В ряде исследований предпринимались попытки сравнить ПГСУ у лиц старше 55 лет и младше 55 лет. Группы различались только по частоте ПГСУ: 4-9 случаев на 1 млн жителей у тех, кому > 55 лет против 3-7 – у тех, кому менее 55 лет [39]. Анализ показал, что ПГСУ в возрасте > 55 лет не регистрировались в Бельгии в 1935-1955 гг., а младше 55 лет совершались примерно с одинаковой частотой на протяжении 75 лет (1935-2010). В старшей возрастной группе преступники совершали ПГСУ чаще по мотивам милосердия (43%), среди жертв преобладали женщины (32%); из орудий убийства они использовали огнестрельное оружие (42%) либо прибегали к избиению

(32%), самоубийство совершали через повешение (53%) или с помощью огнестрельного оружия (37%). Преступники до 55 лет расстреливали свои жертвы (71,4% случаев) из-за ревности (80%), самоубийства также совершали с помощью огнестрельного орудия (71%). Увеличение ПГСУ в этой стране с 90-х годов авторы объясняют постарением населения (увеличением возраста преступников и жертв), ростом депрессивных состояний и учащением финансовых кризисов [29].

Таблица 4

Возрастные группы преступников и жертв ПГСУ в некоторых странах мира

Возраст, годы	Нидерланды [32]	Швейцария [32]	США [32]	Турция [31]	Европа [6]
Преступники					
< 17	1,0	-	-	-	-
18-24	8,0	6,0	8,0	20,0	5,0
25-39	46,0	25,0	32,0	60,0	30,0
40-64	41,0	44,0	47,0	20,0	48,0
> 65	4,0	17,0	13,0	-	17,0
Нет данных	-	8,0	-	-	-
Жертвы					
< 17	36,0	15,0	12,0	33,3	25,0
18-24	7,0	8,0	12,0	16,7	8,0
25-39	32,0	27,0	29,0	33,3	24,0
40-64	19,0	38,0	34,0	16,7	29,0
> 65	6,0	12,0	13,0	-	15,0
Нет данных	-	-	-	-	7,0

Жертвы в 55-65% это люди в возрасте 25-64 года, несовершеннолетние составляли около 25% и примерно по 10% – лица в возрасте 18-24 года и 65 лет и старше.

Орудия преступления (способы убийств и самоубийств). Орудием убийств в большинстве стран является огнестрельное оружие (табл. 5) [6, 17, 29-31, 36, 40]. Наивысшие показатели регистрируются у населения США, далее следует Швейцария, Франция, ЮАР, Австралия, Канада, Нидерланды, Англия и Уэльс. Во Франции это боевое (нарезное) оружие, короткоствольные (обрезные) и охотничьи («дробовики») ружья [37]. В Швейцарии в 64% это гражданское огнестрельное оружие, в 18% – служебное (боевое ручное), в 12% – нелегально приобретённое [32].

Таблица 5

Орудия / способы убийств и самоубийств ПГСУ в некоторых странах мира

Орудия / Способ	Гонконг [17]	ЮАР [30]	Бельгия [29]	Турция [31]	Нидерланды [40]	Европа [6]	Англия, Уэльс [36]
Убийства							
Огнестрельное	-	87,1	54,2	66,7	38,6	48,0	10,0
Холодное	24,3	4,3	9,4	8,3	27,9	17,0	37,0
Тупое	10,8	-	12,5	-	4,3	7,0	-
Удушение	25,7	-	17,7	16,7	15,7	10,0	30,0
Отравление	14,9	-	-	8,3	4,3	-	-
Падение с высоты	13,5	-	-	-	2,1	-	-
Транспортное средство	-	-	3,1	-	-	-	-
Поджог	-	4,3	-	-	-	-	-
Другое / Неизвестно	10,8	4,3	3,1	-	7,1	18,0	23,0
Самоубийства							
Огнестрельное	-	76,1	55,0	70,0	34,9	45,0	8,0
Холодное	5,0	4,8	2,5	-	-	9,0	17,0
Тупое	-	-	-	-	6,6	-	-
Повешение	13,3	9,5	35,0	-	8,5	16,0	33,0
Отравление	21,7	-	1,2	-	2,8	3,0	8,0
Падение с высоты	48,3	-	-	-	4,7	9,0	-
Утопление	-	-	-	-	1,0	-	8,0
Поджог	-	4,8	-	-	2,8	-	-
Транспорт средство	-	-	2,5	-	7,6	-	-
Другое / Неизвестно	11,7	4,8	3,8	30,0	31,1	18,0	26,0

Огнестрельное оружие самый «надёжный» метод суицида (смерть в странах Европы регистрируется в 90% и выше), «успешность» других способов ухода из жизни колеблется от 39 до 63% [6]. В 4-8% случаев в странах Европы жертвы оставались живы после нападения, что квалифицировалось как попытка убийства, хотя агрессоры после этого совершали самоубийства. Эти случаи иногда также включаются в статистику ПГСУ для научного анализа и увеличения выборки наблюдения, которая зачастую слишком мала.

В табл. 5 из стран резко выделяется Китай (Гонконг), где огнестрельное оружие не используется [17]. Не самым частым методом оно является для Англии и Уэльса [36]. Аналогичные тенденции можно наблюдать и в регионах России [8, 9]. Однако, что касается нападений больных на врачей и медицинских работников в нашей стране, закончившихся летальным исходом, огнестрельное оружие использовалось в 60% случаев, а после их убийства нападающий (пациент) совершал самоубийство в 50%, обычно аналогичным с убийством способом. Это существенным образом отличается от других (обычных) убийств в России, которые чаще всего совершаются колото-режущими и тупыми предметами, а самоубийства после убийств обычно не встречаются [41].

Довольно интересными выглядят данные S. Flynn с соавт. [23], которые разделили самоубийства по времени совершения на «немедленные» (до 3 дней после убийства) и «отложенные» (позже 3 дней, но до вынесения приговора). Лица с отложенными самоубийствами имели меньший средний возраст (37 vs 43 лет), чаще совершали внесемейные ПГСУ (убивали знакомых и чужих людей), самоубийства совершали путём повешения. Те, кто совершал самоубийства в течение трех дней и ближайших часов после убийства, убивали своих супругов / партнеров и уходили из жизни с помощью огнестрельного оружия [23].

ПГСУ в 70,1-82,3% случаев совершаются в помещениях частных домов (апартаментов), квартирах жертв и преступников [13, 24]. Чаще всего это были спальня (22-39%), зал (19%), кухня (27%), гараж (22%) [29]. Убийства и самоубийства, совершённые в спальне – свидетельство близких отношений между преступником и его жертвой [22, 35]. На улице совершалось 23,6-24,8% ПГСУ [14], трассе (9,7%), территории кафе и ресторанов (7,0%) [39], публичных местах [29]. Для сравнения обычные убийства совершались в домах в 47-66% случаев, а обычные самоубийства – в 51-57% [32].

ПГСУ и обычные убийства и самоубийства. Уникальность ПГСУ проявляется при сравнении [18, 40]. Так, оно отличается от обычных убийств тем, что чаще используется огнестрельное оружие, жертвами становятся дети, супруг(а) агрессора, включая бывших партнеров, преступники и жертвы реже находились в состоянии алкогольного либо другого опьянения [23]. В дополнение к сказанному, можно ещё добавить из цитируемого исследования более старший возраст лиц, совершивших ПГСУ, по сравнению с обычными убийцами (41 vs 28 лет), частое удушение жертв (21 vs 7%), наличие двух и более погибших (19 vs 3%), тревожные, панические, обсессивно-компульсивные расстройства (15 vs 4%); при обычных убийствах жертвами чаще становятся знакомые люди, но не члены семьи и партнеры (38 vs 8%) и незнакомые люди (22 vs 2%). В Швейцарии наличие алкогольного опьянения, домашнее насилие в анамнезе, безработица наблюдались реже при ПГСУ, чем при обычных убийствах [21], а в США напротив опьянение ПАВ чаще приводило к ПГСУ [34].

Лица, совершившие обычные самоубийства, отличались от случаев ПГСУ более частым обращением к специалистам психиатрической службы, наличием тяжелых (хронических) ПР (шизофрения или аффективные расстройства), уходом из жизни путём самоотравления. При ПГСУ для самоубийства преступники прибегали к огнестрельному оружию, чаще страдали личностными расстройствами [16]. Риск суицида возрастает после убийства детей, интимного партнера (настоящего или прошлого), если преступление совершалось с помощью огнестрельного оружия и путём удушения, лицом 55 лет и старше [24]. Не влияло на суицидальное поведение преступника убийство знакомых или незнакомых лиц, представителей этнических меньшинств [16].

В Австралии рассчитана вероятность совершения самоубийства преступником с ПГСУ: если жертва – дети, то риск возрастает в 9,7 раза; бывший супруг(а) – в 4,6; настоящий супруг / партнер – в 3,2; используется огнестрельное оружие – в 5,2 раза. Авторы уточняют, что вероятность самоубийства увеличивается, если преступник старше жертвы (в 3,7 раза), он мужчина, а жертва женщина (в 3,7), преступники и жертва белой расы (в 4,8), а факт наличия алкогольного опьянения практически никак не провоцирует самоубийство (в 0,3 раза) [24]. Риск совершения самоубийства минимален при убийстве знакомых и незнакомых людей, представителей национальных

меньшинств, если возраст преступника меньше 55 лет [23]. Схожие закономерности получены в США [28].

ПГСУ в СМИ, интернете. Отмечается неточность и избирательность информации, собранной о ПГСУ, в прессе и интернете. В частности, P. Roma с соавт. [42] отмечают, что материал во многом зависит от редакторской политики издания, с ориентацией на сенсационность и медийный интерес. Например, ПГСУ с гибелью детей привлекает внимание читателей больше, нежели с участием пожилой семейной пары [39]. Причины ПГСУ нередко искажаются, описываются спекулятивно и предвзято, гипертрофируя личность убийцы, способы и методы агрессии, факт самоубийства при этом особо не акцентируется, являясь мелким штрихом к очерченному событию, что может быть следствием ограничений для СМИ на освещение тематики суицида согласно национальным кодам журналистики, Советам по прессе, рекомендациям экспертов Всемирной организации здравоохранения. Несмотря на указанные недостатки, изучение ПГСУ в СМИ с помощью контент-анализа является одним из возможных способов исследования, сбора недостающей информации о деликте [42].

Рассчитанные показатели ПГСУ в СМИ зачастую соответствуют данным научной литературы, что, возможно, объясняется репрезентативностью собранной информации (662 ПГСУ в течение 1985-2008 гг., совершённых в Италии) [42]. Более того, достоверность многих выводов удалось подтвердить судебно-медицинским исследованием ПГСУ (аутопсией), совершённых в провинции Милан (более 3 млн жителей, проживающих в 134 муниципалитетах) в 1990-2009 гг. [22]. Авторы, между тем, отметили трудности при сборе сведений о причинах ПГСУ, особенно при уточнении ПР у преступников и их жертв.

Сведения о ПГСУ в Китае в 2000-2014 гг., также пока во многом основываются на данных, взятых из газетных репортажей центральных изданий страны. Оказалось, что многие паттерны ПГСУ там соответствуют таковым в высокоразвитых странах мира [27]. Исключениями являются способы убийства (холодное оружие – 66%, отравления – 27%) и самоубийства (падение с высоты – 48,3%; отравления – 21,7%), лидерство внесемейных ПГСУ (42%) и убийств членов семьи (39%), против партнеров / супругов (14%), отсутствие ПГСУ из жалости (“mercy killing”) [17]. При этом прослеживались две крайние точки зрения на ПГСУ в

СМИ Китая: либо это ПР (критерий необоснованной жестокости), либо «дьявольская сила». Авторы откровенно пишут об ограничениях своего исследования, указывая малочисленность наблюдений (63 ПГСУ) и неполноту сведений [27]. Исследование ПГСУ, проведённое в Гонконге (Китай) в 1989-1998 гг., подтвердили известные социально-демографические показатели (пол, возраст преступников и их жертв), редкость использования огнестрельного оружия, отсутствие ПГСУ из-за жалости, взятые из прессы. Однако по орудиям убийств и самоубийств, социальным показателям эта выборка отличалась от описанной в газетных репортажах [17].

Другой мотивацией изучения ПГСУ в СМИ является составление портрета этого противоправного акта, особенно описание ПР в прессе. В Англии и Уэльсе удалось найти сведения о 90% ПГСУ (54 из 60), совершённых за три года (2006-2008). Основные акценты в статьях делались на экстремальность агрессии и личной трагедии, убийству уделялось основное место в репортаже с типичными журналистскими стереотипами о личности убийцы, зачастую психически больном человеке и спекуляции о ПР как основной причине трагедии. Определённые сочувственные нотки можно было встретить в статьях о ПГСУ из-за жалости (альтруистические мотивы) и резко интолерантные высказывания про людей с ПР («чокнутый, убивающий не первый раз», «сумасшедший отец, который задушил свою жену и четверых детей, после чего повесился сам»). Несмотря на использование стигматизирующих выражений, в ряде статей отмечалось уменьшение негативных и резких высказываний, касающихся психически больных, включая преступников (убийц), совершивших агрессивные деликты [36].

Данные о ПГСУ могут не раскрываться в СМИ по религиозным мотивам, соображениям стигмы родственников погибших, профессиональной журналистской этике, из-за «тайны следствия» и другим причинам.

Профилактика ПГСУ. Представляет весьма трудную задачу в связи с тем, что преступники и жертвы ПГСУ отличаются от обычных убийц и суицидентов [18, 21, 23, 40]. Это, как правило, лица среднего класса с высшим образованием, семейные люди с детьми, не имеющие судимости, зрелого возраста [13, 26], реже, чем обычные граждане, замеченные в домашнем насилии, не злоупотребляющие ПАВ (алкоголем) [21]. Определённо, есть своя специфика, характерная для той или иной

страны. Например, в Гонконге (Китай) ПГСУ чаще совершали безработные граждане (61,7%), имеющие низкую профессиональную квалификацию и низкий образовательный уровень (76,7% – окончили 9 классов и ниже), социально-экономические проблемы (38,3%). Отсутствие доступа к огнестрельному оружию не помешало им совершить ПГСУ; ПР были выявлены примерно у 30% (депрессивные состояния, психозы). Катализатором преступления явились прекращения сексуальных (семейных) отношений (29,3%), финансовые причины (25,0%) и домашнее неблагополучие (19,6%) [17]. В Швейцарии к факторам, способствующим ПГСУ, относили: свободное хождение огнестрельного оружия, развод с супругой (расставание с любимым человеком), отсутствие гражданства страны проживания, религиозная неопределённость и проживание в переполненных жилищах (хозяйствах), а другие показатели не играли существенной роли [25].

Приведённые примеры убеждают в исследовании ПГСУ в каждой стране (регионе) мира, чтобы определить свои специфические факторы совершения ПГСУ [2, 3, 5]. Можно согласиться с общими рекомендациями по ограничению огнестрельного оружия у населения, контроль за его выдачей психически нездоровым лицам, борьба с преступностью, направленная на сокращение и предупреждение криминальной агрессии (преступлений против здоровья и жизни граждан), включая различные проявления домашнего насилия [4]. Предупреждению ПГСУ может помочь своевременное выявление ПР с суицидальной направленностью (депрессивные состояния, ПР, обусловленные приёмом ПАВ), в первую очередь врачами общей практики (семейными) [43]. К примеру, снижение случаев ПГСУ на протяжении 20 лет в Швеции и США связывают с эффективным лечением депрессий [15]. Качественное оказание психиатрической и геронтологической помощи гражданам, разработка реабилитационных мероприятий другим категориям больных с хроническими заболеваниями (сердечно-сосудистыми, неврологическими, онкологическими и др.), психосоциальная помощь лицам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации (пожилым, многодетным, одиноким и др.), определённо, могут внести свой вклад в сокращение случаев ПГСУ [35, 39]. Такой комплекс превентивных мер можно встретить в зарубежных научных статьях, посвященных ПГСУ.

Закключение.

Таким образом, ПГСУ является самостоятельным и редким видом противоправного поведения, который встречается во многих странах мира [2, 3, 5]. ПГСУ чаще всего касается членов семьи. Этот принцип положен в классификацию самоубийств, совершённых после убийств. Преступниками обычно оказываются мужчины, а жертвами – женщины и дети, первые объективно старше вторых по возрасту [1, 28, 34]. ПГСУ совершается различными орудиями, с преобладанием огнестрельного оружия, в странах, где оно имеется в свободной продаже [6, 32, 37]. ПР (депрессивные состояния) играют заметную роль в совершении ПГСУ [16, 30, 33]. Поэтому профилактика ПГСУ предполагает не только ограничение (запрет) продажи огнестрельного оружия, сокращение числа убийств (различных видов насилия), но и своевременное выявление и лечение психической патологии, включая суицидальное поведение [4, 5, 7].

В России на сегодняшний день проведены единичные исследования ПГСУ, что связано с трудностями сбора информации, отсутствием стройной и единой системы регистрации таких случаев в правоохранительных органах и су-

дебно-медицинских экспертных организациях. Лишь небольшая часть освещается в СМИ и интернете [8, 9, 41]. Эти сообщения, как правило, кратки и весьма произвольно отражают фабулу инцидента. Зачастую отсутствуют указания на время самоубийства после убийства, что имеет порой важное значение для включения / исключения случаев в статистику ПГСУ, не приводятся мотивы, возраст и пол участников (жертв) и их семейные (родственные) взаимосвязи, оружие убийства / самоубийства, психическое состояние каждого фигуранта дела. Всё вышеуказанное затрудняет исследование ПГСУ, изучение эпидемиологических, судебно-психиатрических (медицинских), социально-психологических и криминологических аспектов. Отсутствие стандартизированных репрезентативных и полных сведений о ПГСУ затрудняют сопоставление с другими схожими исследованиями на внутрيريональном (межтерриториальном) и международном уровне. Пока редкое направление ПГСУ на судебно-психиатрическую экспертизу в нашей стране не позволяет в полной мере оценить роль ПР в совершении этого противоправного деяния с несколькими жертвами, а значит разрабатывать меры его профилактики.

Литература:

1. 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.
2. Byard R.W. Murder-Suicide: An Overview. *Forensic Pathology Reviews.* 2005; 3: 337-347.
3. Eliason S. Murder-suicide: a review of the recent literature. *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* 2009; 37 (3): 371-6.
4. 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.
5. Liem M. Homicide followed by suicide: A review. *Aggress. Violent Behav.* 2010; 15 (3): 153-61. doi: 10.1016/j.avb.2009.10.001.
6. 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: 197-215. doi: 10.1007/978-1-4614-0466-8_12.
7. 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): 462-8.
8. Голенков А.В. Постгомицидные самоубийства: описание 5 случаев. *Российский психиатрический журнал.* 2017; 2: 12-6.
9. 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.
10. Горинов В.В. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе / Руководство по судебной психиатрии // Под ред. А.А. Ткаченко. 2-е изд., перераб. и дополн. М.: Юрайт, 2015. Гл. 6. С. 200-209.
11. Golenkov A., Large M., Nielssen O., Tsymbalova A. Homicide and mental disorder in a region with a high homicide rate. *Asian J. Psychiatry.* 2016; 23: 87-92. doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.015.

References:

1. 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.
2. Byard R.W. Murder-Suicide: An Overview. *Forensic Pathology Reviews.* 2005; 3: 337-347.
3. Eliason S. Murder-suicide: a review of the recent literature. *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* 2009; 37 (3): 371-6.
4. 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.
5. Liem M. Homicide followed by suicide: A review. *Aggress. Violent Behav.* 2010; 15 (3): 153-61. doi: 10.1016/j.avb.2009.10.001.
6. 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: 197-215. doi: 10.1007/978-1-4614-0466-8_12.
7. 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): 462-8.
8. Golenkov A.V. Postgomicide suicide: a description of 5 cases. *Russian Psychiatric Journal.* 2017; 2: 12-6. (In Russ)
9. 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)
10. Gorinov V.V. Posthumous forensic psychiatric examination in the criminal process / Manual of Forensic Psychiatry // Ed. A.A. Tkachenko. 2nd ed., Revised. and add. M.: Yurayt, 2015. Ch. 6. P. 200-209. (In Russ)
11. Golenkov A., Large M., Nielssen O., Tsymbalova A. Homicide and mental disorder in a region with a high homicide rate. *Asian J. Psychiatry.* 2016; 23: 87-92. doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.015.

12. Ардашев Р.Г., Китаева В.Н. Судебные психиатрические и психолого-психиатрические экспертизы при расследовании убийств, осложненных суицидом правонарушителей. *Закон и право*. 2013; 8: 86-87.
13. Bossarte R.M., Simon T.R., Barker L. Characteristics of homicide followed by suicide incidents in multiple states, 2003-04. *Inj. Prev.* 2006; 12 (2): 33-38. doi: 10.1136/ip.2006.012807.
14. Logan J., Hill H.A., Black M.L., Crosby A.E., Karch D.L., Barnes J.D., Lubell K.M. Characteristics of perpetrators in homicide-followed-by-suicide incidents: National Violent Death Reporting System – 17 US States, 2003-2005. *Am. J. Epidemiol.* 2008; 168 (9): 1056-1064. doi: 10.1093/aje/kwn213.
15. Regoeczi W.C., Granath S., Issa R., Gilson T., Stump J. Comparing Homicide-Suicides in the United States and Sweden. *J. Forensic Sci.* – 2016; 61 (6): 1524-1530. doi: 10.1111/1556-4029.13194.
16. 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.
17. 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.
18. Liem M., Hengeveld M., Koenraadt F. Domestic homicide followed by parasuicide: a comparison with homicide and parasuicide. *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.* 2009; 53 (5): 497-516. doi: 10.1177/0306624X09334646.
19. Marzuk P.M., Tardiff K., Hirsch C.S. The epidemiology of murder-suicide. *AMA*. 1992; 267 (23): 3179-3183.
20. Roberts K., Wassenaar D., Canetto S.S., Pillay A. Homicide-suicide in Durban, South Africa. *J. Interpers Violence*. 2010; 25 (5): 877-899. doi: 10.1177/0886260509336964.
21. Panczak R., Geissbilhler M., Zwahlen M., Killias M., Tal K., Egger M. Homicide-suicides compared to homicides and suicides: systematic review and meta-analysis. *Forensic Sci. Int.* 2013; 233 (1-3): 28-36. doi: 10.1016/j.forsciint.2013.08.017.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. Panczak R., Zwahlen M., Spoerri A., Tal K., Killias M., Egger M. Incidence and risk factors of homicide-suicide in Swiss households: National Cohort study. *PLoS One*. 2013; 8 (1): 53714. doi.org/10.1371/journal.pone.0053714.
26. 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.
27. 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.
28. Stack S. Homicide followed by suicide: An analysis of Chicago data. *Criminology*. 1997; 35 (3): 435-453.
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. Dogan K.H., Demirci S., Gunaydin G., Buken B. Homicide-suicide in Konya, Turkey between 2000 and 2007. *J. Forensic Sci.* 2010; 55 (1): 110-115. doi: 10.1111/j.1556-4029.2009.01239.x.
32. Liem M., Barber C., Markwalder N., Killias M., Nieuwebeerta P. Homicide-suicide and other violent deaths: an international comparison. *Forensic Sci. Int.* 2011; 207 (1-3): 70-76. doi: 10.1080/14789940802364369.
12. Ardashev R.G., Kitaeva V.N. Forensic psychiatric and psychopsychiatric examinations in the investigation of murders complicated by suicide of offenders. *Law and Law*. 2013; 8: 86-87. (In Russ)
13. Bossarte R.M., Simon T.R., Barker L. Characteristics of homicide followed by suicide incidents in multiple states, 2003-04. *Inj. Prev.* 2006; 12 (2): 33-38. doi: 10.1136/ip.2006.012807.
14. Logan J., Hill H.A., Black M.L., Crosby A.E., Karch D.L., Barnes J.D., Lubell K.M. Characteristics of perpetrators in homicide-followed-by-suicide incidents: National Violent Death Reporting System – 17 US States, 2003-2005. *Am. J. Epidemiol.* 2008; 168 (9): 1056-1064. doi: 10.1093/aje/kwn213.
15. Regoeczi W.C., Granath S., Issa R., Gilson T., Stump J. Comparing Homicide-Suicides in the United States and Sweden. *J. Forensic Sci.* – 2016; 61 (6): 1524-1530. doi: 10.1111/1556-4029.13194.
16. 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.
17. 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.
18. Liem M., Hengeveld M., Koenraadt F. Domestic homicide followed by parasuicide: a comparison with homicide and parasuicide. *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.* 2009; 53 (5): 497-516. doi: 10.1177/0306624X09334646.
19. Marzuk P.M., Tardiff K., Hirsch C.S. The epidemiology of murder-suicide. *AMA*. 1992; 267 (23): 3179-3183.
20. Roberts K., Wassenaar D., Canetto S.S., Pillay A. Homicide-suicide in Durban, South Africa. *J. Interpers Violence*. 2010; 25 (5): 877-899. doi: 10.1177/0886260509336964.
21. Panczak R., Geissbilhler M., Zwahlen M., Killias M., Tal K., Egger M. Homicide-suicides compared to homicides and suicides: systematic review and meta-analysis. *Forensic Sci. Int.* 2013; 233 (1-3): 28-36. doi: 10.1016/j.forsciint.2013.08.017.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. Panczak R., Zwahlen M., Spoerri A., Tal K., Killias M., Egger M. Incidence and risk factors of homicide-suicide in Swiss households: National Cohort study. *PLoS One*. 2013; 8 (1): 53714. doi.org/10.1371/journal.pone.0053714.
26. 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.
27. 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.
28. Stack S. Homicide followed by suicide: An analysis of Chicago data. *Criminology*. 1997; 35 (3): 435-453.
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. Dogan K.H., Demirci S., Gunaydin G., Buken B. Homicide-suicide in Konya, Turkey between 2000 and 2007. *J. Forensic Sci.* 2010; 55 (1): 110-115. doi: 10.1111/j.1556-4029.2009.01239.x.
32. Liem M., Barber C., Markwalder N., Killias M., Nieuwebeerta P. Homicide-suicide and other violent deaths: an international comparison. *Forensic Sci. Int.* 2011; 207 (1-3): 70-76. doi: 10.1080/14789940802364369.

33. Coid J. The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide. *Psychol. Med.* 1983; 13 (4): 855-860.
34. Regoeczi W.C., Gilson T. Homicide-Suicide in Cuyahoga County, Ohio, 1991-2016. *J. Forensic Sci.* 2018; 8. doi: 10.1111/1556-4029.
35. Salari S. Patterns of intimate partner homicide suicide in later life: strategies for prevention. *Clin. Interv Aging.* 2007; 2 (3): 441-452.
36. Flynn S., Gask L., Shaw J. Newspaper reporting of homicide-suicide and mental illness. *B.J. Psych. Bull.* 2015; 39 (6): 268-72. doi: 10.1192/pb.bp.114.049676.
37. Lecomte D., Fornes P. Homicide followed by suicide: Paris and its suburbs, 1991-1996. *J. Forensic. Sci.* 1998; 43 (4): 760-764.
38. Satoh F., Osawa M. Trend of homicide-suicide in Kanagawa Prefecture (Japan): Comparison with western countries. *Med. Sci. Law.* 2016; Oct. 3. pii: 0025802416668769. – doi: 10.1177/0025802416668769.
39. 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.
40. Liem M., Nieuwbeerta 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.
41. Голеньков А.В. Гибель медицинских работников от рук больных (психиатрический аспект). *Медицинская сестра.* 2018; 20 (1): 20-23. doi: 10.29296/25879979-2018-01-06.
42. 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.forsciint.2011.06.022.
43. Bell C.C., McBride D.F. Commentary: Homicide-suicide in older adults – cultural and contextual perspectives. *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 2010; 38 (3): 312-317.
33. Coid J. The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide. *Psychol. Med.* 1983; 13 (4): 855-860.
34. Regoeczi W.C., Gilson T. Homicide-Suicide in Cuyahoga County, Ohio, 1991-2016. *J. Forensic Sci.* 2018; 8. doi: 10.1111/1556-4029.
35. Salari S. Patterns of intimate partner homicide suicide in later life: strategies for prevention. *Clin. Interv Aging.* 2007; 2 (3): 441-452.
36. Flynn S., Gask L., Shaw J. Newspaper reporting of homicide-suicide and mental illness. *B.J. Psych. Bull.* 2015; 39 (6): 268-72. doi: 10.1192/pb.bp.114.049676.
37. Lecomte D., Fornes P. Homicide followed by suicide: Paris and its suburbs, 1991-1996. *J. Forensic. Sci.* 1998; 43 (4): 760-764.
38. Satoh F., Osawa M. Trend of homicide-suicide in Kanagawa Prefecture (Japan): Comparison with western countries. *Med. Sci. Law.* 2016; Oct. 3. pii: 0025802416668769. – doi: 10.1177/0025802416668769.
39. 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.
40. Liem M., Nieuwbeerta 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.
41. 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)
42. 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.forsciint.2011.06.022.
43. Bell C.C., McBride D.F. Commentary: Homicide-suicide in older adults – cultural and contextual perspectives. *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 2010; 38 (3): 312-317.

POST-HOMICIDE SUICIDES: REVIEW OF LITERATURE

A.V. Golenkov

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

Abstract:

Suicide committed after the homicide, is a brutal form of aggressive behavior that is rarely observed in everyday life. In our opinion, in Russian, the term "post-homicide suicides" (PHS) is concise and inclusive. The present review of the literature is aimed at examining the main results of foreign research on PHS. Criteria for typology of PHS has been fluctuating over a wide time frame (hours and months), there is also a reasonable proposal to take into account the causal relationship between homicide and subsequent suicide. Spousal (intimate partner) PHS are the most common (40-70% of all cases), filicide-suicide (2.9-36%), familicide-suicide (2-31.9%) and extra-familial (2.9-40%) PHS. Prevalence of PHS in different countries of the world ranges from 0.4 to 8.9 cases per 1 million inhabitants. In Chuvashia (a region of Russia), the cases of PHS range from 1 to 6 (on average – 4.2±2.0 cases per year) or from 0,8 to 4,84 (on average – 3.33 cases) per 1 million inhabitants. Most research results would include the following as motives of the PHS - pathological jealousy (amorous jealousy), stress, "mercy killing" or altruistic were discussed; often (in 25-50%) it is not possible to identify motives. Mental disorders (MD) are seen as an important cause of PHS, ranging from 3 to 100%. Depressive states were markedly leading (from 8.6 to 87%), as well as many comorbid conditions, MD, caused by the intake of psychoactive substances and various forms of suicidal behavior (thoughts, attempts, self-harm) – in the anamnesis (from 2.6 to 51%). PHS was significantly more often performed by males (75-91.4% of cases). Victims, on the contrary, were more often females and children (50-83%). The age of the offenders was regularly older than the age of the victims. The weapon of homicides and suicides in most countries was firearms. It is acceptable to study PHS in the mass media. Prevention of PHS is a very difficult task due to the fact that criminals and victims of PHS are different from homicide-only and suicide-only cases. These aspects persuade the study of PHS in each country (region) of the world in order to determine its specific factors in the execution of PHS and develop measures for its prevention.

Keywords: post-homicide suicides (suicides committed after the homicide), mental disorders, epidemiology, factors, prevention

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Голеньков А.В. Постгомицидные самоубийства. *Суицидология.* 2018; 9 (3): 3-15. doi: https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-3-15

For citation: 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

КОМПЛЕКСНАЯ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ, КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ) ОЦЕНКА ПАРАСУИЦИДОВ КАК ПРИЧИН ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЕ БОЛЬНИЦЫ

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов, А.Н. Куликов и коллектив соавторов

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

Контактная информация:

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

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (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: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Куликов Алексей Николаевич (SPIN: 7472-5036; Researcher ID: N-5302-2018; ORCID iD: 0000-0001-7963-7001). Место работы и должность: 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: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Тел: (495) 963-75-72, электронный адрес: aleks144@hotmail.com

Астахова Лариса Викторовна – заведующая отделением ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница № 7» Адрес: Россия, 350087, г. Краснодар, пос. Российский, ул. 16 Полевой участок, 11. Телефон: (861) 228-78-81, электронный адрес: ghostja@yandex.ru

Бачило Егор Вячеславович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: специалист Центра психического здоровья и неврологии «Сфера». Адрес: Россия, г. Саратов, ул. Бахметьевская, 10. Телефон: (917) 213-09-43, электронный адрес: egor.bachilo@mail.ru

Букин Сергей Иванович – заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология». Адрес: 230003, Республика Беларусь, г. Гродно, ул. Обухова, д. 15. Телефон: +375 (152) 60-19-71, электронный адрес: s.bukin.grodno@gmail.com

Винокурова Анна Сергеевна – заместитель главного врача по медицинской части ОГБУЗ «Ангарская областная психиатрическая больница». Адрес: Россия, 665806, г. Ангарск, квартал 120, д. 15. Телефон: (3955) 51-34-06, электронный адрес: magpb@irmail.ru

Гринченко Олег Николаевич – заместитель главного врача по медицинской части БУ ХМАО – Югры «Нижевартовская психоневрологическая больница». Адрес: Россия, г. Нижневартовск, ул. Интернациональная, 39 В. Телефон: (932) 431-60-93, электронный адрес: grinchenko.oleg@mail.ru

Ивашиненко Дмитрий Михайлович – кандидат медицинских наук, доцент. Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Медицинского института ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет». Адрес: Россия, г. Тула, пр. Ленина, 92. Телефон: (920) 271-17-62, электронный адрес: divashinenko@mail.ru

Конопленко Эльвира Расимовна – заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая психиатрическая больница», главный внештатный специалист психиатр МЗ Архангельской области. Адрес: Россия, 163530, Архангельская область, Приморский р-н, пос. Талаги, 31. Электронный адрес: elvir2@yandex.ru

Сахаров Анатолий Васильевич – доктор медицинских наук, доцент (ORCID iD: 0000-0001-8835-6607; Researcher ID: N-4261-2016). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ. Адрес: Россия, 672000, г. Чита, ул. Горького, 39А. Электронный адрес: sawt@list.ru

Сердюк Олег Викторович – главный врач ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», главный психиатр МЗ Свердловской области. Адрес: Россия, 620030, г. Екатеринбург, ул. Сибирский тракт, 8 км. Электронный адрес: orb-public@mis66.ru

Парасуициды (попытки самоубийства и самоповреждения) или ПС связаны со значительной болезненностью и служат основным предиктором самоубийства. Профилактика (П) – приоритетное направление общественного здравоохранения. Цель первого международного (российско-белорусского) многоцентрового проспективного исследования – многоуровневая (эпидемиологическая, клиническая, социальная и экономическая)

оценка госпитализированных в соматические больницы после ПС. Материал и методы. Исследование охватило 110 больничных пациентов (57,3% женщин) из 10 городов. Средний возраст мужчин и женщин – 34,07±10,07 (17-62) и 36,58±16,23 (12-74 лет соответственно). Все оценены психиатром в первые дни госпитализации. Анализ затрат (в руб. 2016 г.) включил медицинские и социальные издержки ПС в бюджете больницы (%) и на федеральном уровне. Медицинские расходы рассчитаны через страховое покрытие завершённого случая, социальные издержки – с привлечением подхода социального капитала. Результаты. Предикторы ПС и факторы риска включили ряд демографических, клинических (например, депрессивные симптомы) и связанных с медицинской и социальной поддержкой переменных. Каждый четвертый ПС – повторный. Особенностями парасуицидента служат молодой и средний возраст, отсутствие семьи и работы, психиатрическая и суицидальная история, злоупотребление спиртным. Большинство ПС (>80%) совершены с помощью психотропных препаратов. Наиболее часты (>1/3) конфликты с близкими. Смертность ПС высока (2%). Доля депрессивных расстройств (F.32) у менее 3% пациентов, но реакции дезадаптации (F43.2) у 29,9%. До 40% ПС совершены в алкогольном опьянении. Риск суицида в ближайшие 24-48 часов постсуицидального периода оценён высоким у 22,7% пациентов. Затраты на лечение ПС составляют 1% месячного бюджета больниц, объектов исследования. Учитывая минимальный уровень ПС с тяжелыми медицинскими последствиями (44 на 100000 населения), медицинские и общие (+ социальные) расходы соответствуют 1559553996 и 2059695083 руб., или 0,04% бюджета здравоохранения и 0,002% ВВП соответственно. Расходы на эпизод ПС (около 2000 долларов США) сопоставимы с расходами в других экономически развитых странах. Выводы. Типовыми недостатками медицинской и психиатрической помощи являются малая преемственность, недостаточное развитие альтернативных психиатрическим услуг и служб (как кризисный стационар многопрофильной больницы); недодиагностика депрессивных расстройств и неадекватная фармакотерапия. ПС сопряжены с объективизированным финансовым бременем. Предотвращение ПС в группах риска, как совершивших повторные ПС и / или выбравших brutальные методы ПС, может быть затратно эффективным. Дальнейшие исследования уточнят и стандартизируют эпидемиологию ПС на местном и государственном уровнях, оценят потенциал ресурсосбережения лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: парасуициды, эпидемиология, клиническая картина, медицинские издержки, социальные издержки

«Бритва врезается в тело, реки глубоки, кислота разъедает кожу, наркотики вызывают судороги, оружие незаконно, верёвка рвётся, запах газа невыносим, поэтому стоит жить!».

*Из фильма «Прерванная жизнь» (США, 1999)
по одноименной книге Сюзанны Кейсен*

Широкий спектр разнородных умышленных самоповреждений охватывает суицидальное и несуйцидальное поведение. ВОЗ традиционно рассматривает умышленные самоповреждения (самоотравления) вне связи с риском смерти [1], объединив «истинные» суицидальные попытки (потенциально жизнеопасные самоповреждения с намерением умереть [2, 3]) с заведомо несмертельными самоповреждениями («призыв о помощи», манипулятивное поведение) для разрешения («побега») психотравмирующей ситуации или снятия психического напряжения, облегчения психалгии, болезненного бесчувствия под общим ярлыком парасуицидов (ПС) [4]. ПС в анамнезе – сильнейший предиктор суицида в населении и отдельных группах риска [1]: поведение в прошлом – прелюд такового в будущем при снижении порога страха смерти и боли как защитного фактора. Не менее 40% жертв суицида совершали повторные самоповреждения [цит. по 5]. Так, за пять лет после ПС с тяжелыми медицинскими последствиями каждый второй совершил смертельную или одну и более не-

смертельную попытки [6]. ПС сопряжены с медицинскими, социальными и «неуловимыми» издержками [1, 7].

Результаты целостного анализа ПС как биопсихосоциального феномена служат научно доказательным обоснованием для разработки и оценки государственных и местных антикризисных программ [8, 9].

ВОЗ не собирает регулярно информации о ПС, но получает её посредством Всемирных опросов по психическому здоровью. Поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору за факторами риска хронических заболеваний (STEPS) включил и сведения о ПС. В ряде стран (как США и Швеция) регистрируют ПС, требующие медицинской помощи, на государственном уровне.

По приказу МЗ РФ от 31.12.2002 № 420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений», психиатр фиксирует суицидальные попытки в «Карте обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью» (учётная форма № 030-1/у-02). При определённых усилиях и подвижках организации анализа и учёта ПС на региональном уровне [10, 11, О.И. Боев¹] недостаточно

¹Боев И.О. Комплексная программа профилактики суицидального поведения. Система регистрации суицидальных попыток в Ставропольском крае. 2018 Выступление на VII Национальном конгрессе по социальной психиатрии и

известно о распространённости и способах ПС (суицидальных попыток) с тяжёлыми медицинскими последствиями, социо - демографических и клинических характеристиках пациентов, «рутинной» медицинской и психиатрической помощи до и после ПС, их социально-экономическом бремени.

Цель первого международного (российско-белорусского) многоцентрового проспективного параллельного «поперечного» исследования – многоуровневая (эпидемиологическая, клиничко-социальная, экономическая) оценка госпитализированных в многопрофильные больницы в связи с ПС.

Задачи: определить 1) распространённость ПС с тяжёлыми медицинскими последствиями, исходя из зон обслуживания больниц; 2) социо-демографические, 3) клиничко - диагностические (по МКБ-10) характеристики пациентов с выделением групп наибольшего риска ПС; 4) соматическую болезненность пациентов; 5) особенности суицидального (самоповреждающего) поведения («спусковой крючок», способ ПС, обстоятельства совершения, повторность); 6) пути оказания медицинской и/или психиатрической помощи до и после индекс-госпитализации; 7) исходы ПС; 8) бремя медицинских и социальных затрат в связи с последствиями ПС; 9) типовые препятствия и резервы антикризисной помощи, включая многопрофильный стационар.

Материалы и методы.

Исследование охватило 10 городских больниц скорой медицинской помощи (города по алфавиту) Ангарска (9 пациентов), Архангельска (n=7), Гродно, Беларусь (n=7), Екатеринбург (n=15), Краснодара (n=20), Нижневартовска (n=10), Саратова (n=1), Тулы (n=15), Тюмени (n=15), Читы (n=11), с зонами обслуживания 200000 (Ангарск) – 300000 человек (Нижневартовск, Чита). Избраны регионы РФ и бывшая республика СССР с различными уровнями доступности, развитости и финансирования медицинской и специализированной (психиатрической, кризисной) помощи.

Широкий терминологический подход ВОЗ допустим в связи с кризисными условиями формирования выборок: недостатком времени и возможностей для полноценного клинического (суицидологического) анализа и диагноза и объективных данных. Так, В.С. Ефремов [12] к ПС отнёс самоповреждения с неопределёнными субъектом и/или специалистом мотива-

ми. В практике бригад скорой помощи обычно сложности диагностики суицидальной попытки с формально схожими ситуациями – несчастными случаями, повреждениями с неопределёнными намерениями, покушениями на убийство [13]. «Намеренное самоповреждение» включает самоотравление (МКБ Х60-Х69), самотравмирование (самопорез) безотносительно очевидности цели поступка. В приёмном отделении самоповреждения маскированы и как случайная «кривая рана». Условия неотложной помощи в многопрофильной больнице затрудняют выявление суицидального самоповреждения [7].

Критерии включения: госпитализированный (поступивший из приёмного покоя) в течение произвольно избранного месяца (01-30 апреля 2016 г.) любого возраста в связи с ПС. Включённые в исследование добровольно заполнили свободную форму информированного согласия в первые дни пребывания в отделении по состоянию.

Критерии исключения при оценке самоповреждения как намеренного: нет.

При формально сходных социо - демографических и клинических характеристиках пациенты больничных выборок рассмотрены суммарно: 110 человек (47 мужчин и 63 женщин).

Шкала депрессии Бека (≥ 10 баллов) указала возможную депрессию и была основанием (в идеале) углублённого психиатрического обследования.

Не только клинические факторы, но намерение – важный фактор риска рецидива ПС и смерти [цит. по 5]. Импульсивность оценена по длительности интервала между решением совершить ПС и реализацией замысла [14]. Суицидальное намерение (определённое, амбивалентно-импульсивное) – важный фактор риска рецидива ПС [цит. по 5].

Оценка тяжести медицинских последствий ПС основана на физическом состоянии пациента, объёме и типе интенсивной и последующей лечебно-реабилитационной помощи. «Серьёзность» самоповреждения, означающего дальнейшую диагностику и наблюдение, определена скрининговым опросником PATHOS [15]: Ваши проблемы (психотравмы) свыше месяца? Были ли Вы один при самоповреждении (самоотравлении). Планировали ли самоповреждение более 3 часов? Безнадежность в отношении будущего. Были ли подавлены перед попыткой? Ответы дихотомичны «Да / нет». Два и более «да» указывают группу риска.

наркологии «Стратегические направления охраны и укрепления общественного психического здоровья» (Тюмень, 23-25 мая 2018 г.).

Смертность ПС оценена [цит. по 7] по 4-х балльной шкале: 0 баллов – риска для жизни нет; 1 – 25% риск смерти без медицинской помощи; 2 – 50% риск; 3 – 75% риск; 4 – 100% риск. Показатель ≥ 2 баллов означает высокий уровень летальности ПС. Учтены: оценка лечащим врачом физического состояния пациента, количества и типа лекарств и процедур (эндотрахеальная интубация, искусственная вентиляция легких (ИВЛ) и трахеотомия, гемодиализ, длительность госпитализации).

Стоимостный анализ: медицинские затраты. Стационары финансируются Фондом обязательного медицинского страхования (ОМС), согласно расценкам на медицинские услуги региональной программы государственных гарантий в 2016 г. [16]: средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи составили на вызов скорой медицинской помощи – 1747,7 руб.; на случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях) – 22815,3 руб.

Для сравнения: в Нижневартовске стоимость вызова бригады скорой помощи / дежурного психиатра и койко-дня в больнице (отделении) – 5875,2 и 3900 руб. соответственно.

Социальные потери, исходя из подхода «человеческий капитал», определены величиной внутреннего валового продукта РФ на душу населения в 2016 г.: 472161,9 руб., или 1290 руб. в день (в 2016 г. – 366 дней). Показатель исчислен с расчётом на все население страны, но стоимостный анализ во избежание «двойного счёта» охватил лиц трудоспособного возраста (≥ 16 лет), не инвалидов, с включением учащих (вклад последних в ВВП отставлен).

Экономическое бремя («цена») ПС на федеральном уровне определено «снизу вверх» (усредненные затраты на «случай» ПС умножены на количество больных гипотетической когорты нанесших самоповреждения) и как доли (%) бюджета больниц-субъектов исследования, здравоохранения и суммарных (+ социальные) ВВП страны.

Исследовательская группа соавторов составила и заполнила полуструктурированный опросник с ключевыми сферами: оценка повседневной помощи «парасуицидентам», препятствия эффективной помощи, необходимые изменения.

Результаты и обсуждение.

Эпидемиологический анализ. С учётом усреднённой зоны обслуживания больницы (300000 населения) и количества эпизодов ПС за месяц ($n=11$), уровень ПС в РФ с требую-

щими больничной помощи медицинскими последствиями – 44 (здесь и далее на 100000 населения) при уровне суицидов в РФ (2016 г.) 15,4 (соотношение 3:1).

Для сравнения, в 1996 г. в Москве (увы, последнее на сегодня исследование ПС в столице), по данным бригад скорой помощи, уровень ПС 344 [17] при уровне суицидов 8,8 (соотношение 40:1, наибольшее в отечественных работах). Уровень ПС в Иркутске в 2005-2007 гг., по данным городской станции скорой и неотложной помощи, областного токсикологического центра и клинической психиатрической больницы составил 197-210 при соотношении с суицидами 6-7,5:1 [10]. В 2012-2017 гг., по данным суицидологического регистра, уровень ПС в Тюменской области (Тюмень – участница настоящего исследования) составил 36 при усреднённом уровне суицидов около 12; соотношение 3:1 [11]. Признаком совершенствования суицидологического регистра названо увеличение соотношения суицид / суицидальная попытка, чему способствует и уменьшение зафиксированных суицидов. В другом «относительно благополучном в аспекте суицидального поведения» регионе РФ, в Ставропольском крае, при участии 90% краевых медицинских организаций в информационной системе уровень ПС около 20 при соотношении с суицидами 2:1 в 2014-2017 гг. (Боев О.И., 2018).

Международная статистика указывает пределы уровней ПС 2,6-4200 [18], в развитых странах – 300-800 [19]. По современным данным ВОЗ [20], усредненный уровень ПС в развитых странах – 400.

Широкий разброс уровней ПС не столь свидетельствует о «драматизме» ситуации в регионах (странах), как о различии количества и качества информации. Априорно малая часть ПС с медицинскими последствиями и/или на фоне выраженного психического расстройства в поле официальной статистики: «феномен айсберга», надводная часть коего относится к подводной как 1:10-20 [1, 17, 19]. В странах образцовой статистики доли «опасного с медицинской точки зрения суицидального поведения» 4% (в Ирландии) – 18% (в бельгийской Фландрии) [1] от всех ПС.

Принимая «консервативное» соотношение суицидальных попыток к суицидам 1:10 и попытки приравнивая к ПС, получаем усредненный гипотетический уровень ПС 154 в РФ в год исследования (многократно менее данных международной статистики); причем треть ПС – с тяжелыми медицинскими (требующими

больничной помощи) последствиями. Допуская занижение официального уровня суицида на 50% [21] реальный уровень суицидов в РФ – 23,1 и не менее 231 – ПС, близко к нижнему полюсу данных литературы.

Социально-демографическая характеристика пациентов. Соотношение мужчин и женщин в совокупной выборке ($n=110$) 0,74:1, или на 3 мужчины пришлось 4 женщины. Многоцентровое международное изучение ВОЗ намеренных самоповреждений (1979 г.) указало почти двукратное преобладание женщин (0,6:10) [цит. по 19], ВОЗ / Евро многоцентровое изучение ПС [22] также указало большую частоту «женских ПС». Возможно, самые тяжелые с медицинской позиции ПС совершают мужчины и женщины в равной мере при большей частоте «легких» («женских») ПС. При этом соотношение суицидов мужчин и женщин в РФ 5-6:1, но в группе пожилых суицидентов, отличающихся серьезностью намерений убить себя около 1:1 [цит. по 23] с преобладанием женщин в возрастной субпопуляции РФ ≥ 60 лет в 1,5-2,5 раз (здесь и далее: сайт Росстата gks.ru).

Средний возраст мужчин $34,07 \pm 10,07$ (17-62), женщин – $36,58 \pm 16,23$ (12-74) лет, на 10 лет моложе жертв суицида в РФ (42 и 44 года соответственно). Пик суицидальных попыток приходится на 15-24 летних женщин, первые самоповреждения чаще до 20 лет [10, 18, 20, 24]. В нашей выборке младше 25 каждый пятый (22,7%), среди женщин – четверть (25,4%).

Большинство (77,3%) госпитализированных трудоспособного возраста: 97,8% мужчин и 61,9% женщин. Несовершеннолетних (подростков) менее 3%, что объяснимо относительно легкими последствиями ПС в этом возрасте, обычно импульсивных [25], и возрастным цензом госпитализаций в ряде больниц, включенных в исследование. Малая часть (4,5%) пожилых (≥ 60 лет) указывает на высокий индекс летальности ПС в этой возрастной группе [23].

Образование высшее / незаконченное высшее у 30,2% женщин и 19% мужчин, суммарно у 28,2%; сходно (27,4%) с общим населением; среднее или среднее специальное у 31,8 и 44,5% соответственно, суммарно 40,9% (в населении 55,5%).

Низкий образовательный уровень, фактор риска суицидального поведения в ранних исследованиях, служит и защитным фактором [цит. по 5]. «Образованный» якобы тщательно подбирает способ и план суицида.

Трудоспособность. Работал лишь каждый третий: 38% мужчин и 34% женщин (не из-

вестно соответствие занятости уровню и профилю образования). Безработный – каждый второй (47,1%), тогда как в общем населении РФ 5,5% (официальные цифры отражают обращение в Центр занятости населения). Безработица и низкая квалификация полагаются факторами риска ПС [цит. по 5]. Не менее 10% инвалидов по болезни: 11,1 и 14,9% мужчин и женщин соответственно, как и в общем населении. Ограничение функционирования, зачастую усугубляемое (вызываемое) хроническим болевым синдромом – типовой фактор риска суицидального поведения [цит. по 5].

Семейное положение. Большая часть пациентов не завела семьи: 36,2% мужчин и 27% женщин жили с родителями; одиноки 21,3 и 3,2% соответственно. Сравним: 43% мужчин и 59% женщин в РФ не состоят в официальном браке. Большая доля одиноких не объяснена молодостью выборки; сходные данные во всех возрастных выборках, совершивших ПС [10, 22]. У 57,1% женщин и 36,2% мужчин дети, у 61,1 и 64,7% – несовершеннолетние. Дисфункциональная семья не служит антисуицидальным барьером, но источником суицидогенного кризиса [5]. Дети не препятствуют суицидальному поведению на поздних стадиях суицидогенеза, но сами в зоне опасности расширенного суицида.

Почти все (98%) пациенты из зон обслуживания больниц, горожане (87%). Никому не отказано в госпитализации, что указывает тяжесть ПС. По отечественным и иностранным данным, менее $\frac{1}{4}$ ПС требуют медпомощи, при самоотравлениях $< \frac{1}{4}$ госпитализированы [цит. по 7]. В Москве амбулаторную помощь после ПС в 1996 г. оказали каждому десятому [17].

Клинические характеристики пациентов.

Сопутствующие сомато-неврологические болезни у 10,6% мужчин и 34,9% женщин (81,8% последних страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями). При этом, по данным МЗ РФ, у 40% россиян хронические болезни. В списке болезней парасуицидентов бронхит, гастрит, гепатит, болезни позвоночника, мужчина-носитель ВИЧ. Лишь одна женщина страдала онкологическим заболеванием. Не отмечены хронический болевой синдром и/или существенное ограничение повседневной деятельности, недавний диагноз тяжелой болезни как типовые суицидогенные факторы [5]. Регулярно лечились 7,9% женщин и 4,3% мужчин. Недостаточное лечение и уклонение от него (вариант хронического суицида) – факторы риска суицидального поведения [5].

В объединённой выборке под наблюдением ПНД каждый третий (31,8%): 44,7% мужчин и 22,2% женщин; чаще динамическом (62,5 и 80% соответственно), что указывает на тяжесть их состояния. Более 1/3 суицидентов-россиян обращались к психиатру в течение года до суицидальной попытки [26], что не означает само по себе эффективной и / или систематической помощи. Так, нерегулярно посещали психиатра все мужчины и около 60% женщин. По иным отечественным данным, до 85% совершивших ПС ранее к психиатру не обращались [27, 28, 29]. Можно полагать, что особая выборка совершивших тяжёлые ПС в прошлом и / или настоящем оказывается чаще в поле зрения психиатра в процессе / после медицинской помощи. Однако и среди зарегистрированных психически больных проблематичен учёт суицидального (самоповреждающего) поведения. Соотношение суицидов к суицидальным попыткам психически больных в РФ (2013) – 1 : 3 [здесь и далее цит. по 30]. Доля совершивших ПС менее 0,1% психиатрического контингента (как и в общем населении), что подчеркивает пробелы статистических данных и редкость суицидального поведения в любой (возрастной, клинической) группе населения. Так, доля суицидов психически больных в массиве суицидентов в РФ 4% [30].

Ни один совершивший ПС в изучаемой выборке и наблюдаемый в ПНД не диагностирован как страдающий аффективным и/или личностными расстройствами, определяющими, по данным литературы, не менее 60% ПС [5]. Злоупотребляли спиртным 34% мужчин и 11,1% женщин (30-40% россиян употребляют алкоголь с медико-социальными последствиями, по данным Росстата).

Эпизоды физического и / или словесного агрессивного поведения в анамнезе у 8,6% мужчин, двое из них отбывали наказание в связи с насилием. У двух женщин – эпизоды вербальной агрессии.

Суицидальный анамнез. Совершали 2-4 ПС 39,5% мужчин и 15,8% женщин; суммарно 24,5%, или каждый четвертый.

Способы ПС в анамнезе. Самопорезы нанесли 54,5% мужчин и 38,5% женщин, самоотравления (лекарствами – в 90%) у 27,3 и 69,2% соответственно, самоповешение совершил один мужчина.

Двое мужчин направлены в многопрофильные больницы, всем рекомендовано наблюдение в ПНД; 1 женщина – к наркологу, в ПБ 3 мужчины и женщина с диагнозами шизофрении и алкогольная зависимость (половина

– недобровольно). Для одного мужчины госпитализация – первая. Итак, более 1/2 (54,5%) совершивших ПС ранее направлены к психиатру и / или получили (стационарную) психиатрическую помощь вслед ПС в анамнезе.

Повторные ПС за последний год у половины (51,8%) пациентов с ПС в анамнезе; в течение полугода до настоящей госпитализации у 29,4% мужчин и 40% женщин, совершивших ранее ПС. Среди лиц с повторными ПС в течение года наблюдались в ПНД 55,5% мужчин и 60% женщин, то есть более 1/2. Они же отравились психотропными препаратами, повторив способ отравления избранным одной дозы препаратом или расширив набор лекарств.

Пример. Бобыль 27 лет, инвалид по психическому расстройству (шизофрения) после самоотравления клозапином (азалептином) сбежал из реанимационного отделения, отравился спустя 3 месяца дома азалептином + тригексифенидилом (циклололом) на фоне «энергетика», был в коме. Переведён в ПБ.

Наблюдение ПНД охватило пациентов с наибольшим риском рецидива ПС, но не предотвратило его.

Семейная история. ПС отмечены в семьях 8,5% мужчин и 4,8% женщин. Злоупотребление спиртным (возможный «фасад» аффективных расстройств) у 7,3%; лечены психиатром близкие 10% пациентов. Ранние детские травмы (развод / смерть родителей), девиантное поведение в детстве у 5% пациентов.

ПС, повлекшие данную госпитализацию.

Актуальное неблагоприятное жизненное событие. Психотравмы менее месяца перед ПС (острые) отметил каждый второй (53,5%) пациент; большинство (76,7%) планировали ПС менее трёх часов; ощущая подавленность перед ПС (83,7%), безнадёжность (30,2%), по шкале PATOS.

Половина ПС «не запланирована» [31]. Совершавшие такие попытки обычно не таят намерение, не стремятся к смерти, что не исключает тяжести последствий каждого четвёртого ПС (24%) [14].

Мотивы (личностные побуждения, определяющие ПС) сами по себе не определяют намерение и риск смерти. Коэффициент летальности, отношение числа самоубийств и суицидальных попыток, указывая выраженность намерений, наибольший при тяжкой мучительной болезни, потере близкого (якобы, 4), одиночестве (3), на порядок ниже – при «несчастной любви» (0,5) [32].

Более трети пациентов (36,2% мужчин и 39,7% женщин) сообщили о лично - семейных конфликтах (ссорах с близкими), со-

гласно представлениям о микросоциальном конфликте [2]. Сходны данные (40%) 10-летнего анализа ПС, потребовавших госпитализации в Чите [33]. ПС связывали с материальными трудностями 3,6% пациентов, 6,4% мужчин – со смертью / тяжелой болезнью близкого; унижением (1 мужчина).

Темы одиночества и / или депрессивные (антивитальные) переживания («скуки», «тупика» «потери смысла жизни», «усталости, безысходности») озвучены каждым пятым (21,8%) пациентом, но не «поводом» к ПС: «устал от пустоты жизни», «безысходность, бессмысленность существования», «тупик». Так и 18,2% читинцев сообщали о «депрессии». Пятеро (4,5%) «ничего не помнили» о ПС и поводах к ним, возможно, в связи с вытеснением психотравмы или осложнённым (после комы) постсуицидом.

Способы ПС: чаще самоотравления (46,8 и 69,8% мужчин и женщин, суммарно – более 1/2 пациентов); самопорезы рук, живота у 19,1 и 14,3% соответственно, самоповешение трёх (6,4%) мужчин. Женщина по имени Катерина бросилась с обрыва в реку на глазах бдительных прохожих. Данные сходны с имеющимися в литературе: >3/4 ПС посредством самоотравлений, обычно лекарственными; нанесение самоповреждений – у > 1/5. На повешение, падение с высоты, под транспорт пришлось <2% [10, 19]. Не соблюдено традиционное половое распределение методов ПС, показанное в ходе многолетних наблюдений, как в Иркутске [10] и Чите [33] (города – участники данного исследования): у мужчин преобладали самопорезы (50-55%), у 3/4 женщин самоотравления, чаще (до 80%) лекарствами. В Кемерово [28] в 1996-98 гг. участились самоотравления (до 92%) с доминированием женских.

Психотропные средства выбрали 45,4% мужчин и 22,7% женщин, совершивших самоотравления: седативными нейролептиками, генериком клозапина азалептином – каждое 10-е (9,1%) самоотравление, транквилизаторами и / или классическими антидепрессантами (ТЦА) – 6,1%. Все мужчины и 80% женщин наблюдались в ПНД и получали означенные психотропные препараты.

Спектр способов СП, повлекших психиатрические госпитализации, иной: самопорезы (39%), характерные для мужчин, и самоотравления (33%), типичные для женщин [26]. В части нашей выборки, направленной в ПБ, преобладали передозировки психотропными средствами (70% самоотравлений): 83,3% мужчин и 57,1% женщин.

Так, в Смоленске в 1999-2001 гг. 90% отравлений – посредством лекарств (психотропными), что соответствует уровню 74 [34]; 80% отравившихся госпитализированы. Самоотравления составили 3/4 ПС в Москве 20 лет назад [17], и 1/2 (48,3%) суицидальных попыток в современной Тюмени, в большинстве своём требовавших стационарного лечения [35].

Самоотравление предпочитают, в частности, и жёны, страдающих алкогольной зависимостью [36].

Одна (23) не пускала «гулять» пьяного мужа с ребёнком (повторная суицидальная попытка), вторая (33, больна раком) «разозлилась».

ПС совершены не столь brutальными способами (сдвиг в сторону самоотравлений), как суициды (лидирует самоповешение), но заметно утяжеление медицинских последствий повторных ПС: первые повлекли больничное лечение у 22,2% (только мужчин), настоящие – 100% выборки.

Женщина (46), работала, замужем + взрослый сын, ранее нанесла самопорез, не потребовавший медицинской помощи, затем отравилась транквилизаторами (30 таблеток) на фоне алкогольного опьянения, и в коме поступила в реанимационное отделение.

Женщина (55) и три мужчины (27, 31, 35 лет), инвалиды в связи с психическим расстройством; трое из четырёх повторно отравились психотропными препаратами: ТЦА + рисперидоном или клозапином (азалептином) + тригексифенидилом (циклололом) и один – но-шпой (200 таблеток) на фоне алкогольного опьянения или употребления «энергетика» и самоповешения (один мужчина); находились в коме с подключением к аппарату ИВЛ в реанимации. Женщина затем умерла в ПБ (пневмония).

Единицы (больные шизофренией) совершили комбинированные суицидальные попытки (самоотравление + самопорез).

На фоне алкогольного опьянения или похмелья совершили ПС более 40% мужчин или женщин (42,6 и 42,9% соответственно), согласно отечественным и зарубежным эпидемиологическим данным [28, 33, 37].

Прощальные записку / SMS сообщение («картинку» самопорезов по мессенджеру) послали двое мужчин и три женщины.

ПС совершали дома, будучи одни (60,5%), уходили незаметно (чтобы не «расстраивать» близких видом трупа) на двор (16,3%), в гараж (отравление выхлопными газами). Случайно и счастливо обнаружены близкими 27,7% мужчин и 23,8% женщин, сами вызвали скорую помощь 14,9 и 22,2% соответственно. То есть, не менее 1/2 ПС по атрибутам минимизации шанса сторонней помощи можно полагать суицидальными. Избранный способ не обязательно «смертелен», но представлялся таковым

суициденту. Прерванные самостоятельно ПС указывают амбивалентность жертвы у роковой черты.

Медицинская помощь в связи с ПС.

Врачебная добольничная помощь оказана бригадой скорой медицинской помощи (БСМП). Промыты желудки 40% пациентов: 27,7% мужчин и 49,2% женщин; первичная хирургическая обработка ран 10,9% пациентов: 14,9% мужчин и 7,9% женщин. *Больничная помощь.* Все доставлены в приёмный покой БСМП. Помещены изначально в реанимационное отделение почти 1/2 (44,5%) пациентов: 34% мужчин и 52,4% женщин; переведены затем в терапевтические отделения менее 1/3 женщин и ни один мужчина.

Психиатрическая помощь.

Все пациенты осмотрены психиатром или клиническим психологом (4,5%) в первые 1-4 дня госпитализации; повторно – 4 женщины после ИВЛ и 2 мужчин, ранее судимых, злоупотребляющих ПАВ, после повторных самопорезов, наблюдаемых ПНД с диагнозом F10. У всех установлены или подтверждены психиатрические диагнозы. Доля депрессивных расстройств (F.32) определена у менее 3% пациентов (мужчина и женщина), но расстройства адаптации (F43.2) у 29,9%; почти у 1/2 (47,6%) женщин (65% в Чите) и у 12,7% мужчин. Нозографическая единица содержит и кратковременные депрессивные реакции. При этом депрессия по шкале Бека (≥ 10 баллов) предположена у 3/4 (74,4%) обследованных, у 68,8% депрессивных – выраженная и тяжелая. Тревожные (F41) и невротические (F48) расстройства отмечены суммарно у 5,1%. Расстройства личности (F60) у 16,9%. Злоупотребление ПАВ, в основном алкоголем (F10-F19), у 28,6%: 20,8 мужчин и 7,8% женщин; органические психические расстройства (F06-07) – у 6,5%. Психотических больных (F20-25) суммарно 10,4%. Самоповреждения в психозе обычно трактуют как несчастные случаи [12], но возможно (?) и «истинное» суицидальное поведение [2]. Коморбидность при злоупотреблении ПАВ указана как исключение (в Чите).

Настораживает недодиагностика аффективных расстройств в любых выборках и условиях лечения суицидентов. Так, в многолетней (1995-2004) читинской репрезентативной выборке, охватившей областную и городскую клинические больницы (суммарные 2760 попыток определили среднегодовой уровень около 90 без учёта повторных за год случаев), на аффективные расстройства суммарно пришлось 2,5% [33].

Отчасти диагноз затуманен нарушениями психической деятельности «осложнённого постсуицида» [2], обусловленные способом попытки (асфиксия с последующими помрачением сознания и дисмнестическими проявлениями; интоксикационные психозы при отравлении; нарушения психики острого периода черепно-мозговых травм).

Острый постсуицид [2]. Суицидальный риск в ближайшие 24-48 час оценён высоким у 14,9 мужчин и 28,6% женщин, суммарно у 22,7%. Постсуицид критический у 25,5 и 42,85%, манипулятивный 23,4 и 14,3%, аналитический у 10,6 и 14,3% мужчин и женщин соответственно. Полностью отрицала ПС одна женщина, суицидально фиксированы 7,9% женщин. В нескольких случаях (отрицание факта ПС, «запамятование») можно полагать проявления осложнённого постсуицида, когда после ПС отмечены нарушения психики (дисмнестические проявления), обусловленные способом попытки.

Исходы ПС. Полностью восстановили трудоспособность (функционирование) лишь 53,2 мужчин и 63,5% женщин. Выписаны домой 61,7 и 76,2% соответственно.

Всем без изъятия с психиатрическим диагнозом рекомендовано обращение в ПНД и / или в кабинет социально-психологической помощи при наличии. Переведены в ПБ 10% пациентов, в наркологические отделения – 4 мужчины. Среди направленных в ПБ треть «депрессивных» (34,4%), причём половина, возможно, в тяжелой степени (по шкале Бека вне связи с диагнозом). Ранее наблюдались психиатрами 80% пациентов, 70% совершили повторные суицидальные попытки, причём 57,1%; из последних – теми же медикаментами, обычно психотропными.

Малая доля (10%) направленных к психиатру после экстренной медицинской помощи указывает на малую выявляемость душевных проблем в непсихиатрических службах [1] и стигматизацию типовой психиатрической помощи. Суициденты, направленные в психиатрические учреждения «теряются в пути» [38], самые упрямые «отказники» злоупотребляют ПАВ [39].

Смертельные исходы означали прерванные случаи госпитализации, в ходе которой не выполнена необходимая совокупность медицинских услуг, клинический результат не достигнут. Характеристики летальности в зависимости от пола и возраста во всех странах сходные: опасное с медицинской точки зрения суицидальное поведение чаще приводит к

смерти мужчин, чем женщин, рост летальности увеличен с возрастом [1].

Две смерти (одна – настигла уже в ПБ) коснулись пожилых женщин. Женщина 64 лет, замужем + 2 взрослых сына, страдала ИБС, умерла в реанимационном отделении после полимедикаментозного отравления. Вторая (55) с диагнозом F20 умерла уже в ПБ (то есть за «границами» исследования) от пневмонии.

Полезен показатель больничной смертности при различных способах ПС: число смертельных исходов в больнице после использования того или иного способа, деленное на общее число совершивших суицидальную попытку данным способом. Так, 3-10% пациентов умирают вслед самоотравлениям [цит. по 7]. В нашей выборке их 2%.

Оценка смертности ПС. Показатель ≥ 2 баллов (высокий уровень летальности) у 16 (14,5%) пациентов, лечившихся $3,75 \pm 2,3$ дня.

Ресурсопотребление и стоимостный анализ ПС. Госпитализация определена тяжелыми ПС (включая прерванные суициды) с выраженным настроением умереть при выборе брутального метода. Пациенты провели суммарно 591 койко-дней, или более полутора лет в больницах, без учёта переведённых в ПБ. Длительность эпизода лечения $6,1 \pm 5,1$ дней (1-29). Разброс длительности госпитализаций указывает на клиническую разнородность когорты, менее недели лечились более половины: 59 (53,6%). Данные сходны с представленными в литературе. Так, средняя длительность госпитализации в связи с умышленным самоповреждением 3-7 дней [цит. по 7]. В Чите в 1995-2004 гг. 2/3 ПС лечены менее 5 дней [33].

Суммарная длительность госпитализаций вслед самоотравлений (включены комбинированные ПС), самопорезов и самоповешений составила суммарно 497, 70 и 24 койко-дня, или $3,43 \pm 3,1$; $11 \pm 10,9$ и $5,0 \pm 3,6$ на пациента соответственно. При меньшей средней длительности эпизода госпитализации после самоотравлений последние при их частоте определили большую часть (84,2%) суммарных койко-дней в объединённой выборке.

Совокупное количество койко-дней 59 женщин и 41 мужчин – 342 и 261 соответственно, или 5,79 и 6,36 / пациент. То есть затраты сопоставимы в отличие от данных литературы, где «мужские ПС» почти впятеро дороже [цит. по 7].

Сомнителен эффект «утра понедельника» [40], пика самоповреждений перед тягостной рабочей неделей. В объединённой выборке таких – 5,6%.

Медицинские затраты, компенсируемые Фондом ОМС, составили суммарно в объединённой российской выборке ($n=103$) 2529989 руб., или 24563 руб. на пациента (при среднем курсе в апреле 2016 г. – 66,7 руб. – около 400 USD). С учётом паритета покупательской способности 5 : 1 – 2000 USD, затраты на эпизод СП сопоставимы с таковыми в экономически развитых странах [цит. по 7].

Затраты на больничное лечение (2349975,90 руб.) превалировали (92,9%). Исходя из доли (~1%) пациентов с самоповреждениями, ПС составили 1% суммарных расходов больницы.

Сравним: 330 эпизодов госпитализаций в белорусском Гродно, субъекте исследования, в связи с СП за 2012-2013 гг. определили уровень ПС около 35 [41] и 0,3% бюджета больницы скорой медицинской помощи.

Социальные издержки, исходя из потерь валового продукта на душу населения, суммарные (учтены 94 пациента) – 740460 руб., или 7877,23 руб. на пациента.

Суммарные (медицинские + социальные) затраты на выборку без «иностранцев» и на пациента составили 3270449 руб. (77,4% медицинских) и 32440,83 руб. соответственно. С учётом ориентировочного (минимального) уровня ПС (44), гипотетическая когорта переживших ПС с тяжелыми медицинскими последствиями в России составила 63492 человек (население Туапсе Краснодарского края) за год. Медицинские и суммарные (медицинские + социальные) затраты соответствуют 1559553996 и 2059695083 руб., или 0,04% бюджета здравоохранения и 0,002% ВВП соответственно.

Ограничения исследования определены его дизайном [7] и предметом изучения (ПС). В отличие от международной системы регистрации суицидов, сбор данных о ПС не стандартизирован, и при сравнении показателей важен учёт методологических аспектов. Выезды «Скорой медицинской (психиатрической) помощи» и ныне служат, если не «единственным материалом, по которому можно судить об основных тенденциях аутоагрессивного поведения в городе» [17], но основным источником отечественных клиничко-статистических анализов ПС. Не все ПС охвачены медицинской помощью, и показатели смертности на основе данных медицинских служб выше оценок самоотчётов о попытках самоубийства. Изучены ПС лишь с тяжелыми (требующими госпитализации) медицинскими последствиями. Под «зонтом» ПС объединены самоповреждения без намерения смерти и с таковым; не включены получившие экстренную

медицинскую помощь без госпитализации; миновавшие приёмный покой; не учтены «несчастные случаи». Ряд больниц (как Ангарская) обслуживает лишь взрослых (≥ 18 лет), не служат «монополистами» неотложных медицинских услуг в городе (Саратовская больница). Оценки уровней ПС с медицинскими последствиями по больничным данным, занижены при ведущей роли амбулаторной помощи и самопомощи – при малой доступности медицинских услуг (например, у селян) и стигматизации парасуицидентов. Малые вследствие краткосрочности набора на протяжении произвольного весеннего месяца (роль сезона не уточнена), возможно, разнородные выборки преимущественно горожан при более высоких показателях суицидального поведения селян, объединены в одну. При этом месячный горизонт исключил смешение пациентов и эпизодов госпитализации (дублирование повторно совершивших ПС за год). Значительный пережёт подгрупп пациентов затрудняет клинико-эпидемиологическую оценку, и «проклятый вопрос» суицидологии открыт: одни и те же ли совершают суициды, суицидальные и несуицидальные самоповреждения.

Эпидемиологические и стоимостные данные о ПС экстраполированы «снизу вверх» на гипотетическую субпопуляцию на федеральном уровне.

Использованы минимальные показатели медицинских услуг без повышающих коэффициентов в регионах и связанных с типом помощи. Подсчёт затрат, исходя из завершённого случая, препятствует межгрупповому анализу «вклада» социо-демографических и клинических характеристик в разброс медицинских издержек. Подсчёт медицинских затрат по завершённому случаю не позволил выявить параметры, объясняющие большие медицинские затраты (из-за длительности и интенсивности лечения) – пожилой (>60 лет) возраст, брутальный способ ПС, намерение смерти. Из «поперечного» стоимостного анализа исключены «предистория»: добольничный этап (за исключением вызова бригады скорой помощи) и издержки по выписке (долечивание медицинских последствий ПС и психических расстройств). Стоимостный анализ не касался социальных издержек ПС, значимых при продолжении больничного листа и/или инвалидности. «Неуловимые» потери (душевная боль, горе, страдания, стигма) суицидентов и его близких вне стоимостного анализа, но важны при планировании служб и программ. Подсчёт социальных потерь исходя из подхода «чело-

веческого капитала» приближителен. Региональное пространство России по экономико-хозяйственным признакам вариабельно. Масштаб регионального неравенства в РФ впечатляет. Сравнения ВРП богатейших и беднейших регионов (доклад российского офиса Всемирного банка), показывают: Москва аналогична Нидерландам, Магаданская область – Гонконгу, Чечня сопоставима с Конго, Тува – с Бolivией. Отличия ВРП на душу населения в 2016 г. почти восьмикратное (ХМАО 1852300 – Забайкальский край 243100 руб.). Важен подсчёт социальных издержек в каждом субъекте РФ для уточнения социальной эффективности (ресурсосберегающего потенциала) антикризисной помощи. Большинство пациентов безработные или на низкооплачиваемой работе, с бедной социальной сетью («меньший резонанс» горя окружающих?). «Цену» смерти трудоспособного после ПС уместно посчитать потери лет продуктивной жизни.

Планирование исследований. Стандартизация регистрации ПС в стране и на местном уровне – важна для систематического анализа причин самоубийств и сокращения их числа. Мониторинг уровней ПС, социо-демографические и клинические характеристики групп риска как мишеней избирательных биопсихосоциальных вмешательств, способов ПС (обосновывают ограничение доступа к средствам суицидов и ПС), смертности самоповреждающего поведения (доли попыток, приведших к гибели) – научно доказательная информация для разработки и оценки местных и государственных программ профилактики самоубийств [1]. Данные о частоте ПС в репрезентативных выборках медицинских учреждений на региональном или федеральном уровнях следует дополнить опросами репрезентативных выборок населения. Так, 5% взрослых и 20% подростков сообщают о несуйцидальных самоповреждениях в течение жизни [цит. по 7].

Изучение физической и психической болезненности в отдалённом постсуицидальном периоде (по выписке из больницы) уточнит характеристики групп ресурсоёмких пациентов с сочетанными клинико-социальными проблемами как мишеней первоочередных профилактических мероприятий.

Необходим простой (не трудоемкий) инструмент оценки и мониторинга риска ПС в общемедицинской практике, в Сети, ориентирующий пользователя на обращение в антикризисную службу. Заслуживает тиражирования организационная модель выявления риска

самоубийств стационарных больных любого профиля в Гродненской области (Беларусь).¹

При долгосрочном мониторинге ПС следует выделить характеристики намерения смерти, рецидивов суицидального поведения. В сочетании с информацией о самоубийствах, данные о частоте и способах ПС могут использоваться для расчёта показателя летальности суицидального поведения (доли суицидальных попыток, повлекших смерть) в зависимости от пола, возраста и способа самоповреждения, что поможет выявить группы риска ПС как мишени избирательных психосоциальных антикризисных вмешательств, опаснейшие способы, указывающие пути затруднения доступа к средству ПС.

Многофакторный анализ выявит особые наборы факторов риска и антисуицидальных факторов в различных группах парасуицидентов и жертв суицидов.

Качественный анализ покажет многообразие мотивов парасуицидентов и выстрадавших ими стратегий совладания с дистрессом.

Определение затратной эффективности (исходя из цены сбережённого года продуктивной жизни) лечебно-профилактических мероприятий в группах риска важно для обоснования развития и оценки антикризисных служб и программ с гуманным и ресурсосберегающим потенциалом. Предупреждение ПС в пересекающихся группах молодых, депрессивных, «микстов», использующих тяжкие методы ПС, совершающих повторные ПС (четверть нашей выборки) может быть наиболее затратно эффективно [цит. по 7]. Предстоит определить соотношение дополнительных затрат (развитие, например, кризисного отделения), необходимых для предотвращения одного случая суицида или ПС; изучить ключевые сферы повседневной лечебно-консультативной помощи (отсутствие преемственности, континуума суицидологической помощи) совершившим ПС: процесс помощи, препятствия к доступу эффективной помощи, необходимые вмешательства.

Заключение.

Проведено типовое (для рубежных стран) наблюдательное натуралистическое (отражающие повседневную практику) клинико-эпидемиологическое исследование с вторичным стоимостным анализом на основе медицинской документации ряда скоромощных больниц [7]. Проспективный подход позволил детальнее изучить пациентов.

¹Метод определения вероятности совершения самоубийства. Инструкция по применению / Букин С.И., Сурмач М.Ю., Карпюк В.А., Воронко М.В. МЗ Республики Беларусь, Гродно, 2018. 6 с.

Выборку составили лица с «опасным с медицинской точки зрения суицидальным поведением», то есть требующим медицинской помощи или ведущим к смерти [1]. Портрет леченого после ПС в многопрофильной больнице сходен с «типичным представителем» группы риска суицидального поведения [5, 42]: молодой одинокий со средним, но нереализованным уровнем образования, безработный, страдающий, как близкие, психическим расстройством и/или злоупотребляющий ПАВ, с суицидальным поведением в анамнезе (высоким риском рецидива ПС). К отличиям совершивших ПС горожан от жертв суицида отнесены более молодой возраст (суицидальный сценарий писан значительно ранее, чем кульминация трагедии); близкое к 1:1 половое соотношение (возможно, за этим снижение частоты «тяжелых» ПС женщин и / или рост у мужчин) при преимущественном выборе самоотравлений лекарственными средствами.

Пациенты выявляли разнообразные взаимопотенцирующие частично пересекающиеся клинико-социальные проблемы (груз детских психотравм, суицидальный анамнез, не выявленную и / или не леченую депрессию и / или тревогу, злоупотребление ПАВ (возможное самолечение депрессии), телесные болезни, острый психосоциальный дистресс, одиночество, незанятость). Малая доступность, неразвитость и привлекательность местных суицидологических служб [43] и/или уклонение от малопривлекательной и / или неэффективной психиатрической помощи дополняют картину.

При относительно малой эпидемиологической частоте ПС социально-экономические потери самоповреждений, прошедших медицинский «фильтр», существенны, что объяснимо характеристиками когорты: преобладанием трудоспособных лиц и тяжестью ПС в остром постсуициде.

Согласно международной обнадёживающей практике и мнению соавторов исследования, предстоит следующее:

1. Улучшить и унифицировать регистрацию ПС на региональном и государственном уровнях и регистров случаев медицинской помощи после ПС [11, 44], облегчающий выявление и мониторинг группы риска ПС (как лиц с повторными и/или тяжёлыми ПС).

2. Организовать обязательное психолого-психиатрическое консультирование в многопрофильных больницах для улучшения диагностики (особо депрессии) и обеспечения доступного и преемственного наблюдения и лечения в психиатрических и / или суицидологических службах.

3. Внедрять междисциплинарный и межведомственный подходы в лечебно - профилактическую работу с целевыми группами. Например, в первом отечественном кризисном стационаре (московская городская клиническая больница № 20) 20 лет назад более 40% суицидентов составили экс-пациенты скоромощной больницы [17].

4. Обучать профессионалов и добровольцев, включая успешно преодолевших кризисные состояния (лидеров групп самопомощи).

5. Ограничить доступ к средствам ПС (безрецептурным лекарствам). В таком контексте разумна коррекция схем психофармакотерапии лиц со склонностью к самоотравлениям. Так, подверженным риску суицидального поведе-

ния с историей самоотравлений и проблематичной приверженностью к лекарствам негоже выписывать и выдавать на руки бесконтрольно классические трициклические антидепрессанты [45] или клозапин (азалептин) как «снотворное».

Многоуровневая программа профилактики ПС направлена на раннее выявление и коррекцию ПС, предупреждение повторных ПС и помощь близким суицидентов в рамках континуума суицидологических служб [2, 8, 9, 46]. Изучение биопсихосоциальной природы, динамический контроль, лечение и предупреждение ПС несут не только гуманный посыл, но и ресурсосберегающий (народосберегающий) потенциал.

Литература:

1. Предотвращение суицидов. Глобальный императив. Всемирная Организация Здравоохранения, 2014. 97 с.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации / МЗ РСФСР. М., 1980. 55 с.
3. Apter A. Clinical aspects of suicidal behavior relevant to genetics. *Eur. Psychiatry*. 2010; 25: 257-59.
4. Kreitman N., Philip A.E., Greer S., Bagley C.R. Parasuicide. *Br. J. Psychiatry*. 1969; 115 (523): 746-47.
5. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (1); 23-35.
6. Beautrais A.L Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Threat. Behav.* 2004; 34: 1-11.
7. Любов Е.Б., Паршин А.Н. Клинико-экономические исследования суицидального поведения. *Суицидология*. 2016; 7 (1): 11-28.
8. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (1): 11-12.
9. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал*. 2010; (4): 55-63.
10. Ворсина О.П., Симуткин Г.Г. Суицидальное поведение населения Иркутской области. Иван Федоров: Томск, 2013. 320 с.
11. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Петров И.М. и соавт. Регистрация и учёт суицидального поведения. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 104-111.
12. Ефремов В.С. Основы суицидологии. СПб, 2004. 479 с.
13. Прокопович Г.А. Социально-демографические и клинические характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки отравления (по материалам многопрофильного стационара скорой помощи): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб, 2015. 31 с.
14. Simon O.R., Swann A.C., Powell K.E. et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat. Behav.* 2001; 32 (1 Suppl.): 49-59.
15. Kingsbury S. PATHOS: A screening instrument for adolescent overdose: A research note. *J. Child Psychology Psychiatry*. 1996; 37 (5): 609-11.
16. Постановление Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».
17. Амбрумова А.Г., Гилод В.М., Серпуховитина Т.В. и соавт. Клинико-статистический анализ суицидальных попыток по г. Москве за 1996 год. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1998; 8 (2): 76-81.
18. Welch S.S. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv*. 2001; 52: 368-75.

References:

1. Predotvrashhenie suicidov. Global'nyj imperativ [Suicide prevention. The global imperative]. *Vsemirnaja Organizacija Zdravoohranjenja*, 2014. 97 s. (In Russ)
2. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya [Diagnosis of suicidal behavior]: Metodicheskie rekomendacii / MZ RSFSR. M., 1980. 55 s. (In Russ)
3. Apter A. Clinical aspects of suicidal behavior relevant to genetics. *Eur. Psychiatry*. 2010; 25: 257-59.
4. Kreitman N., Philip A.E., Greer S., Bagley C.R. Parasuicide. *Br. J. Psychiatry*. 1969; 115 (523): 746-47.
5. Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (1); 23-35. (In Russ)
6. Beautrais A.L Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Threat. Behav.* 2004; 34: 1-11.
7. Lyubov E.B., Parshin A.N. The clinical and economic studies of suicidal behavior. *Suicidology*. 2016; 7 (1): 11-28. (In Russ)
8. Kornetov Multi-aspect model of suicide prevention. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 15 (1): 11-12. (In Russ)
9. Polozhij B.S. Integrativnaja model' suicidal'nogo povedeniya [Integrative model of suicidal behavior]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal [Russian journal of psychiatry]*. 2010; (4): 55-63. (In Russ)
10. Vorsina O.P., Simutkin G.G. Suicidal'noe povedenie naselenija Irkutskoj oblasti [Suicidal behavior of the population of the Irkutsk region]. Ivan Fedorov: Tomsk, 2013. 320 s. (In Russ)
11. Zotov P.B., Rodyashin E.V., Petrov I.M., et al. Registration and account of suicidal behavior. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 104-111. (In Russ)
12. Efremov V.S. Osnovy suicidologii [Basics of suicide]. SPb, 2004. 479 s. (In Russ)
13. Prokopovich G.A. Social'no-demograficheskie i klinicheskie karakteristiki lic, sovershivshih suicidal'nye popytki otravleniya (po materialam mnogoprofil'nogo stacionara skoroj pomoshhi) [Socio-demographic and clinical characteristics of persons who have committed suicide attempts of poisoning (based on the materials of a multidisciplinary emergency hospital)]: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. SPb, 2015. 31 s. (In Russ)
14. Simon O.R., Swann A.C., Powell K.E. et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat. Behav.* 2001; 32 (1 Suppl.): 49-59.
15. Kingsbury S. PATHOS: A screening instrument for adolescent overdose: A research note. *J. Child Psychology Psychiatry*. 1996; 37 (5): 609-11.
16. Postanovlenie Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 19 dekabrja 2015 g. № 1382 «O Programme gosudarstvennyh garantij besplatnogo okazaniya grazhdanam medicinskoj pomoshhi na 2016 god». (In Russ)
17. Ambrumova A.G., Gilod V.M., Serpuhovitina T.V. i soavt. Kliniko-statisticheskij analiz suicidal'nyh popytok po g. Moskve za 1996 god [Clinical and statistical analysis of suicidal attempts in Moscow in 1996]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and clinical psychiatry]*. 1998; 8 (2): 76-81. (In Russ)
18. Welch S.S. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv*. 2001; 52: 368-75.

19. Diekstra R.F.W. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Arch. Suicide Res.* 1996; 2: 1-29.
20. Borges G, Nock M.K., Haro Abad J.M. et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization world mental health surveys. *J. Clin. Psychiatry.* 2010; 71 (12): 1617–28.
21. Шматова Ю.Е., Морев М.В., Любов Е.Б. Экономическое бремя социально значимых болезней и девиантного поведения населения Вологодской области. *Суицидология.* 2014; 5 (3): 59–64.
22. Schmidtke A., Bille-Brahe U., Deleo D. et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996; 93: 327-38.
23. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение пожилых. *Суицидология.* 2017; 8 (1): 3-16.
24. Patel V., Ramasundarahettige C., Vijayakumar L. et al. Million Death Study Collaborators. Suicide mortality in India: a nationally representative survey. *Lancet.* 2012; 379 (9834): 2343–51.
25. Hawton K., Saunders K.E., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet.* 2012; 379 (9834): 2373–82.
26. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение). Смоленск: СГМА, 2012. 232 с.
27. Гажа А.К., Баранов А.В. Организация суицидологической помощи населению Тамбовской области. *Суицидология.* 2016; 7 (3): 63-67.
28. Лопатин А.А. Суициды и парасуициды (клинико-эпидемиологические и социально-организационные аспекты): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Кемерово, 2000. 43 с.
29. Чубина С.А., Любов Е.Б., Куликов А.Н. Клинико-эпидемиологический анализ суицидального поведения в Тульской области. *Суицидология.* 2015; 6 (4): 66-75.
30. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Сидорюк О.В. и др. Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005-2013 гг.): Статистический справочник. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. 572 с.
31. Kessler R.C., Berglund P., Borges G. et al. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990–1992 to 2001–2003. *JAMA.* 2005; 293: 2487–95.
32. Бородин С.В., Михлин А.С. Мотивы и причины самоубийств. Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 28-43.
33. Сахаров А.В., Говорин Н.В. Клинико-эпидемиологические аспекты парасуицидов в г. Чите. *Дальневосточный медицинский журнал.* 2007; 1: 57–8.
34. Яковлева С.В. Суицидальные попытки путем самоотравления (эпидемиологический, токсикологический и клинический аспекты): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М, 2003. 20 с.
35. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Приленский А.Б. и соавт. Преднамеренные отравления с суицидальной целью: характеристика контингента отделения токсикологии. *Суицидология.* 2017; 8 (4): 98-106.
36. Меринов А.В., Байкова М.А., Алексеева А.Ю. Семьи мужчин, страдающих алкогольной зависимостью: взгляд с позиции суицидологии. *Суицидология.* 2018; 9 (2): 92–98.
37. Любов Е.Б. Зависимые от психоактивных веществ как группа риска суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал.* 2017; 3: 19–26.
38. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark: epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan. Med. Bull.* 2007; 54: 306-69.
39. Suokas J., Lonnqvist J. Selection of patients who attempted suicide for psychiatric consultation. *Acta Psychiatr. Scand.* 1991; 83: 179–82.
40. Johnson H., Brock A., Griffiths C., Rooney C. Mortality from suicide and drug-related poisoning by day of week in England and Wales, 1993–2002. *Health Stat Q.* 2005; 27: 13–6.
41. Букин С.И., Лазаревич С.Н. Об экономической составляющей профилактики самоубийств // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей ред.Н.Г.
19. Diekstra R.F.W. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Arch. Suicide Res.* 1996; 2: 1-29.
20. Borges G, Nock M.K., Haro Abad J.M. et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization world mental health surveys. *J. Clin. Psychiatry.* 2010; 71 (12): 1617–28.
21. Shmatova J.E., Morev M.V., Lyubov E.B. Economic burden social significant diseases and deviant behavior (at the region level). *Suicidology.* 2014; 5 (3): 59-64. (In Russ)
22. Schmidtke A., Bille-Brahe U., Deleo D. et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996; 93: 327-38.
23. Lyubov E.B., Magurдумова Л.Г., Tsuprun V.E. Suicide behavior in older adults. *Suicidology.* 2017; 8 (1): 3-16. (In Russ)
24. Patel V., Ramasundarahettige C., Vijayakumar L. et al. Million Death Study Collaborators. Suicide mortality in India: a nationally representative survey. *Lancet.* 2012; 379 (9834): 2343–51.
25. Hawton K., Saunders K.E., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet.* 2012; 379 (9834): 2373–82.
26. Cyganov B.D., Vaulin S.V. Suicidy i suicidal'nye popytki (klinika, diagnostika, lechenie) [Suicide and suicide attempts (clinic, diagnosis, treatment)]. Smolensk: SGMA, 2012. 232 s. (In Russ)
27. Gaza A.K., Baranov A.V. The organization of the prevention of suicidal behavior in the population of the Tambov region. *Suicidology.* 2016; 7 (3): 63-67. (In Russ)
28. Lopatin A.A. Suicidy i parasuicidy (kliniko-jepidemiologicheskie i social'no-organizacionnye aspekty) [Suicide and parasuicides (clinical, epidemiological and socio-organizational aspects)]: Avtoref. dis. ... dokt. med. nauk. Kemerovo, 2000. 43 s. (In Russ)
29. 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)
30. Demcheva N.K., Jazdovskaja A.V., Sidorjuk O.V. i dr. Jepidemiologicheskie pokazateli i pokazateli dejatel'nosti psihiatricheskikh sluzhb v Rossijskoj Federacii (2005-2013 gg.) [Epidemiological indicators and performance indicators of psychiatric services in the Russian Federation (2005-2013)]: Statisticheskij spravocchnik. M.: FGBU «FMIICPN im. V.P.Serb'skogo» Minzdrava Rossii, 2015. 572 s. (In Russ)
31. Kessler R.C., Berglund P., Borges G. et al. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990–1992 to 2001–2003. *JAMA.* 2005; 293: 2487–95.
32. Borodin S.V., Mihlin A.S. Motivy i prichiny samoubijstv [Motives and causes of suicide]. Aktual'nye problemy suicidologii. M., 1978. S. 28-43. (In Russ)
33. Saharov A.V., Govorin N.V. Kliniko-jepidemiologicheskie aspekty parasuicidov v g. Chite [Клинико-эпидемиологические аспекты парасуицидов в г. Чите]. *Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal [Far Eastern medical journal].* 2007; 1: 57–8. (In Russ)
34. Jakovleva S.V. Suicidal'nye popytki putem samootравлениja (jepidemiologicheskij, toksikologicheskij i klinicheskij aspekty) [Suicide attempts by self-poisoning (epidemiological, Toxicological and clinical aspects)]: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. M, 2003. 20 s. (In Russ)
35. Zotov P.B., Rodyashin E.V., Prilensky A.B., Hohlov M.S., Yushkova O.V., Korovin K.V. Intentional poisoning with suicide intention: characteristics of the toxicology department contingent. *Suicidology.* 2017; 8 (4): 98-106. (In Russ)
36. Merinov A.V., Bačkova M.A., Alekseeva A.Yu. Families of men suffering from alcohol addiction: a view from the suicidology perspective. *Suicidology.* 2018; 9 (2): 92–98. (In Russ)
37. Ljubov E.B. Zavisimye ot psihoaktivnyh veshhestv kak gruppa riska suicidal'nogo povedenija [Dependent on psychoactive substances as a risk group for suicidal behaviour]. *Rossiiskij psihiatricheskij zhurnal [Russian journal of psychiatry].* 2017; 3: 19–26. (In Russ)
38. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark: epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan. Med. Bull.* 2007; 54: 306-69.
39. Suokas J., Lonnqvist J. Selection of patients who attempted suicide for psychiatric consultation. *Acta Psychiatr. Scand.* 1991; 83: 179–82.
40. Johnson H., Brock A., Griffiths C., Rooney C. Mortality from suicide and drug-related poisoning by day of week in England and Wales, 1993–2002. *Health Stat Q.* 2005; 27: 13–6.
41. Bukin S.I., Lazarevich S.N. Ob jekonomicheskoy sostavljajushhej profilaktiki samoubijstv // XVI S'ezd psihiatrov Rossii. Vserossijskaja nauchno-prakticheskaja konferencija s mezhdunarodnym uchastiem «Psihiatrija na jetapah reform: problemy i perspektivy», 23-26 sentjabrja 2015 goda, g. Kazan': tezisy / pod obshhej red. N.G. Neznanova. SPb: Al'ta Astra, 2015: 883–84. (In

- Незнанова. СПб: Альта Астра, 2015: 883–84.
42. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение II. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 16-30.
 43. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы Российской Федерации: структура и функция. *Суицидология*. 2014; 5 (3): 3-17.
 44. Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112852/1/9789241506717_eng.pdf?ua=1)
 45. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide / Diekstra R. et al. eds. Preventive strategies on suicide. Leiden: Brill, 1995: 163-72.
 46. Образцова А.С. О группе поддержки переживающих суицид близкого. *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (3): 72-74.
 42. Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report II. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 16-30. (In Russ)
 43. Lyubov E.B., Kabizulov V.S., Tsuprun V.E., Chubina S.A. Regional antisuicide facilities in Russia: structure and function. *Suicidology*. 2014; 5 (3): 3-17. (In Russ)
 44. Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112852/1/9789241506717_eng.pdf?ua=1)
 45. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide / Diekstra R. et al. eds. Preventive strategies on suicide. Leiden: Brill, 1995: 163-72.
 46. Obraztsova A.S. Support group experiencing the suicide of a close. *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (3): 72-74. (In Russ)

INTEGRATED (EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, SOCIAL, AND COST) ASSESSMENT OF PARASUICIDES AS THE REASONS OF HOSPITALIZATION IN MULTIDISCIPLIC HOSPITALS

E.B. Lyubov¹, P.B. Zotov², A.N. Kulikov¹ & Research Group

¹Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serb'sky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

²Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

Abstract: Parasuicides (suicides attempts or self-injury), or PS are associated with significant morbidities and constitute a major predictor of later suicide. Studying on PS represents one of the most important directions for major public health priority and suicide prevention. Aim of the first international (Russia-Belarus) multicentre study is a multilevel (i.e., epidemiological, clinical, social, and economic) assessment of patients hospitalized in somatic hospitals after PS. Material and methods. A prospective clinical and epidemiological study included 110 inpatients in the 10 city emergency medical centers admitted for PS during the study; 63 patients (57.3%) were female. The mean age of men and women was 34.07 and 36.58 years (standard deviation – 10.07 and 16.23, range–17-62 and 12-74 years) respectively. All patients received a psychosocial assessment during their first days of hospital attendance. The cost analysis (in/Rub. 2016) showed total economic burden (i.e., medical and social costs) of PS in the hospital budget (%) and at the federal level. Medical costs are calculated taking into account insurance costs for the treated case. Social costs using the social capital approach. Results. Predictors of PS and risk factors include certain demographic variables, clinical (e.g., depressive) symptoms and issues related to medical and social support. Typical features of parasuicides are the following: young and middle age, no family, unemployment, with psychiatric, and suicidal history, alcohol abuse. Every fourth PS was a repeated one. Most of the suicide attempts (>80%) were done with psychiatric medications. At least ½ of the PS on the attributes of minimizing the chance of third-party care can be considered suicidal. The most frequent reasons for PS were conflicts with loved ones (>1/3). The proportion of depressive disorders (F.32) is defined in less than 3% of patients (male and female), but adaptation disorders (F43.2) were found in 29.9% patients. Up to 40% of the PS are committed under alcoholic intoxication. The overall mortality of PS was high (2%). The risk of suicide in the next 24-48 hours of the post-suicide period was high for 22.7% of patients. PS make up a 1% proportion of hospitalizations for self-harm. Taking into account the tentative (minimal) level of the PS with severe medical consequences (i.e., 44 per 100.000 population), medical and total (+ social) costs correspond to 1559553996 and 2059695083 Rub., or 0.04% of the health care budget and 0.002% of GDP, respectively. The costs for the episode of PS (nearly 2000 USD) are comparable with those in other economically developed countries. Conclusion. Typical shortcomings of medical and psychiatric care are the small continuity, insufficient development of alternative antisuicidal services (e.g., crisis hospital in a multi-profile hospital). Improved continuity of care as well as diagnosis of affective disorders and pharmacotherapy (in frame of risk reduction to self-poisoning means) would likely reduce the number of subsequent suicidal attempts following a previous nonfatal attempt. Attempted suicide produces substantial financial burden. Prevention in targeting risk groups as who made repeated PS or / and users of hard PS methods may be most cost-effective. Further research should aim at identifying epidemiology PS and the cost-effectiveness of prevention measures.

Keywords: parasuicides, epidemiology, clinical picture, medical costs, social costs

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: 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. doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-16-29](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-16-29)

For citation: 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) doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-16-29](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-16-29)

ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У КОРЕННЫХ НАРОДОВ СИБИРИ: СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА

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; Researcher ID: U-4748-2017). 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

Данная статья является продолжением цикла научных публикаций, посвящённых изучению причин и факторов риска суицидального поведения у коренных народов Сибири – алтайцев, бурят, тувинцев, якутов, эвенов, эвенков. Показатели смертности от самоубийств среди коренных народов Сибири во много раз превышают средние значения по Российской Федерации (РФ), что требует тщательного анализа данного социального явления и объяснения его причин. Цель исследования. Оценить уровень жизни у представителей коренных популяций Сибири – алтайцев, бурят, тувинцев, якутов, эвенов, эвенков – по основным социально-экономическим показателям регионов. Изучить роль социально-экономических факторов в формировании агрессивного и аутоагрессивного поведения. Материалы исследования. Статистические материалы Федеральной службы государственной статистики (ФСГС), статистические данные о социально-экономическом положении субъектов Российской Федерации. Объект и методы исследования. Проведен динамический анализ социально-экономических показателей (уровень безработицы, численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума, среднедушевые доходы, потребительские расходы населения) в четырех национальных субъектах Российской Федерации – республике Алтай, республике Тыва, республике Саха (Якутия) и Забайкальском крае – за период с 2005 по 2016 гг. Результаты. Уровень жизни населения, проживающего в национальных субъектах РФ, значительно ниже, чем в среднем по стране. Показатель безработицы составляет 10,8–12,0 % (по РФ – 5,5%); доля населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума достигает 42,1% (по РФ – 13,4%); среднедушевые доходы населения ниже более чем в два раза. Представители коренных популяций составляют беднейшую часть населения национальных субъектов: показатель безработицы среди них доходит до 36,6 %, а доля семей, живущих за чертой бедности, – 78,3%. По данным ФСГС, в национальных субъектах РФ регистрируются высокие показатели смертности от неестественных причин, превышающие общероссийские значения в 2,5 раза, уровень суицида превышает среднее значение по России в 2–2,5 раза. Высокий уровень преступности: число зарегистрированных преступлений – разбоев, грабежей, убийств, изнасилований – превышает общероссийский показатель от 3 до 9 раз. Выявлены тесные корреляционные взаимосвязи между низким уровнем жизни и высокими показателями смертности от убийств и самоубийств. Наиболее информативным индикатором агрессивного и аутоагрессивного поведения является величина среднедушевых доходов населения, которая обратно пропорционально коррелирует с уровнем смертности от убийств ($p < 0,05$) и самоубийств ($p < 0,05$) как в национальных субъектах, так и в Российской Федерации в целом. Выводы. Множество социальных проблем, которые присутствуют в среде популяций коренных народов Сибири – безработица, нищета, социальная невостребованность, отсутствие дальнейших перспектив – являются следствием нарушения адаптации, охватывающей всю популяцию. Клинические симптомы популяционного расстройства адаптации проявляются разрушительными тенденциями как на эмоциональном уровне – в виде социального гнева, так и на поведенческом – в разнообразных формах агрессивного и аутоагрессивного поведения.

Ключевые слова: самоубийство, преступность, смертность, коренные народы, Сибирь, социально-экономические показатели, уровень жизни, Якутия, Алтай, Бурятия, Тыва, якуты, эвены, эвенки, тувинцы, алтайцы, буряты

Мы продолжаем публикацию научного материала, посвящённого изучению причин суицидального поведения у коренных народов Сибири – алтайцев, бурят, тувинцев, якутов, эвенов, эвенков [1]. В данной статье в качестве причин суицида рассматриваются социально-экономические риски. Социально-экономиче-

ские факторы входят в число основных рисков самоубийств у представителей коренных популяций, независимо от страны проживания. Исследования, проведённые в США, Канаде, Австралии, Бразилии и других странах, где проживает коренное население, выявили, что невысокий образовательный уровень, отсутствие

работы и низкий материальный достаток наиболее часто приводят к деструктивному поведению [2, 3, 4, 5]. Доказано, что в областях с высоким социально-экономическим уровнем, как правило, регистрируются низкие показатели смертности от самоубийств, в то время как в районах с низким уровнем дохода распространённость суицида наиболее высока [6, 7]. Большинство представителей коренных популяций живут в удалённых районах, со слабо развитым экономическим сектором и социальной инфраструктурой. Учёными из Австралии показано, что более 60% аборигенного населения проживают в отдалённых частях континента, в стеснённых условиях, в переполненном жилье [8]. Около 30% австралийских аборигенов, проживающих в крупных городах, теснятся в самых бедных городских кварталах. Отсутствие работы и нищета сопровождаются высоким уровнем преступности. Так, по данным австралийского бюро статистики, коренные жители Австралии в 12 раз чаще совершают правонарушения и попадают в тюрьмы, по сравнению с остальной частью населения.

Россия является огромной страной, включающей в свой состав 85 федеральных субъектов, на территории которых проживают более 150 народов. Громадные территориальные пространства Российской Федерации (РФ), разные экономические возможности регионов, многообразие климато-географических и этно-культурных особенностей определяют существенные различия в развитии социально-хозяйственного сектора регионов – одни из которых являются экономическими лидерами, а другие экономически отсталыми или «депрессивными» территориями. Большинство коренных народов Сибири проживают в дотационных субъектах РФ с малодиверсифицированной структурой экономики и слабым научно-техническим потенциалом. Изучаемые нами представители коренных популяций (алтайцы, агинские буряты, тувинцы, якуты, эвены и эвенки) проживают в трёх национальных республиках – республике Алтай (РА), республике Тыва (РТ), республике Саха (Якутия) (РС(Я)) и Агинском Бурятском округе (АБО), входящим в состав Забайкальского края. В данных субъектах Российской Федерации на протяжении многих десятилетий регистрируются высокие показатели смертности от самоубийств.

Цель настоящего исследования: Оценить уровень жизни у представителей коренных популяций Сибири – алтайцев, бурят, тувинцев, якутов, эвенов, эвенков – по основ-

ным социально-экономическим показателям регионов. Изучить роль социально-экономических факторов в формировании агрессивного и аутоагрессивного поведения.

Задачи исследования:

1. Дать краткую характеристику этнического состава населения и экономического развития национальных субъектов РФ: Республик Алтай, Тыва, Саха (Якутия) и Агинского Бурятского округа.

2. Изучить уровень жизни населения по основным социально-экономическим показателям регионов за 12-летний период – с 2005 по 2016 гг.

3. Изучить уровень преступности и показатели смертности населения от внешних причин за 12-летний период – с 2005 по 2016 гг.

4. Выявить взаимосвязи между уровнем жизни населения и проявлениями агрессивного и аутоагрессивного поведения.

Объект исследования: социально-экономическое развитие регионов.

Предмет исследования: социально-экономические показатели четырёх субъектов Российской Федерации – РА, РТ, РС(Я) и Забайкальского края за 12-летний период – с 2005 по 2016 гг.

Материал исследования: Статистические данные о социально-экономическом положении субъектов Российской Федерации [9]. Материалы Федеральной службы государственной статистики [10].

Методы исследования: статистический метод, метод сравнительного анализа, социологический метод. Уровень жизни населения изучался по показателям безработицы, среднедушевых доходов, потребительских расходов, доле населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума. Уровень преступности оценивался по числу преступлений и видам зарегистрированных правонарушений. Показатели смертности оценивались по уровню смертности от внешних причин, случайных отравлений алкоголем, убийств и самоубийств.

Краткая характеристика этнического состава и экономического развития изучаемых регионов.

Каждый этнический регион, где были проведены исследования, имеет социально-экономическую специфику и природно-экологические особенности, которые определяют развитие экономического сектора и уровня жизни населения.

Численность коренного населения в Республике Алтай составляет 76615 человек

(37,7%), из них подавляющее большинство представлено алтайцами (33,9%). На долю теленгитов приходится 1,8%, тубаларов – 0,9%, челканцев – 0,5%, кумандинцев – 0,5%, шорцев – 0,1% [11]. Основу экономики Алтая составляет туризм и сельское хозяйство – животноводство, садоводство, выращивание кормовых культур. В отраслях агропромышленного комплекса занято более 70% трудоспособного населения. Развитие экономического сектора представлено горнодобывающей (золото, серебро, вольфрам, молибден и др.), цветной металлургией (ртуть), лесной и деревообрабатывающей, легкой и пищевой. По темпам экономического развития РА характеризуется снижением объемов производства во всех основных видах экономической деятельности, за исключением сельскохозяйственного сектора [12].

Республика Тыва отличается наибольшей степенью этнической компактности, где тувинцы, включая тувинцев–тоджинцев, составляют подавляющую часть населения – 251155 человек (82,6%). В Тыве основной отраслью экономики является горнодобывающая промышленность на базе месторождений цветных металлов, асбеста, каменного угля и других полезных ископаемых [13, 14]. Однако экономическая эффективность от добычи полезных ископаемых в структуре валового регионального продукта невелика и составляет около 10%. Также в Тыве имеется пищевая, лесная и деревообрабатывающая промышленность, доля которых в структуре ВВП составляет чуть более 8%, несмотря на то, что Тыва богата природными ресурсами, республика относится в группу неблагоприятных регионов с незначительным инвестиционным потенциалом и высокими рисками инвестиций. Поэтому главной социально–экономической проблемой является слаборазвитая экономика.

В Забайкальском крае подавляющая часть населения приходится на русских – 977400 человек (89,9%). Буряты проживают в основном в Агинском Бурятском округе, численность их составляет 73941 человек, или 6,8% от численности всего населения Забайкальского края [11]. Агинский Бурятский округ традиционно относится к аграрным регионам, более 40% основных фондов приходится на аграрный сектор. Основные сельскохозяйственные отрасли – пастбищное тонкорунное овцеводство, мясное и мясомолочное животноводство, табунное коневодство. Промышленность находится на стадии развития и связана с переработкой мясного и сельскохозяйственного сырья. Имеются месторождения полезных иско-

паемых, в числе которых золото, висмут, вольфрам, олово, медь и другие. В 2008 г. было принято решение об объединении Агинского Бурятского автономного округа с Читинской областью в новый субъект РФ – Забайкальский край. Правильность такого решения в настоящее время трактуется неоднозначно вследствие экономических, социальных и административных проблем, возникших после объединения двух субъектов [15].

В Республике Саха (Якутия) доля коренного населения составляет 54,1% (506428 человек), самые многочисленные якуты, или саха – 49,9% (466492 человека). Остальная часть коренного населения представлена эвенками (2,2%), эвенками (1,6%), долганами, юкагирами и чукчами (0,4%). Якутия является богатейшим регионом России, уникальным по разнообразию природных ресурсов, в числе которых крупнейшие в стране алмазные месторождения, Эльконское урановое и Эльгинское угольное месторождения, месторождения нефти и газа, запасы руд чёрных, цветных, редких и благородных металлов, разнообразные виды горно–химического сырья и строительных материалов. Основные секторы промышленности включают добычу и переработку полезных ископаемых, производство энергоносителей, лесную, пищевую и легкую промышленность, судостроение. Сельское хозяйство представлено многообразными отраслями, в числе которых мясо–молочное животноводство, коневодство, оленеводство, овощеводство, картофелеводство, рыбный промысел, сбор ягод и даров природы. По итогам социально – экономического развития РС(Я) занимает лидирующую позицию среди других регионов Дальневосточного федерального округа [16].

Таким образом, три из четырех национальных субъектов РФ – Забайкальский край, республика Тыва и Алтай – относятся к регионам со слаборазвитым научно–техническим потенциалом и малодиверсифицированной структурой экономики. Исключение составляет Республика Саха (Якутия), которая является богатейшим субъектом России, уникальным по разнообразию природных ресурсов, с хорошо развитым промышленным сектором.

Характеристика уровня жизни населения в изучаемых регионах.

Анализ занятости трудоспособного населения показал, что на протяжении всего изучаемого периода самый высокий показатель безработицы регистрировался в Республике Тыва и стабильно превышал общероссийский показатель в три и более раз (табл. 1).

Таблица 1

Уровень жизни населения в изучаемых регионах за период 2005–2016 гг.

Основные характеристики	Годы						
	2005	2010	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Уровень безработицы (%)</i>							
Российская Федерация	7,1	7,3	5,5	5,5	5,2	5,6	5,5
Республика Алтай	9,4	12,2	11,6	11,5	10,4	9,7	12,0
Республика Тыва	21,9	21,7	18,4	19,3	19,1	18,6	16,6
Забайкальский край	8,6	11,1	10,6	10,5	10,0	10,4	10,8
Республика Саха (Я)	9,2	8,9	8,0	7,4	7,4	7,3	7,2
<i>Среднедушевые доходы населения (в месяц; рублей)</i>							
Российская Федерация	8088	18958	23221	25928	27766	30467	30744
Республика Алтай	4381	13536	14283	14752	17134	18254	17827
Республика Тыва	4162	10160	12014	13472	14083	15246	14107
Забайкальский край	5908	14205	17546	19886	20520	22980	22846
Республика Саха (Я)	11350	23088	28701	31528	34205	37805	38933
<i>Численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума (%)</i>							
Российская Федерация	17,8	12,5	10,7	10,8	11,2	13,3	13,4
Республика Алтай	35,9	17,7	18,5	20,9	20,7	24,3	25,9
Республика Тыва	44,4	29,6	27,9	33,4	34,7	38,3	42,1
Забайкальский край	26,1	19,0	17,6	16,2	18,0	20,4	21,4
Республика Саха (Я)	20,9	19,0	16,7	16,3	17,4	19,0	19,8
<i>Потребительские расходы в среднем на душу населения (в месяц; рублей)</i>							
Российская Федерация	5627	13192	17232	19075	20921	21631	22468
Республика Алтай	2107	6172	7897	8764	11134	10564	11083
Республика Тыва	1958	4299	5552	6090	6649	7441	7430
Забайкальский край	3747	9192	11944	13128	14095	15159	15870
Республика Саха (Я)	6780	14439	17528	19269	21878	24146	26082
<i>Оборот розничной торговли на душу населения (в фактически действовавших ценах; рублей)</i>							
Российская Федерация	49063	115591	149401	165051	180410	188017	193062
Республика Алтай	19608	58738	75583	83988	97474	100956	105669
Республика Тыва	18447	38512	48949	54096	60063	68576	67775
Забайкальский край	35002	84899	105860	116140	124928	135400	142227
Республика Саха (Я)	54848	113866	135106	149556	173477	196688	211758

В других субъектах РФ уровень безработицы также высок: в Якутии доля безработного населения превышала средний показатель по России в 1,3 раза, в Забайкальском крае в 1,9 раза, на Алтае в 2,1 раза. В динамике за 12-летний период произошло уменьшение доли незанятого населения в РТ на 5,3% и в Якутии на 2%. В двух других субъектах РФ отмечен рост уровня безработицы: в Республике Алтай на 2,6%, в Забайкальском крае на 2,2%.

С 2005 по 2016 гг. самые низкие среднедушевые доходы населения зафиксированы в Республике Тыва (14107 руб./мес.), самые высокие – в Якутии (38933 руб./мес.). В динамике за 12-летний период среднедушевые доходы населения увеличивались как в целом по стране (в 3,8 раза), так и в субъектах РФ: на Алтае в 4,1 раза, в Тыве 3,4 раза, в Забайкальском крае в 3,9 раза, в Якутии 3,4 раза.

Численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума за анализируемый период была высокой, особенно в Республике Тыва (от 27,9 до

44,4%), в РА от 17,7 до 35,9%, в Забайкальском крае от 16,2 до 26,1%, в РС(Я) от 16,3 до 20,9%. В динамике за 12-летний период численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума сократилась как в целом по стране (на 4,4 %), так и в национальных субъектах РФ: в Республике Алтай на 10%, в Забайкальском крае на 4,7%, в Тыве на 2,3%, в Якутии на 1,1%.

Самые низкие потребительские расходы на протяжении всего периода стабильно регистрировались в Республике Тыва, самые высокие – в Якутии. Рост потребительских расходов в среднем на душу населения за 12-летний период наблюдался как в целом по стране (в 3,9 раза), так и в субъектах РФ: на Алтае в 5,2, в Тыве 3,8, в Забайкальском крае в 4,2, в Якутии 3,8 раза.

Оборот розничной торговли на душу населения в национальных субъектах РФ был ниже общего показателя по стране: в РА в 1,8–2,5 раз, в РТ в 2,7–3 раза, в Забайкальском крае в 1,4 раза, в РС(Я) приближался к общероссий-

скому показателю. За анализируемый период оборот розничной торговли увеличился как в среднем по России (в 3,9 раза), так и в регионах: на Алтае в 5,4 раза, в Тыве в 3,7 раза, в Забайкальском крае в 4,1 раза, в Якутии в 3,9 раза.

Судя по материалам Федеральной службы государственной статистики, за 12-летний период происходило постепенное улучшение уровня жизни населения как в целом по стране, так и в изучаемых регионах. Увеличились среднедушевые доходы населения, произошёл рост потребительских расходов и оборота розничной торговли на душу населения, сократилась численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума. В то же время, сохранялась и продолжает сохраняться диспропорция между общероссийскими показателями и показателями регионов, что говорит о постоянном отставании уровня жизни в национальных субъектах РФ. Так, по данным 2016 г., в национальных субъектах РФ уровень безработицы был выше в Тыве в 3 раза, на Алтае в 2,2 раза, Забайкальском крае в 2 раза. Доля населения, живущего за чертой бедности, была выше в Тыве в 3,1 раза, на Алтае в 1,9 раз, Забайкальском крае в 1,6 раз, в Якутии в 1,5 раз. Среднедушевой доход населения был ниже в Тыве в 2,2 раза, на Алтае в 1,7 раз, в Забайкальском крае в 1,3 раз. Потребительские расходы были ниже в РТ в 3 раза, в РА в 2 раза, Забайкальском крае в 1,4 раза. По основным социально-экономическим показателям национальные субъекты РФ на сегодняшний день продолжают относиться к числу неблагополучных (табл. 2).

Абсолютное лидерство в данном рейтинге принадлежит Республике Тыва (РТ). Из 85 регионов Российской Федерации РТ занимает последнее место по среднедушевым доходам населения и жилищным условиям (показатель

исчисляется общей площадью жилых помещений на одного жителя), предпоследнее – по уровню занятости трудоспособного населения и покупательной способности (или розничном обороте торговли на душу населения). Инвестиции в основной капитал и величина валового регионального продукта на душу населения в Тыве одни из самых низких в стране.

В списке неблагополучных регионов Алтай занимает второе место, Забайкальский край третье. Так, по уровню занятости трудоспособного населения РА находится на 81, а Забайкальский край на 79 месте среди 85 субъектов РФ. По среднедушевым доходам населения и покупательной способности РА занимает 80, а Забайкальский край 59 и 58 места соответственно.

Иная ситуация наблюдается в РС(Я), где достаточно высоки инвестиции в основной капитал и валовый региональный продукт на душу населения (5 и 8 места соответственно). Среднедушевые доходы населения и покупательная способность также выше, чем в других национальных субъектах (11 и 12 места соответственно). Однако по уровню занятости трудоспособного населения и жилищным условиям республика приближается к показателям других национальных субъектов (60 и 71 места соответственно). Такое рассогласование показателей позволяет предположить более выраженную централизацию капитала и социальное расслоение с обнищанием, в первую очередь, коренного населения.

Наши исследования выявили, что уровень жизни коренного населения значительно ниже, чем средний уровень по региону. Так, социально-гигиенический анализ семей коренного населения Якутии, показал, что в одном из богатейших регионов страны большинство коренных семей живут в бедности, граничащей с нищетой [17].

Таблица 2

Место, занимаемое национальным субъектом в РФ в 2016 г. по основным социально-экономическим показателям

Показатели	Р. Алтай	Р. Тыва	Забайкальский край	Р. Саха (Якутия)
Уровень занятости трудоспособного населения	81	84	79	60
Среднедушевые доходы населения	80	85	59	11
Потребительские расходы на душу населения	81	84	63	11
Валовый региональный продукт на душу населения	73	83	64	8
Инвестиции в основной капитал на душу населения	54	79	39	5
Покупательная способность населения	80	84	58	12
Жилищные условия населения	77	85	75	71
Число собственных легковых автомобилей (на 1000 нас.)	66	82	63	73
Число зарегистрированных преступлений (на 100 000)	7	1	2	57

Таблица 3

Уровень жизни семей коренного населения Сибири (%)

Критерии анализа	Алтайцы (n=310)	Тувинцы (n=286)	Агинские буряты (n=307)	Якуты (n=331)	Эвены (n=74)	Эвенки (n=68)
Доход на одного члена семьи ниже величины прожиточного минимума	28,1	78,3	23,8	58,9	56,7	67,6
Уровень безработицы						
Общий	35,4	36,6	18,4	25,7	23,7	21,5
Среди мужчин	27,8	42,8	19,4	23,9	24,5	22,4
Среди женщин	43,1	30,4	17,4	27,5	22,9	20,6

Доход на одного члена семьи ниже величины прожиточного минимума имеют 58,9% якутских, 56,7% эвенских и 67,6% эвенкийских семей. Численность безработного населения среди представителей коренных популяций Якутии в 3 раза выше среднего показателя по региону (табл. 3).

Как показали наши исследования, в Республике Тыва численность коренных семей, живущих за чертой бедности, в 1,8 раза превышает общереспубликанский показатель, а уровень безработицы – в 1,7 раз [18]. Численность безработного населения среди коренных алтайцев в 3 раза выше, чем средний показатель по Алтаю, а уровень безработицы среди агинских бурят – в 1,7 раз превышает средний показатель по Забайкальскому краю.

Уровень преступности и смертности в изучаемых регионах.

Анализ правонарушений показал, что за период с 2005 по 2016 г. в национальных субъектах РФ уровень преступности превышал общероссийский показатель: в РА в 1,1–1,5 раз, в РТ в 1,1–2,3, в Забайкальском крае в 1,2–2,1

раз. Исключение составляет Якутия, где уровень преступности ниже, по сравнению со средним показателем РФ в 1,1–1,3 раза. За 12-летний период преступность в целом по России снизилась на 40,5%. Снижение показателя произошло и в регионах: в Якутии – на 35,4%, на Алтае – на 16,9%, в Забайкальском крае – на 6,4%. Исключение составляет Республика Тыва, где число зарегистрированных преступлений, по сравнению с 2005 г., увеличилось на 1,4% до 3442 на 100 тыс. населения (табл. 4).

Несмотря на снижение числа зарегистрированных преступлений за анализируемый период времени, уровень преступности в национальных субъектах РФ остаётся высоким, в сравнении со средними показателями по стране. Показатели зарегистрированных правонарушений, совершённых 2016 г., свидетельствуют о том, что в настоящее время в регионах наблюдается неблагоприятная криминальная ситуация. Крайне напряжённая – в Тыве, где число преступлений во много раз превышает общероссийский показатель.

Таблица 4

Число зарегистрированных преступлений за период 2005–2016 гг. (на 100 000 человек)

Субъект РФ	Годы						
	2005	2010	2012	2013	2014	2015	2016
Российская Федерация	2477	1840	1608	1527	1499	1631	1473
Республика Алтай	2690	2483	2261	2143	2044	2480	2236
Республика Тыва	3394	1947	1911	1973	2106	2682	3442
Забайкальский край	2932	2618	2851	3203	2953	3075	2744
Республика Саха (Я)	1991	1793	1269	1133	1121	1236	1287

Таблица 5

Виды зарегистрированных правонарушений, совершенных в 2016 г. (на 100000 человек)

Виды преступлений	РФ	Республика Алтай	Республика Тыва	Забайкальский край	Республика Саха
Убийство и покушение на убийство	7,1	13,8	35,2	19,4	14,8
Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью	18,7	35,9	124,2	47,5	38,6
Изнасилования	2,6	5,5	24,2	5,5	1,9
Грабежи	41,9	30,9	156,9	76,8	38,5
Разбой	7,8	5,9	26,4	12,0	5,1
Кража	593,4	804,6	1602,8	1292,4	426,6

Таблица 6

Смертность от неестественных причин (на 100000 населения)

Причина смерти	Годы						
	2005	2009	2010	2012	2014	2015	2016
<i>От внешних причин</i>							
Российская Федерация	220,7	158,3	151,8	135,3	129,8	121,3	114,2
Республика Алтай	402,1	256,7	263,6	255,0	223,3	205,2	141,6
Республика Тыва	466,8	366,1	371,4	330,7	304,0	286,9	261,7
Забайкальский край	409,2	268,0	265,9	235,7	208,4	195,4	176,2
Агинский Бурятский округ *		222,3	239,1				
Республика Саха (Я)	230,0	196,9	195,3	171,3	155,0	145,2	135,4
<i>От случайных отравлений алкоголем</i>							
Российская Федерация	28,6	15,0	13,4	10,6	10,7	10,4	9,6
Республика Алтай	96,5	35,2	42,7	31,5	21,6	20,5	11,6
Республика Тыва	87,0	44,1	45,5	37,1	26,5	23,5	23,0
Забайкальский край	65,7	28,0	29,4	26,4	24,9	21,0	15,4
Агинский Бурятский округ *		32,1	29,9				
Республика Саха (Я)	12,1	7,5	8,0	5,2	6,5	4,8	9,3
<i>От убийств</i>							
Российская Федерация	24,9	15,1	13,3	10,8	8,9	8,2	7,2
Республика Алтай	44,1	25,7	29,1	29,6	24,4	16,8	16,2
Республика Тыва	119,5	85,3	80,9	69,7	37,1	32,7	33,1
Забайкальский край	64,5	47,9	44,2	30,2	26,3	23,8	21,8
Агинский Бурятский округ *		21,8	35,1				
Республика Саха (Я)	52,8	33,5	34,3	28,0	21,0	20,7	20,1
<i>От самоубийств</i>							
Российская Федерация	32,2	26,5	23,4	20,8	18,5	17,4	15,8
Республика Алтай	87,2	68,6	65,5	65,0	59,7	56,4	37,9
Республика Тыва	51,6	57,7	70,8	58,1	9,6	13,6	10,1
Забайкальский край	72,2	71,8	65,3	58,2	47,7	50,1	39,9
Агинский Бурятский округ *		62,9	74,1				
Республика Саха (Я)	48,3	46,9	40,8	40,1	34,5	34,7	30,2

*Примечание – статистические данные имеются только за 2009–2010 гг.

Так, число изнасилований превышает в 9,3 раза, причинений тяжкого вреда здоровью – в 6,6, убийств и покушений на убийство – в 4,9, грабежей – в 3,7, разбоев – в 3,4, краж – в 2,7 раз (табл. 5).

Показатели зарегистрированных правонарушений в Забайкальском крае превышают общероссийские значения в 1,5–2,7 раз. В Республике Алтай регистрируется высокий уровень изнасилований (выше среднего показателя по стране в 2,1 раза), убийств и покушений на убийство – в 1,9 раза, умышленного причинения тяжкого вреда здоровью – в 2,1, краж – в 1,3 раза. В Республике Саха (Якутия) показатели умышленного причинения тяжкого вреда здоровью, убийств и покушений на убийство превышают общероссийские значения в 2,1 раза.

Анализ смертности от непреднамеренных причин показал, что самый высокий уровень смертности регистрировался в Тыве и стабильно превышал общероссийские значения в 2,1–2,4 раза (табл. 6). Смертность была выше и в других национальных субъектах РФ: в РА в

1,2–1,8, в Забайкальском крае в 1,6–1,8, в АБО в 1,4–1,6, в РС(Я) в 1,1–1,3 раз. За 12-летний период отмечалось уменьшение показателей смертности от внешних причин как в целом по стране (на 48,3%), так и в национальных субъектах РФ: на Алтае на 64,8%, в Тыве на 43,9%, в Забайкальском крае на 56,9%, в Якутии на 41,1%.

С 2005 по 2016 гг. самые высокие показатели смертности от случайных отравлений алкоголем регистрировались в Тыве и стабильно превышали общероссийские показатели в 2,3–3,4 раза. В Республике Алтай данный показатель был выше в 1,2–3,4 раза, в Забайкальском крае в 1,6–2,5 раз, в АБО в 2,1–2,2 раза. Исключение составляет Якутия, где смертность от случайных отравлений алкоголем ниже среднего показателя по России. За 12-летний период отмечалось уменьшение показателей смертности от случайных отравлений алкоголем как в целом по стране (на 66,4%), так и в национальных субъектах РФ: на Алтае – на 87,9%, в Тыве – на 73,5%, в Забайкальском крае – на 76,6 %, в Якутии – на 23,1%.

Смертность от убийств на протяжении всего периода была самой высокой в Тыве и превышала общероссийские значения в 3,9–6,4 раза. Высокая смертность от убийств регистрировалась в Забайкальском крае (выше в 2,5–3,3 раза общероссийских значений), в Агинском Бурятском округе (в 1,4–2,6), в Якутии (в 2,1–2,7 раз) и на Алтае (в 1,7–2,7 раз). В динамике, за анализируемый период отмечалось уменьшение показателей смертности от убийств как в целом по стране (на 71,1%), так и в национальных субъектах РФ: на Алтае – на 63,2%, в Тыве – на 72,3%, в Забайкальском крае – на 66,9%, в Якутии – на 61,9%.

Уровень самоубийств был высоким во всех анализируемых регионах: на Алтае показатель превышал общероссийские значения в 2,5–3,2 раза, в Тыве – в 1,6–3,0, в Забайкальском крае – в 2,5–2,7, в АБО – в 2,4–3,2, в Якутии – в 1,5–1,9 раз. За 12-летний период отмечалось уменьшение уровня самоубийств как в целом по стране (на 50,9%), так и в национальных субъектах РФ: в Республике Алтай – на 56,5%, в Забайкальском крае – 44,7 %, в Якутии – 37,5%.

Несмотря на снижение показателей смертности от непреднамеренных причин за анализируемый период времени, в настоящее время в национальных субъектах РФ уровень смертности сохраняется высоким и многократно превышает общероссийские значения. Так, в 2016 г. смертность от внешних причин превышала среднее значение по России в Тыве в 2,3, на Алтае в 2,4, в Забайкальском крае – 2,5, в Якутии – в 1,9 раза. Показатель смертности от случайных отравлений алкоголем был выше в РА в 1,2, в РТ – в 2,4, в Забайкальском крае – в 1,6 раза. Остаётся высоким уровень суицида,

который в 2–2,5 раза превышает общероссийский показатель.

Следует отметить, что по данным отчёта ФСГС, начиная с 2014 г., в Республике Тыва стал снижаться показатель смертности от самоубийств, который резко уменьшился в 5,6 раза, по сравнению с 2013 г. (с 54,3 до 9,6 на 100 тыс.) и даже стал ниже общероссийского показателя почти в два раза. Однако, учитывая, что в Тыве сохраняется крайне низкий уровень жизни населения и высокий уровень преступности, данные цифры вызывают большой вопрос.

При проведении корреляционного анализа между уровнем жизни населения и показателями смертности от убийств и самоубийств выявляется тесная взаимосвязь социально - экономического неблагополучия с проявлениями агрессивного и аутоагрессивного поведения (табл. 7).

Наиболее информативным показателем агрессивного и аутоагрессивного поведения является величина среднедушевых доходов населения, которая обратно пропорционально коррелирует с уровнем смертности от убийств и самоубийств как в Российской Федерации, так и во всех национальных субъектах. Взаимосвязь среднедушевых доходов населения с уровнем преступности выявлена в целом для России и отдельно для Якутии. Что касается уровня безработицы, то наблюдается прямая взаимосвязь между показателями незанятого населения и уровнем преступности и смертности от убийств и самоубийств в РФ, в РС(Я) и Тыве. Мы считаем, что если бы этот показатель учитывал этническую принадлежность, он был бы достоверным и для других национальных регионов.

Таблица 7

Корреляции между уровнем жизни населения и проявлениями агрессивного и аутоагрессивного поведения (г)

Критерии уровня жизни	Признаки агрессивного и аутоагрессивного поведения		
	Уровень преступности	Смертность от убийств	Смертность от самоубийств
<i>Уровень безработицы</i>			
Российская Федерация	0,81 *	0,78 *	0,83 *
Республика Алтай	0,42	0,35	0,44
Республика Тыва	0,14	0,78 *	0,50
Забайкальский край	0,32	0,55	0,28
Республика Саха (Я)	0,94 *	0,89 *	0,93 *
<i>Среднедушевые доходы населения</i>			
Российская Федерация	-0,94 *	-0,99 *	-0,98 *
Республика Алтай	-0,67	-0,94 *	-0,87 *
Республика Тыва	-0,32	-0,92 *	-0,96 *
Забайкальский край	-0,22	-0,97 *	-0,84 *
Республика Саха (Я)	-0,88 *	-0,97 *	-0,93 *

Примечание: *p<0,05

Обсуждение результатов.

Анализ данных Федеральной службы государственной статистики показал, что за период с 2005 по 2016 гг. происходило постепенное улучшение уровня жизни населения как в целом по стране, так и в изучаемых регионах. Это касалось увеличения таких показателей как среднедушевые доходы, потребительские расходы и оборот розничной торговли, уменьшение доли населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума.

В то же время, на протяжении всего анализируемого периода сохранялась и продолжает сохраняться диспропорция между региональными и общероссийскими показателями. Так, на сегодняшний день в национальных субъектах РФ уровень безработицы в 2–3 раза превышает общероссийские значения. Доля населения, живущего за чертой бедности выше в три раза, а среднедушевые доходы населения ниже более чем в два раза, по сравнению со средними показателями по стране.

Несмотря на улучшение социально - экономических показателей, национальные субъекты РФ продолжают относиться к числу неблагоприятных. Абсолютное лидерство в данном рейтинге принадлежит Республике Тыва, которая из 85 субъектов РФ занимает последнее место по среднедушевым доходам населения и предпоследнее – по уровню занятости. Недалеко ушли Республика Алтай и Забайкальский край, которые по уровню занятости трудоспособного населения и среднедушевым доходам также занимают одни из последних мест в стране. Исключение составляет Республика Саха (Якутия), где достаточно высоки инвестиции в основной капитал и валовый региональный продукт на душу населения, а соответственно – среднедушевые доходы и покупательная способность.

Однако наши исследования показали, что в национальных субъектах РФ уровень жизни представителей коренных популяций значительно ниже, чем средние значения по данному региону. Даже в таком богатейшем регионе страны, каким является Якутия, от 56,7 до 67,6% коренных семей живут в бедности, граничащей с нищетой, а доля безработного населения в три раза превышает средний показатель по региону.

Отсутствие работы и нищета приводят к социальной неудовлетворённости и сопровождаются высоким уровнем преступности.

Крайне напряжённая криминогенная обстановка отмечается в Тыве, где число зарегистрированных преступлений – разбоев, грабежей, убийств, изнасилований – превышает общероссийские значения от 3 до 9 раз. В Забайкальском крае число зарегистрированных правонарушений превышает общероссийские показатели более чем в два раза, в Республике Алтай – в два раза, в Республике Саха (Якутия) – в два раза.

В национальных субъектах РФ сохраняется на высоком уровне смертность от естественных причин, превышающая общероссийские значения в 2,5 раза. Показатели смертности от случайных отравлений алкоголем превышают средние значения по стране в 1,2–2,4 раза. Высока смертность от самоубийств, которая в 2–2,5 раза выше среднего значения по России. При этом отдельные регионы пытаются «улучшить» свои показатели. Так, по данным отчёта ФСГС, начиная с 2014 г. в Республике Тыва стал снижаться показатель смертности от самоубийств, который всего за год уменьшился в 5,6 раз, и в 2016 г. стал почти вдвое ниже общероссийского показателя. Этот факт не может не вызывать недоумения.

Корреляционный анализ выявил тесную взаимосвязь между низким уровнем жизни и высокими показателями смертности от убийств и самоубийств. Из всех социально - экономических показателей наиболее информативным индикатором агрессивного и аутоагрессивного поведения является величина среднедушевых доходов населения, которая обратно пропорционально коррелирует с уровнем смертности от убийств и самоубийств как в национальных субъектах, так и в Российской Федерации в целом.

Проведённый анализ показал, что самые неблагоприятные социально-экономические показатели регистрируются в Республике Тыва. Мы объясняем этот факт наибольшей степенью этнической компактности данного региона, по сравнению с другими национальными субъектами. Поэтому социально - экономические показатели Республики Тыва лучше других дают представление об уровне жизни коренных народов Сибири.

Социально-экономические показатели другого национального субъекта РФ – Республики Саха (Якутия) – дают понимание об уровне социальной адаптации коренных популяций. При том, что Якутия относится к одним из бо-

гатах регионов страны и имеет среднедушевые доходы населения, превышающие общероссийские значения, большинство обследованных нами коренных семей живёт в условиях хронической бедности.

Заключение.

Социальная не востребованность – вот главная социальная проблема многих представителей коренных популяций в настоящее время. Причиной её является изменение общественно-экономического строя и нарушение адаптации к изменившимся социальным условиям.

Э. Фромм в своих трудах показал, что смена общественного строя является стимулом для изменения социального характера [19]. Механизм формирования социального характера был описан на европейской популяции и сводился к динамической адаптации человека в ответ на появление новых потребностей. По мнению Э. Фромма, новые потребности порождают новые идеи, подготавливая людей к их восприятию. В свою очередь, новые идеи направляют человеческую деятельность в новое русло, укрепляя и усиливая новый социальный характер. Социальный характер не является результатом пассивного приспособления к социальным условиям. Это результат динамической адаптации на основе неотъемлемых свойств человеческой природы, заложенных биологически, либо возникших в ходе истории.

Процесс динамической адаптации в случае с коренными народами Сибири пошёл по другому пути. Насильственная ассимиляция поставила коренные этносы перед фактом выживания в изменившихся условиях, в которых основным критерием адаптации является не природный, а социальный. Однако большинство представителей коренных популяций не смогли сформировать новую идею и поменять экологическое сознание на более социальное. Народы, хорошо адаптированные к проживанию в суровом сибирском климате, в тесной связи с природой, одухотворявшие её и убеж-

денные в том, что природа – это живое существо, не смогли принять идеологию её разрушения. Коренные народы не смогли приобрести и новые потребности, так как на протяжении многих тысячелетий у них формировались особенности физиологии и функциональные потребности, максимально приближённые к требованиям окружающей среды. Поэтому многие представители коренных популяций не смогли адаптироваться к новым социально-экономическим реалиям и приобрести новый социальный статус.

Смена традиционного образа жизни и лишение национального промысла явились тяжёлыми стрессовыми событиями для коренных народов Сибири. Коренные этносы не смогли поменять экологическое сознание и сформировать новый социальный характер, что вылилось в расстройство адаптации. Безработица, нищета, социальная изоляция, отсутствие дальнейших перспектив – её социальные признаки. Агрессивное и аутоагрессивное поведение – её клинические проявления. Нарушение адаптации, которое произошло у представителей коренных народов Сибири, охватывает всю популяцию, объединяет несколько поколений, включает все возрастные группы, в том числе детей и подростков, и является прямым следствием продолжительных стрессовых воздействий, связанных со сменой образа жизни.

Выводы.

Множество социальных проблем, которые присутствуют в среде популяций коренных народов Сибири – безработица, нищета, социальная не востребованность, отсутствие дальнейших перспектив – являются следствием нарушения адаптации, охватывающей всю популяцию. Клинические симптомы популяционного расстройства адаптации проявляются разрушительными тенденциями как на эмоциональном уровне – в виде социального гнева, так и на поведенческом – в разнообразных формах агрессивного и аутоагрессивного поведения.

Литература:

1. Семёнова Н.Б. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: смена традиционного образа жизни. *Суицидология*. 2017; 8 (4): 31–43.
2. Wexler L., Hill R., Bertone–Johnson E., et al. Correlates of Alaska Native fatal and nonfatal suicidal behaviors 1990–2001. *Suicide Life Threat. Behav.* 2008; 38 (3): 311–20.
3. Wexler L., Silveira M.L., Bertone–Johnson E. Factors associated with Alaska Native fatal and nonfatal suicidal behaviors 2001–2009: trends and implications for prevention. *Arch. Suicide Res.* 2012; 16 (4): 273–86.

References:

1. Semenova N.B. The causes of suicidal behavior in native peoples of Siberia: transition from traditional lifestyle. *Suicidology*. 2017; 8 (4): 31–43. (In Russ)
2. Wexler L., Hill R., Bertone–Johnson E., et al. Correlates of Alaska Native fatal and nonfatal suicidal behaviors 1990–2001. *Suicide Life Threat. Behav.* 2008; 38 (3): 311–20.
3. Wexler L., Silveira M.L., Bertone–Johnson E. Factors associated with Alaska Native fatal and nonfatal suicidal behaviors 2001–2009: trends and implications for prevention. *Arch. Suicide Res.* 2012; 16 (4): 273–86.

4. Qi X., Tong S., Hu W. Preliminary spatiotemporal analysis of the association between socio-environmental factors and *suicide*. *Environ. Health*. 2009; 1 (8): 46.
5. Spein A.R., Pedersen C.P., Silviken A.C., et al. Self-rated *health* among Greenlandic Inuit and Norwegian Sami adolescents: associated risk and protective correlates. *Int. J. Circumpolar Health*. 2013; 72 (3). 134-38.
6. Derek Cheung Y.T., Spittal M.J., Williamson M.K., et al. Predictors of suicides occurring within *suicide* clusters in Australia, 2004–2008. *Soc. Sci. Med.* 2014.; 118: 135–42.
7. Kalist D.E., Molinari N.A., Siahaan F. Income, employment and suicidal behavior. *J. Mental Health Policy & Economics*. 2007; 10: 177–87.
8. Parker R. Australia's aboriginal population and mental health. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2010; 198 (1): 3–7.
9. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2017. Росстат. М., 2017. 1402 с.
10. Федеральная служба государственной статистики: <http://www.gks.ru>
11. Предварительные итоги Всероссийской переписи населения 2010 года: Стат. сборник. М.: ИИЦ «Статистика России». 2011.
12. Статистический ежегодник Республики Алтай. 2016: Стат. сб. / Горно-Алтайск: Алтайстат. 2016. 411 с.
13. Соян М.К. Оценка эффективности развития производственного комплекса и его влияния на социально-экономическое состояние региона: на примере освоения угольных месторождений Республики Тыва: дис. ... канд. эконом. наук. Новосибирск, 2006. 166 с.
14. Дабиев Д.Ф. Экономическая оценка эффективности освоения минеральных ресурсов региона: на примере Республики Тыва: дис. ... канд. эконом. наук. Новосибирск, 2009. 339 с.
15. Анучина Н.А. Объединение Читинской области и АБАО: экспертное мнение. *Вестник Читинского государственного университета ГУ*. 2011; 12 (79): 61–5.
16. О прогнозе социально-экономического развития Республики Саха (Якутия) на 2015–2019 годы: Постановление Правительства РС (Я) от 18 октября 2014 г. № 353.
17. Семёнова Н.Б., Лаптева Л.В. Социально-гигиеническая и медико-демографическая характеристика семей коренного населения Якутии. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015; 5: 12–15.
18. Семёнова Н.Б., Манчук В.Т. Социально-гигиеническая и медико-демографическая характеристика семей коренного населения Республики Тыва в современных социально-экономических условиях. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2006; 5: 34–37.
19. Фромм Э. Бегство от свободы: пер. с англ. А.И. Фет / М.: Прогресс. 1995. 231 с.
4. Qi X., Tong S., Hu W. Preliminary spatiotemporal analysis of the association between socio-environmental factors and *suicide*. *Environ. Health*. 2009; 1 (8): 46.
5. Spein A.R., Pedersen C.P., Silviken A.C., et al. Self-rated *health* among Greenlandic Inuit and Norwegian Sami adolescents: associated risk and protective correlates. *Int. J. Circumpolar Health*. 2013; 72 (3). 134-38.
6. Derek Cheung Y.T., Spittal M.J., Williamson M.K., et al. Predictors of suicides occurring within *suicide* clusters in Australia, 2004–2008. *Soc. Sci. Med.* 2014.; 118: 135–42.
7. Kalist D.E., Molinari N.A., Siahaan F. Income, employment and suicidal behavior. *J. Mental Health Policy & Economics*. 2007; 10: 177–87.
8. Parker R. Australia's aboriginal population and mental health. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2010; 198 (1): 3–7.
9. Регионы России. Social'no-jekonomicheskie pokazateli [Regions of Russia. Socio-economic indicators. Rosstat. M., 2017. 1402 s. (In Russ)]
10. Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki [Federal state statistics service]: <http://www.gks.ru> (In Russ)
11. Predvaritel'nye itogi Vserossijskoj perepisi naselenija 2010 goda [Preliminary results of the 2010 Russian population census]: Stat. sbornik. M.: IIC «Statistika Rossii». 2011. (In Russ)
12. Statisticheskij ezhegodnik Respubliki Altaj [Statistical Yearbook of the Altai Republic]. 2016: Stat. sb. / Gorno-Altajsk: Altajstat. 2016. 411 s. (In Russ)
13. Sojan M.K. Ocenka jeffektivnosti razvitija proizvodstvennogo kompleksa i ego vlijaniya na social'no-jekonomicheskoe sostojanie regiona: na primere osvoenija ugol'nyh mestorozhdenij Respubliki Tyva [Evaluation of the efficiency of the production complex and its impact on the socio-economic condition of the region: on the example of the development of coal deposits of the Republic of Tyva]: dis. ... kand. jekonom. nauk. Novosibirsk, 2006. 166 s. (In Russ)
14. Dabiev D.F. Jekonomicheskaja ocenka jeffektivnosti osvoenija mineral'nyh resursov regiona: na primere Respubliki Tyva [Economic evaluation of the efficiency of development of mineral resources in the region: the example of the Republic of Tyva]: dis. ... kand. jekonom. nauk. Novosibirsk, 2009. 339 s. (In Russ)
15. Anuchina N.A. Ob`edinenie Chitinskoj oblasti i ABAO: jekspertnoe mnenie [Association of the Chita region and ABAO: expert opinion]. *Vestnik ChitGU [Bulletin of Chita state University]*. 2011; 12 (79): 61–5. (In Russ)
16. O prognoze social'no-jekonomicheskogo razvitija Respubliki Saha (Jakutija) na 2015–2019 gody [On the forecast of socio-economic development of the Sakha (Yakutia) Republic for 2015-2019]: Postanovlenie Pravitel'stva RS (Ja) ot 18 oktjabrja 2014 g. № 353. (In Russ)
17. Semjonova N.B., Lapteva L.V. Social'no-gigienicheskaja i mediko-demograficheskaja harakteristika semej korennoego naselenija Jakutii [Socio-hygienic and medical-demographic characteristics of the families of the indigenous population of Yakutia]. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohranenija i istorii mediciny [Problems of social hygiene, health care and medical history]*. 2015; 5: 12–15. (In Russ)
18. Semjonova N.B., Manchuk V.T. Social'no-gigienicheskaja i mediko-demograficheskaja harakteristika semej korennoego naselenija Respubliki Tyva v sovremennyh social'no-jekonomicheskix uslovijah [Socio-hygienic and socio-demographic characteristics of the families of the indigenous population of the Republic of Tyva in modern socio-economic conditions]. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohranenija i istorii mediciny [Problems of social hygiene, health care and medical history]*. 2006; 5: 34–37. (In Russ)
19. Fromm Je. Begstvo ot svobody [Escape from freedom]: per. s angl. A.I. Fet / M.: Progress. 1995. 231 s. (In Russ)

CAUSES OF SUICIDAL BEHAVIOR IN INDIGENOUS PEOPLES OF SIBERIA: SOCIO-ECONOMIC RISK FACTORS

N.B. Semenova

Krasnoyarsk Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Research Institute of Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia; snb237@gmail.com

Abstract. This article is a continuation of the series of scientific publications devoted to the study of the causes and risk factors of suicidal behavior among the indigenous peoples of Siberia – the Altaians, Buryats, Tuvinians, Yakuts, Evens, Evenks. The death rate from suicides among the indigenous peoples of Siberia is many times higher than the average for the Russian Federation (RF), which requires a careful analysis of this social phenomenon and an explanation of its causes. Aim of the study is to assess the standard of living of representatives of the indigenous populations of Siberia - Altaians, Buryats, Tuvinians, Yakuts, Evens, Evenks - according to the basic socio-economic indicators of the regions. To study the role of socio-economic factors in the formation of aggressive and autoaggressive behavior. Materials of the study. Statistical materials of the Federal State Statistics Service (FSSS), statistical

data on the socio-economic situation of the subjects of the Russian Federation. Object and methods of research. Dynamic analysis of socio-economic indicators (unemployment rate, population with cash incomes below the subsistence level, average per capita incomes, consumer spending of the population) in four national regions of the Russian Federation - the Republic of Altai, the Republic of Tyva, the Republic of Sakha (Yakutia) and the Trans-Baikal Territory - for the period from 2005 to 2016. Results. The standard of living of the population dwelling in the national subjects of the Russian Federation is much lower than the national average. The unemployment rate is 10.8-12.0% (for the Russian Federation – 5.5%); the share of the population with cash incomes below the subsistence level reaches 42.1% (in the Russian Federation it is 13.4%); per capita incomes of the population are more than twice as lower. Representatives of indigenous populations make up the poorest part of the population of national subjects: the unemployment rate among them reaches 36.6%, and the share of families living below the poverty line is 78.3%. According to the FSGS, in the national subjects of the Russian Federation, high mortality rates from unnatural causes are recorded, exceeding the all-Russian values by 2.5 times, and the level of suicide exceeds the Russian average by 2-2.5 times. The crime rate is high: the number of recorded crimes – robberies, thefts, murders, rapes – exceeds the all-Russian index from 3 to 9 times. The close correlation between low living standards and high mortality rates from homicides and suicides has been identified. The most informative indicator of aggressive and autoaggressive behavior is the average per capita income of the population, which inversely correlates with the death rate from murders ($p < 0.05$) and suicides ($p < 0.05$) both in national subjects and in the Russian Federation in general. Conclusions. A lot of social problems that are present among the populations of the indigenous peoples of Siberia – unemployment, poverty, social lack of demand, lack of further prospects – are a consequence of a violation of adaptation that covers the entire population. The clinical symptoms of population adaptation disorder are manifested by destructive tendencies both at the emotional level – in the form of social anger and behavior abnormalities – in various forms of aggressive and autoaggressive behavior.

Keywords: suicide, crime, mortality, indigenous peoples, Siberia, socio-economic indicators, the level of life, Yakutia, Altai, Buryatia, Tuva, Yakut, Eveny, Evenki, Tuvinians, Altaians, Buryats, Russia

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Семёнова Н.Б. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: социально-экономические факторы риска. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 30-41.
doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-30-41](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-30-41)

For citation: Semenova N.B. Causes of suicidal behavior in indigenous peoples of Siberia: socio-economic risk factors. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 30-41. (In Russ) *doi:* [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-30-41](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-30-41)

УДК 616.89-008

doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-41-52](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-41-52)

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОСТИ У МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

А.Г. Бородина

ВГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва, Россия

Контактная информация:

Бородина Любовь Георгиевна – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 1981-7196). Место работы и должность: доцент кафедры клинической и судебной психологии ВГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет». Адрес: Россия, г. Москва, ул. Сретенка, 29. Телефон: (495) 632-99-97, электронный адрес: bor111a@yandex.ru

Целью исследования было выявление и анализ суицидальности среди матерей детей с аутизмом. Материал и методы: проведён анонимный интернет-опрос 84 матерей детей с аутизмом на предмет наличия у них суицидальных мыслей, намерений и истории совершённых суицидальных попыток в связи с болезнью ребенка, с последующим более подробным очным или заочным дообследованием желающих. Результаты: Пресуицидальные настроения обнаружены у 72,6% женщин. Около половины из них в тот или иной период жизни обдумывали способ самоубийства, практически всегда – с вовлечением ребёнка. Четверть опрошенных имела историю обдумывания конкретных суицидальных намерений, самым частым вариантом которых была преднамеренная автокатастрофа. 8% женщин имели историю суицидальных попыток, причиной которых они считали болезнь ребёнка. Две респондентки рассказали о начатых, но прерванных суицидальных попытках с вовлечением ребёнка. Ещё двое – о покушениях на суицид без участия детей. Среди факторов, провоцировавших появление суицидальных мыслей, преобладали «размышления о будущем своём / ребёнка» и ухудшение или отсутствие улучшения в его психическом состоянии, делающие будущее помещение выросшего сы-

на/дочери в психоневрологический интернат неизбежностью. Тема психоневрологических интернатов, условий содержания в них и негуманного отношения со стороны персонала была центральной в обсуждении переживания «безысходности». Среди других факторов суицидальности женщины выделили: усталость и истощение, постоянный крик ребёнка, его агрессия, бессонные ночи, бестактность специалистов и окружающих, стыд за ребёнка перед окружающими. Из факторов, помогающих преодолеть суицидальные мысли, матери указывали на поддержку близких и работу. Обсуждаются особенности суицидальных переживаний матерей детей с аутизмом, такие как часто неосознаваемые предвосхищение и страх собственной психалгии в будущем, идентификация с ребёнком, проекция на него своих переживаний и страхов, склонность к обдумыванию способов суицида с вовлечением в него ребёнка и др. Сделаны выводы о принадлежности семей детей с аутизмом к группе риска в отношении совершения суицидальных актов, в том числе постгомицидных, и необходимости обеспечения доступной экстренной психотерапевтической помощи родителям детей с аутизмом в кризисных ситуациях.

Ключевые слова: суицидальность, суицид, постгомицидный суицид, суицидальная попытка, матери детей с аутизмом, аутизм

Детский аутизм – тяжёлое, в большинстве случаев инвалидизирующее, расстройство развития, – в настоящее время является предметом интереса исследователей различных научных направлений. По данным американского Центра по контролю и предупреждению заболеваний, встречаемость расстройств аутистического спектра (РАС) по всему миру продолжает непрерывно расти, и в США достигла в настоящее время пропорции 1 : 59 здоровых детей [1]. Официальные данные о распространённости РАС в России отсутствуют. Родители, воспитывающие ребенка с аутизмом, несут тяжёлую психологическую нагрузку, склонны к развитию депрессий и тревожных расстройств [2, 3, 4] и «психологическому выгоранию» [5]. Им свойственны «тревожное, катастрофическое мышление» и множественные соматические жалобы. При этом показатели тревоги и выраженность депрессивных расстройств (пониженное настроение, пессимизм, ангедония, недостаток инициативы) у родителей детей с аутизмом выше, чем у родителей детей с другими ментальными нарушениями [6, 7]. При этом J. Fairthorne [8] считает, что в развитии депрессий у родителей большую роль играет тяжесть самой ситуации родительства, чем предсуществовавшие у них психические расстройства. У матерей возрастает и риск более ранней смерти: риск смерти от рака выше на 50%, сердечно-сосудистых заболеваний – на 150%, внезапного происшествия – на 200% по сравнению с общей популяцией. Под «происшествием» в данном исследовании понимались все случаи убийств, самоубийств и несчастных случаев. В качестве факторов риска суицида и несчастного случая автор выделяет депрессию и недостаток сна [8].

В зарубежных СМИ в последние годы периодически появляются сообщения о фактах завершённых суицидов в семьях детей с аутизмом. В апреле 2014 года английская Daily Mail сообщила о суициде 40-летней матери с пред-

шествовавшим убийством ею 16-летнего аутичного сына. Трагическое событие произошло в канадском штате Бритиш Колумбия. Издание приводит пост матери в фейсбуке, опубликованный ею накануне самоубийства: «Больше, больше должно делаться для наших подростков с особыми потребностями, они отвержены... Канаде нужно больше учреждений для постоянного пребывания и временных передышек для тех семей, которые надеются жить со своими детьми дома» [9].

Американское издание Mercury News в марте 2012 сообщило о подобной трагедии в штате Калифорния: 53-летняя мать застрелила из ружья своего 22-летнего аутичного сына, отчаявшись найти для него программу дневной занятости [10].

Австралийская газета «News.com.au» сообщила в октябре 2016 года о расширенном суициде семьи: матери, отца и двоих аутичных детей, 11-летней девочки и 10-летнего мальчика. Самоубийство было совершено путём самоотравления газом. Как комментирует издание, после достижения ребёнком возраста 6 лет государственное финансирование его реабилитации резко сокращается [11].

В отечественной литературе проблемы семей детей с аутизмом только начинают изучаться, а кризисные состояния родителей и их последствия остаются малоизученными. Можно отметить лишь единичные работы. Так, В.В. Ткачёва [12] выделяет гипостенический тип родителя, склонный к депрессивному фону настроения и пессимизму, а основным психотравмирующим фактором для родителей детей с аутизмом считает эмоциональную фрустрированность вследствие отсутствия адекватного эмоционального ответа от ребенка. Другие авторы [13] указывают на такие особенности родителей детей с нарушениями психического развития, как высокая личностная и ситуативная тревожность, депрессия, неумение выстроить воспитательный процесс. Научных работ,

посвящённых суицидальному риску родителей, в доступной отечественной литературе практически нет. О наличии суицидальных тенденций можно узнать преимущественно из интернет-сетей: «Как мне жить? У меня двое маленьких детей, у обоих аутизм... я так хочу хоть немного отклика от них... но у меня только синяки и укусы на всем теле, я терплю, я понимаю, что они не понимают, но, когда я вижу детей, обнимающих своих мам, смотрящих им в глаза, мне так горько бывает.... я уже сломалась. Мечтаю-мечтаю-мечтаю о смерти, и не могу, у детей нет никого, они не виноваты. Последнее время думаю, что уйти надо нам всем. Как не сделать им больно или не дай Бог не покалечить? Как нам втроём заснуть и не проснуться?» [14].

Таким образом, независимо от страны проживания, аутизм может оказаться непосильной психотравмирующей ситуацией для семьи, воспитывающей такого ребёнка или взрослого.

Цель исследования: выявление и анализ особенностей суицидальных тенденций у матерей детей с диагнозом расстройств аутистического спектра (РАС).

Материал и методы.

Родителям была предложена анонимная онлайн-анкета. Анкету заполнили 84 матери, отцов среди участников не оказалось. Возраст обследуемых различался в пределах от 26 до 60 лет (средний – 34,2 года). Каждая обследуемая имела хотя бы одного ребёнка с диагнозом из группы расстройств аутистического спектра: «детский аутизм», «атипичный аутизм» или «синдром Аспергера».

Анкета состояла из 8 вопросов:

1. Бывало ли так, что в связи с диагнозом ребёнка Вас посещали мысли о нежелании жить?

2. Мысли о нежелании жить провоцировались:

- ухудшением состояния ребёнка или отсутствием у него прогресса в развитии;
- бестактностью специалистов;
- бестактностью окружающих;
- размышлениями о будущем своём и/или ребёнка;
- усталостью, истощением;
- бессонными ночами;
- постоянным беспокойством / криком ребёнка;
- агрессией ребёнка;
- аутоагрессией ребёнка;
- стыдом перед окружающими за ребёнка;

– дополнительной травмой (например, уходом супруга);

– другое (респонденты имели возможность вписать свой вариант ответа).

3. Бывало ли так, что Вы обдумывали конкретный способ, как это сделать?

4. Было ли так, что Вы думали: «Я сделаю так, что мы уйдем вместе»?

5. Были ли Вы на грани совершения неправомерного?

6. Были ли у Вас попытки свести счёты с жизнью в связи с болезнью ребёнка?

7. Бывают ли у Вас в настоящее время суицидальные мысли (как минимум 1 раз за прошедший месяц)?

8. Что помогало (помогает) Вам преодолевать плохие мысли?

- поддержка близких;
- психотерапия;
- лекарственная терапия;
- работа;
- прогресс у ребёнка;
- религия;
- другое (собственные варианты ответов).

После заполнения анкеты желающие могли добавлять свои комментарии, участвовать в личной переписке или очной встрече, в которых задавались уточняющие вопросы, а матери дополняли формальные ответы более подробными и «живыми» рассказами, воспоминаниями, переживаниями.

Результаты и обсуждение:

Представленность различных вариантов суицидальности среди матерей показана на рис. 1.

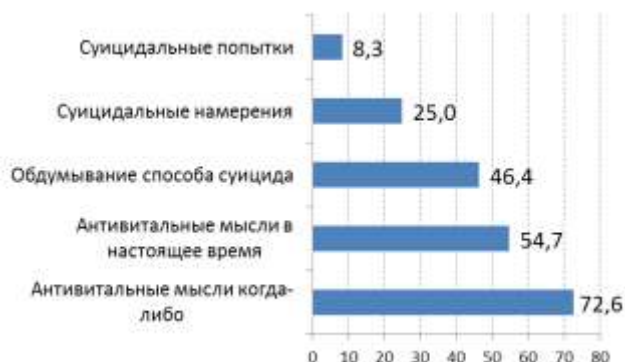


Рис. 1. Доля различных вариантов суицидальности среди матерей детей с аутизмом, в %.

Как можно отметить, у большинства (72,6%) опрошенных женщин в тот или иной период жизни с аутичным ребёнком возникали мысли о нежелании жить. В вопросе не уточ-

нялся характер этих мыслей. В эти случаи вошли и так называемые пассивные пресуицидальные антивитаальные настроения [15, 16, 17]: переживания типа «лучше бы не жить», «хорошо бы умереть», без осознания желания совершить конкретное действие, направленное на прекращение жизни. В личной беседе некоторые матери сообщали, что пассивное нежелание жить присутствует у них постоянно, как привычный эмоциональный фон. Неизлечимая болезнь ребёнка делает невозможными надежды на более радостное будущее; напротив, будущее, связанное со взрослением ребёнка и старением родителей, по словам большинства женщин, представляется им «невыносимым», «страшным», «ужасающим». Нередко в беседе они резко прекращали разговор на тему будущего, подчеркивали, что живут «одним днём».

Как показал дополнительный опрос, у 54,7% респонденток мысли о нежелании жить присутствуют и в настоящее время.

Около трети опрошенных (27,2%) отрицали наличие у себя когда-либо мыслей о нежелании жить. Напротив, некоторые из них добавляли аффективно заряженные противоположные варианты ответов: «Я жить хочу!», «Что за вопросы, как можно!», «Да не бывает у меня таких мыслей и не было никогда!», «Надо жить, несмотря ни на что!»

Факторы, провоцирующие появление мыслей о нежелании жить, отражены в таблице 1.

Таблица 1

Частота провоцирующих суицидальные мысли факторов, в %

Провоцирующий фактор	%
Размышления о будущем ребёнка/себя	47,6
Усталость, истощение	36,9
Отсутствие прогресса у ребёнка	26,2
Крик, беспокойство ребёнка	25,0
Бестактность специалистов	19,0
Бестактность окружающих	17,8
Факт постановки диагноза	17,8
Ухудшение в состоянии ребёнка	16,7
Агрессия ребёнка	15,5
Стыд перед окружающими за ребёнка	14,3
Дополнительная травма	14,3
Другое	14,3
Бессонные ночи	10,3
Аутоагрессия ребёнка	4,6

Чаще всего (почти в половине случаев – 47,6%) мысли о нежелании жить следовали за

размышлениями о будущем себя и ребёнка. На просьбу раскрыть переживания, женщины чаще всего употребляли слово «безысходность», под которым подразумевали: необходимость в будущем определять ребёнка в психоневрологический интернат (ПНИ) (n=32); отсутствие реальной помощи от государства в будущем (отсутствие программ занятости или учрежденный временного / дневного пребывания для ментальных инвалидов, интернатов с комфортными условиями, гуманным отношением и квалифицированной медицинской помощью, отсутствие эффективного лечения) (n=32); возможная агрессивность взрослого сына / дочери (n=15); невозможность улучшения состояния ребёнка и высокую вероятность ухудшений (n=14); крах надежд на «нормальную» жизнь с радостными событиями, «безрадостность будущего» (n=12); одинокая замкнутая жизнь вдвоём с ребёнком до старости (n=8); одиночество в старости (n=5). Тема неизбежности помещения взрослого сына/дочери в психоневрологический интернат (ПНИ) была центральной в любом обсуждении будущего ребёнка и семьи, её многие матери называли «своим кошмаром», «своим страшным сном», чем-то, о чём «невыносима одна даже мысль».

Описывая свои представления о ПНИ, женщины говорили о неизбежных злоупотреблениях и нарушениях прав их детей, которые, по их мнению, распространены повсеместно в этих учреждениях. «Избивают, насилуют, а персонал науськивает», «домашние дети не живут там больше 1-2 лет», «привязывают и закалывают препаратами», «это места, где нет понятия об уважении к личности и гуманизме». Большинство матерей было уверено в быстрой смерти своего взрослого сына (дочери) после помещения его/её в ПНИ. Некоторые говорили: «ПНИ я не рассматриваю как вариант, это недопустимо», – и делились надеждами об организации альтернативных вариантов сопровождаемого проживания для взрослых инвалидов.

Особенностью раскрытия темы безысходности матерями состояло в том, что они больше говорили о страданиях ребёнка, демонстрируя полную идентификацию с ним и его предполагаемыми страданиями. При этом, так как дети в силу их психического состояния не общались о страдании, вывод, иногда очень спорный. О его наличии и характере женщины делали исходя из поведения ребёнка и своего опыта («он бьёт себя по голове – у него страшные головные боли», «он всё понимает, он видит, как все к нему относятся и уходит в

себя»). Некоторые так и комментировали опрос: «Я и он – одно, его страдание – моё страдание». В связи с этим опрашиваемым был предложен дополнительный вопрос: «Что в Вашем будущем представляется Вам особенно невыносимым, вызывая мысли о смерти?» Даже отвечая на уточнённый вопрос, большинство продолжили говорить о будущем ребёнка. В некоторых случаях, после неоднократных уточнений вопроса, акцентировании внимания на том, что речь в данном случае только идёт о них, удавалось достигнуть осознания того, что будущее представляется матерями наполненным душевной болью, связанной с созерцанием тяжелого психического состояния выросшего сына / дочери. Предвосхищение психалгического будущего оказалось характерной особенностью переживаний многих женщин.

Об этом же говорили и комментарии к опросу и рассказы наиболее рефлексующих матерей, в которых они указывали на невыносимое душевное страдание от созерцания неадекватного, необъяснимого, «ненормального» поведения своего ребёнка: бесцельного бега, карабкания по мебели, безразличия к обращениям, ласкам матери и самому её присутствию, бессмысленного разрушения домашнего имущества, странных, «нечеловеческих» вокализаций, «поведения зверька». В некоторых рассказах проскальзывали крайне болезненные выводы, что ребёнок – «брак природы», «тупиковый вариант», «неудавшееся существо», и она – та мать, которая произвела на свет такого «бракованного» ребёнка. Одна женщина вспоминала картину из её детства, когда она наблюдала, как пожилые родители ежедневно гуляли с «существом женского рода в мохнатой шубе, с блуждающим взглядом»; тогда респондентка со страхом и любопытством наблюдала за «странной» семьёй, а потом, с постановкой диагноза её собственному ребёнку, стала с ужасом думать, что то же самое ждёт и её в будущем. Другая назвала причиной суицидальных мыслей «страх силы моего горя в будущем при созерцании состояния выросшего сына». Третья написала: «Суицидальные мысли вызывает не факт диагноза, а тяжесть состояния ребёнка, когда совместное проживание невозможно в силу его поведения, дальнейшее пребывание в этой ситуации невыносимо».

На втором месте по частоте (36,9%) оказалось состояние усталости, вызванное уходом. Необходимость ежеминутного многолетнего контроля за гиперактивным, импульсивным ребёнком, часто не понимающим обращённой

речи, запретов, опасностей и социальных норм, и не компенсирующего энергетические затраты матери естественным эмоциональным откликом, лаской и привязанностью к ней, вызывало, по словам матерей, состояние крайнего истощения: «силы иссякали, а состояние не улучшалось», «почувствовала, что всё, больше не могу», «хоть бы на полдня кто-то подменил меня». Особый акцент в беседе женщины делали на бессонные ночи, связанные с нарушениями сна и ночной хаотичной активностью ребёнка (парадоксально, но в ответах доля «бессонных ночей» составила лишь 10,7% от общего числа провоцирующих факторов). «Мы не спали с 1,5 до 6 лет», «уже прошло несколько лет с тех пор, а я до сих пор не могу выспаться» – такие описания в беседах повторялись и были характерными.

В 26,2% случаев матери начинали думать о смерти, когда видели, что у ребёнка не происходит желаемого прогресса в развитии, так и не появляется речь, адекватное поведение, не удаётся научить его необходимым навыкам, подготовить к школе. Характерными оказались рассказы о своеобразных «эмоциональных качелях», в которых оказывались женщины, занимающиеся с ребёнком и бдительно следящие за его успехами и неудачами. При этом каждый минимальный успех вселял излишний оптимизм и уверенность в полной компенсации состояния, а каждый неуспех воспринимался как крах всех надежд. Учитывая, что аутичные дети действительно крайне нестабильны и неожиданны в демонстрации достижений, реальная основа для истощающих «эмоциональных качелей» существовала. Неадекватными, гипертрофированными представляются реакции матерей на эту нестабильность: например, ответы ребёнка не попадал сегодня после вчерашних правильных ответов на те же вопросы, вызывали у матери отчаяние и уверенность, что вчерашние успехи были всего лишь случайностью.

Респондентам, подтвердившим наличие у себя суицидальных мыслей в прошлом или настоящем, был задан дополнительный вопрос: «Считаете ли Вы, что у Вашего ребёнка тяжёлая форма аутизма?» Утвердительно на этот вопрос ответили 68%. Под тяжестью аутизма ими понимались такие признаки, как отсутствие речи, значительные трудности в обучении, неуправляемость, грубая неадекватность. Именно такие дети, по мнению опрашиваемых, обречены на будущее в психоневрологическом интернате. Уход за ними является наиболее истощающим, эмоциональной отдачей практи-

чески нет, а реакции окружающих на них содержат в себе посыл отвержения, страха и вызывают чувство отверженности и стыда у матери. По существу, тяжесть аутизма у ребёнка можно расценить как основной фактор, обуславливающий суицидальность матерей и объединяющий все факторы, перечисленные в вопросе 2 анкеты. Интересно, что 32% женщин с суицидальным поведением не оценили состояние ребёнка как тяжёлое, при этом среди них присутствовали даже матери детей с высокофункциональным аутизмом и синдромом Аспергера. Можно предположить, что для этой подгруппы респонденток большее значение имел сам факт психического расстройства у ребёнка. Кроме того, возможно, что суицидальные мысли и настроения у этих матерей чаще относились к прошлому, когда маленький ребёнок, впоследствии ставший высокофункциональным, был труден и неадекватен, и имел неясный прогноз.

Кроме того, имел значение и возраст ребёнка. Многие называли «критическим» возраст 7 лет, другие – подростковый период или совершеннолетие: «стало ясно, что ничего не достигли», «нас никуда не возьмут», «это – его потолок в развитии». Кроме того, взросление ребёнка часто усугубляло имевшиеся и ранее проблемы и превносило новые: малыш превращался в сильного подростка, контроль за которым при определённой тяжести состояния становился проблематичным: он становился физически сильнее родителей, а импульсивность, агрессия и непонимание запретов и норм сохранялись. Надежды родителей, что маленький ребёнок «перерастёт» свои проблемы, терпели крах.

Четверть респонденток (25,0%) отметили как фактор, провоцирующий мысли о нежелании жить, постоянный крик ребёнка: «постоянный визг, как ультразвук», «от этого ора мы сходили с ума».

Особого внимания заслуживают случаи провоцирования суицидальных мыслей неэтичными комментариями и прогнозами специалистов: врачей и педагогов (19,0%). «Сдайте его, он же угробит вас», «Радуйтесь, он у вас не аутист, он просто идиот», «Зачем вам такой, рожайте второго!» – такие реплики специалистов были нередкостью в рассказах респонденток.

Стыд за ребёнка как фактор, провоцирующий мысли о смерти, отметили 14,3% опрошенных, хотя в комментариях часто звучала тема неловкости перед окружающими, избегания ситуаций, где неадекватное поведение ре-

бёнка могут увидеть другие люди. Матери часто приводили примеры отвергающих и осуждающих реплик со стороны окружающих, отражающих страх, неприятие психически больного и устаревшие общественные мифы о том, что больной ребёнок рождается в неблагополучных семьях, у «алкоголиков» и других изгоев общества: «Пойдем отсюда, здесь ненормальный», «Была бы хорошей матерью – не родился бы такой!», «В наше время у нас не было таких детей!», «Ну и держите взаперти, раз больной!». Представляется, что матери не осознавали переживание «неудобства, неловкости» как глубокое чувство стыда, возникающее при демонстрации ребёнком неадекватного, социально неприемлемого поведения в общественных ситуациях. В комментариях часто звучали упоминания о «невозможности» ходить с ребёнком в те или иные общественные места, магазины, театры, путешествовать.

Трое женщин в рубрике «Другое» указали как фактор, способствующий возникновению суицидальных мыслей, диагностирование аутизма и у второго ребёнка. Данная ситуация заслуживает особого внимания: решение о рождении второго ребёнка обычно принимается родителями с оboюдной для себя и больного ребёнка целью: получить опыт нормального родительства для себя и иметь близкого родственника для больного sibлинга, который «подстрахует» его после смерти родителей. Крах и этих надежд, когда второму (а в единичных случаях – и третьему) ребёнку ставится тот же диагноз, способен вызвать тяжелейшую эмоциональную реакцию у родителей.

Почти половина женщин (46,4%) обдумывала способ самоубийства. В личной беседе далеко не все респондентки согласились рассказать об этих переживаниях. Согласившиеся поделиться (n=12) указали следующие рассматривавшиеся ими способы: намеренная автотатастрофа (n=5), самоотравление (n=3), падение с высоты (n=3), самоубийство с помощью огнестрельного оружия (n=1). Особым случаем был рассказ одной матери о планировавшейся ею в прошлом симуляции суицида путём самоутопления с последующим планом побега, смены паспорта и ухода, таким образом, из невыносимой ситуации.

Суицидальные мысли и намерения во всех случаях вступали в неизбежный конфликт с антисуицидальными факторами: стремлением спасти ребёнка от страданий, не оставить его без своей заботы и ухода. Вероятнее всего, что во многих случаях последние тенденции одерживали верх, и оказывались мощным факто-

ром, удерживающим мать от совершения самоубийства. Именно об этом говорили многие женщины, подтвердившие наличие у них мыслей о смерти в прошлом, но избавившиеся от них. С их слов, при осознании ответственности перед ребёнком («меня не станет, а с ним что будет?») Они говорили, что хотели умереть, но понимали, что, наоборот, должны прожить как можно дольше, чтобы обеспечить уход своему ребёнку и максимально отодвинуть момент институализации. Однако в части случаев стремление спасти ребёнка от страданий и стремление уйти из жизни соединялись в сознании женщин в идею совместного ухода.

Трое респонденток и на момент опроса убеждённо говорили о суициде с вовлечением ребёнка как единственно возможном решении в старости или в случае неизлечимой болезни: «Если у меня будет рак, расширенный (*прямая речь*) суицид – единственный выход. Он не даст мне лежать, он не переносит стоны. А после моей смерти – ПНИ. Зачем?» У некоторых матерей мысли о совместном уходе из жизни не носили характера суицидальных, а преподносились как надежда на то, что ребёнок умрёт раньше их («это моя самая большая мечта»).

Доля женщин, оценивших своё состояние как «нахождение на грани совершения самоубийства» составила 25,0%, что может расцениваться как суицидальные намерения.

Четверо из них согласились рассказать об этих эпизодах жизни подробнее. По рассказу одной, на протяжении месяца ночами она стояла на подоконнике открытого окна 10-го этажа, держа рядом с собой двухлетнего ребёнка. «Желание прыгнуть было таким сильным, что я до сих пор боюсь его и живу не выше 2-го этажа, если и спрыгну – полежу в гипсе». «Очень сильно хотелось прыгнуть – и в то же время было очень страшно. Так и стояли – то хочу, то страшно, и так часами».

Две респондентки, описывая ситуацию «на грани суицида», описали, по существу, начатые, но прерванные, суицидальные попытки.

У первой из них, матери четверых детей, двое младших из которых – инвалиды по аутизму, намерение выбраться из окна вместе с сыном и начало прерванной суицидальной попытки возникли без предварительного планирования, на фоне эмоционального и физического истощения и наблюдения неприятного, вызывающего инстинктивное отвращение, симптома аутизма – каломазания. «Совпало, был очень тяжелый день, муж допоздна на работе, у младшего тогда ещё каломазание было. Лето, жара... Я ночью не могла уснуть.

Тряслись руки от усталости, преследовал запах г...на (пардон, пишу как есть), дочь ненавидит, муж засыпает как сурок. А младший очень тяжелый. Я сказала себе "я так не могу, не могу и все". Хотела выйти в окно, 21 этаж. Младшего забрать с собой. Окна закрыты на очень сложные механизмы (безопасность детей), не смогла открыть, пальцы в кровь, не справилась. Инструменты взять побоялась, вдруг муж услышит. Решила на завтра отложить. А утром пришла в ужас от своего поступка. Потом год чёрной депрессии. Сейчас прошло 2,5 года. Все хорошо».

Ещё одна мать, уже имея историю незавершённого по причине вмешательства посторонних самоповешения, долго планировала выбраться из окна 12-го этажа вместе с ребёнком. В запланированный вечер она начала действия по осуществлению суицидальной попытки, оказавшейся прерванной: оделась сама и начала застёгивать пальто на сыне. В этот момент ребёнок заплакал. Этот плач неожиданно послужил для неё останавливающим моментом.

Ещё одна мать испытывала сильнейшее желание совершить суицид с вовлечением ребёнка, находясь, видимо, в состоянии острого возникновения аффективно насыщенных бредоподобных фантазий или, возможно, бреда. «Он все время кричал, и мне стало казаться, что в него вселился сатана. Мне хотелось задушить его и выбраться вместе с ним из окна. Каким-то чудом я дошла до психиатра».

Семь (8,3%) среди опрошенных женщин совершили суицидальные попытки в связи с болезнью ребёнка. Подробнее рассказать о них согласились двое.

Первая из них – 20-летняя фельдшер, в последующем психолог, по характеру упрямая, склонная к враждебности, категоричная и односторонняя в суждениях. Живя одна с двухлетним аутичным ребёнком после ухода мужа, прочитала большое количество литературы о заболевании и его прогнозах. Пыталась стать религиозной, от священников услышала, что болезнь дана за её грехи. Мысленно согласилась с этим, хотя не понимала, в чём её грех. Состояние ребёнка крайне удручало респондентку: он бесцельно бегал по квартире, не реагировал на речь и мать или выкрикивал одно и то же бессмысленное слово. Мать не могла из-за такого поведения зайти с ним в магазин, изменить маршрут прогулки. Опустив многие подробности, женщина рассказала, что где-то вне дома надела на шею, приготовленную заранее петлю, и вытолкнула опору из-под

ног, совершив попытку самоповешения. Была случайно спасена, получив перелом перстне-черпаловидного хряща.

Впоследствии проходила долгосрочную аналитическую психотерапию, поступила и окончила психологический ВУЗ. В настоящее время работает психологом. Сохраняется склонность к угрюмо-мрачному фону настроения, неадекватно завышенная оценка своих интеллектуальных возможностей, наряду с эпизодически возникающим демонстративным самоуничтожением («да кто я – провинциалка, тётка с большим ребёнком, от меня всем только хуже»), отражающим, скорее, проективные механизмы личности, демонстрация «реалистичного», по её мнению, взгляда на будущее, «понимание, что она одна ответственна за болезнь ребёнка, так как это она дала ему жизнь», открытые обвинения других матерей в недалёковидности и глупости, уверенность в невыносимых страданиях сына после её смерти, планы совершить постгомицидный суицид в случае её неизлечимой болезни.

Отсутствие необходимой информации позволяет предположить, что личность, страдающая параноидным личностным расстройством, отличающаяся максимализмом и незрелостью в суждениях, совершила суицидальную попытку, личностный смысл которой, скорее, можно определить как смешанный: «отказ» и «самонаказание» [15, 17].

Вторая респондентка согласилась подробно рассказать о своей суицидальной попытке.

На момент совершения попытки женщине было 36 лет, по специальности дизайнер-модельер, замужем, отношения с мужем равные, муж всегда поддерживал и утешал. Себя характеризует как весёлую, «не склонную к депрессиям, упрямую, прямолинейную, ... люблю новые места, путешествия». На момент суицидальной попытки сыну было 7 лет, диагноз: F84.02 / F.71. Детский аутизм (вследствие других причин), умственная отсталость умеренная. Ребёнок был невербальным, эмоционально неоткликаемым, с интеллектуальным недоразвитием и множеством ригидных стереотипов в поведении, в совершение которых он вовлекал членов семьи. Респондентка с момента рождения сына не работала и осуществляла уход за ним. Когда сыну было 4,5 года, во время прохождения переосвидетельствования МСЭ родителям было предложено оформление его в детский психоневрологический интернат со словами: «А что ещё с вами делать? Он же угробит вас!» После этого резко снизилось настроение, респондентка лежала, плакала,

временами бурно рыдала, испытывала растерянность «Как жить дальше? Что делать? Сдать его в интернат, единственного сына? Продолжать жить этой невыносимой жизнью с ежедневными многочасовыми прогулками по одному маршруту, когда он идёт впереди быстрым шагом и даже не оборачивается, а я за ним, и так каждый день, всю жизнь ... какая скучная у нас будет жизнь!» Постепенно стала более активной, но настроение оставалось лабильным, с лёгким возникновением резко сниженного, «срывов», «истерик». За 2 месяца до попытки, 1 сентября с балкона увидела школьников с цветами. С мыслями, что у неё и сына никогда не будет такого праздника начала рыдать, лежала с рыданиями несколько часов. Примерно в то же время после слов прохожей на улице «Уберите своего идиота!» прибежала домой и снова рыдала несколько часов, повторяя «Он не идиот, он не идиот!» Через 1,5–2 месяца, после многократных обсуждений ситуации с мужем и матерью, склонилась к мысли об оформлении сына в интернат. Сдала документы и получила инструкцию – «Ждите звонка!». Снова резко снизилось настроение, не вставала с постели в течение 1,5 месяцев, ела только с ложки (кормил муж, приходя с работы). То думала, что она предала сына, то – что жизнь с сыном невыносима. Если сын заходил в комнату, говорила: «Уведите его, я не хочу его видеть.» Часто появлялись мысли, что для определения ребёнка в детский сад, школу или какое-то другое, альтернативное ПНИ, детское учреждение, необходимо прикладывать усилия по поиску таких мест, о которых не хватает информации («надо что-то где-то искать, искать, я не могу больше»). Испытывала «сильнейшую душевную боль», «было одно желание – избавиться от боли». Последнюю неделю перед попыткой обдумывала способ уйти из жизни. «Выброситься в окно не хватило духу, хотя на подоконнике сидела», «было жалко родных, которые найдут меня на асфальте изувеченную». Склонилась к способу самоотравления лекарствами. Ночью, когда домашние спали, приняла 30 таблеток снотворного препарата. Пустую упаковку положила под подушку. Лежала, чувствовала сильную сухость во рту и глотке, «пелену» перед глазами. Не спала. Помнит, как через 2 часа под утро в комнату вошла мать и поправила ей подушку, из-под которой выпала пустая упаковка препарата. Респондентке было сделано промывание желудка, вызвана «скорая помощь», рекомендовано обратиться к психиатру. Обратилась к психиатру, была планово госпитализирована в

Клинику психиатрии им. С.С. Корсакова, где находилась на лечении около месяца.

Психический статус через неделю после суицидальной попытки: контакту доступна. Доброжелательна, разговорчива. Слегка гипомимична. Охотно, в подробностях, рассказывает о происшедшем. Говорит, что нуждается в помощи, не справляется с ситуацией. Задаёт множество вопросов о прогнозах сына, возможных путях его реабилитации. Несколько раз повторяет: «Неужели у нас с мужем будет вот такая однообразная жизнь: больной ребёнок, прогулки с ним по одному и тому же маршруту, без любимой работы, без путешествий, я не хочу такой жизни!» Подчеркивает безвыходность ситуации: она одна может ухаживать за ребёнком, «никакая няня не согласится», «свою маму я жалею, она умрёт, если будет сидеть с ним». Эгоцентрична, не отслеживает эмоциональных реакций собеседника, в основном, говорит сама. Эмоциональные реакции адекватные. Настроение нерезко снижено, без идеомоторной заторможенности. Мышление продуктивное. Психотической симптоматики нет.

Катамнез на протяжении 1,5 лет: после лечения настроение ровное, совместно с мужем приняли решение о рождении второго ребёнка, в настоящее время имеет трёхмесячную дочь, за которой с любовью ухаживает. Согласилась на лечение сына, на фоне которого стал спокойнее и адекватнее. Суицидальных мыслей в настоящее время нет.

Таким образом, у личности с чертами акцентуации по шизо-истерическому типу, на фоне длительной психотравмирующей ситуации (воспитание ребёнка – ментального инвалида, радикально меняющее образ жизни семьи) развилась невротическая депрессия с доминирующими переживаниями «безрадости будущего» и амбивалентным отношением к сыну-инвалиду. Депрессия усугублялась случайными, но характерными, внешними событиями: сравнением с обычными детьми, бестактностью специалистов, столкновением с отсутствием налаженного маршрута реабилитации, информации о школах, реабилитационных центрах, с возникновением истеродепрессивных эпизодов. Принятое рационально решение поместить ребёнка в ПНИ резко усилило эмоциональные нарушения до уровня затяжной истеро-депрессивной реакции отказа, в переживаниях появляется чувство вины. Личностный смысл неудавшегося суицида может быть определён как «отказ» [15, 17], тип реакции психалгический [15, 17]. Совершение

суицидальной попытки дома, при наличии там же матери и мужа, не позволяет исключить демонстративный компонент покушения. Постсуицидальный период характеризовался редукцией депрессии. Катамнез показал хорошую адаптацию респондентки с нахождением выхода из ситуации – рождения второго ребёнка – девочки (респондентка знает, что риск развития аутизма у девочек значительно ниже).

Нами были оценены и возможные психологические варианты противостояния суицидальному поведению, указанные респондентками.

Таблица 2

Варианты преодоления суицидальных мыслей, %

Фактор	%
Поддержка близких	27,4
Работа	26,2
Улучшение состояния ребёнка	22,6
Лекарственная терапия	16,7
Религия	16,7
Рождение здорового ребёнка	15,4
Психотерапия	14,3
Другое	26,2

Примерно одинаковые и при этом наибольшие значения оказались у двух вариантов: «поддержка близких» (27,4%) и «работа» (26,2%). Многие женщины говорили о поддержке со стороны супруга, который нередко занимал эмоционально противоположную позицию по отношению к ситуации или оказывался полноценным участником сплочённой семейной системы: «Я – паникёр, а у мужа всё нормально», «Без мужа я не представляю жизни, я не справлюсь без него», «У нас с мужем договорённость: у нас есть дни, когда мы ничего не делаем, полностью отдыхаем, а за ребёнком «одним глазом» присматривает по часу то один, то другой». Встречались и семьи, в которых муж брал на себя основную тяжесть ухода за ребёнком.

Выход на работу также воспринимался матерями как отдых от более тяжелой работы дома, возможность отвлечься от плохих мыслей.

Каждая пятая женщина (22,6%) отметила, что прогресс в развитии ребёнка, произошедший, в том числе, и благодаря фанатичной коррекционной работе, осуществляемой самими матерями, избавил их от суицидальных мыслей. Осваивание туалетных навыков, появление понимания речи и самой экспрессивной речи, первые академические успехи – все эти

вехи, давшие огромный трудом, делали жизнь семьи легче, и способствовали надежде на дальнейший прогресс.

Варианты «религия» и «лекарственная терапия» набрали по 16,7% ответов. 15,4% женщин указали как на выход – рождение ребёнка.

К психотерапии прибегли и получили положительный результат наименьшее число матерей – всего 14,3%. Женщины сетовали на отсутствие материальных средств и физического времени на прохождение психотерапии, малую доступность её бесплатных вариантов («Я думаю, что будь у нас в стране организована хоть какая-то помощь родителям детей-инвалидов, не было бы половины этих депрессий. Формально помощь якобы где-то есть... Но, либо, неизвестно где, либо, её нереально получить. То есть когда родитель, находясь на грани, всё-таки обращается куда-то, а ему надиктовывают список из 20 документов, которые он должен предоставить... Да у человека нет сил уже на это! Ему легче уже сдохнуть, чем все это собрать!»). Кроме того, многие матери приводили и свои способы преодоления суицидальных мыслей: наличие здорового sibлинга, понимание, что у других «бывает и хуже, наши хотя бы ходячие, посмотрите на ДЦП», жалость к своим родителям, которые окажутся в горе, страх неуспешного суицида. Был и вариант ответа «Ничего не помогло, эти мысли со мной».

Закключение.

Результаты исследования демонстрируют среди обследованных матерей детей с аутизмом довольно высокий процент суицидального поведения, включая антивитаальные переживания, суицидальные мысли, реже – намерения и попытки. Для многих женщин оказался характерен привычный антивитаальный фон настроения. Основным фактором, обуславливающим возникновение суицидальных переживаний и объединяющим все другие факторы, можно считать тяжесть аутизма. Именно она делает уход за ребёнком, истощающим и в физическом, и в эмоциональном плане, а длительный характер истощения (на протяжении многих лет, в совокупности с хронической эмоциональной фрустрированностью) обуславливает развитие хронической депрессии с ангедонией и психалгией, спроецированными также и на будущее.

Будучи причиной и суицидальных, и антисуицидальных тенденций, большой ребёнок становится центром внутриспсихического кон-

фликта, в рамках которого стремлению избавиться от невыносимой психалгии противостоит стремление сохранить ему жизнь в приемлемых социальных условиях. При достаточной силе антисуицидальных мотивов они выступают надёжным блоком на пути реализации суицидальных стремлений.

Однако чуть меньше, чем у половины матерей стремление сохранить жизнь ребёнку уступает место стремлению избавить его от невыносимых страданий в будущем, связанных, по мнению матерей, с неизбежной институализацией сына / дочери после смерти родителей. Любовь к ребёнку начинает существовать не в позитивном, а в негативном смысле – как стремление избавиться от чего-то, а не дать что-то. Подсознательное материнское всемогущество, возможно, участвует в формировании установки «Жизнь без меня для тебя есть медленная мучительная смерть, а я жить больше не могу». Мать делает выбор в пользу быстрой смерти ребёнка. Таким образом рождаются мысли и намерения осуществить суицид с вовлечением ребёнка. Все матери, обдумывавшие способ суицида, обдумывали именно его совместный вариант.

Суицидальные попытки совершили 7 опрошиваемых женщин (8,3%). При этом две описанные попытки были реализованы без вовлечения ребёнка. О пяти других информации нет. Можно предположить, что постгомицидный суицид имеет большую вероятность остаться неосуществлённым за счёт крайней трудности совершения первой части – собственно убийства ребёнка. Однако это лишь предположение, требующее дальнейших исследований и доказательств.

Таким образом, проведённое исследование показало, что:

1. Мысли о нежелании жить присутствовали в тот или иной период жизни с аутичным ребёнком у большинства матерей, нередко формируя привычный ангедонический пресуицидальный фон.

2. Факторами, обуславливающими возникновение суицидального поведения, были: физическое и эмоциональное истощение, усиливающееся фрустрированностью, вследствие эмоциональной неоткликаемости ребёнка; интенсивная психалгическая составляющая в переживаниях при наблюдении неадекватного поведения ребёнка, и усиливающаяся идентификацией с ним и его предполагаемыми стра-

даниями; предвосхищение психалгического будущего; «эмоциональные качели» с частыми переживаниями отчаяния, краха надежд и обесцениванием достигнутого; чувство стыда за ребёнка перед окружающими, часто приводящее к значительной социальной изоляции матерей. Все перечисленные факторы сочетались и действовали в комплексе при тяжелых формах аутизма.

3. Нередко пассивные пресуицидальные настроения сменялись активным обдумыванием способа самоубийства, сценарно, как правило, включающим участие ребёнка.

4. Особенностью как суицидальных, так и антисуицидальных тенденций было наличие их ведущего источника – неизлечимо больного ребёнка. Возможно, сила и инстинктивная обусловленность именно антисуицидальных тенденций и объясняет сравнительно небольшой процент совершённых суицидальных попыток по сравнению с процентом конкретных суицидальных намерений.

Полученные результаты заставляют признать, что матери детей с аутизмом представляют собой группу повышенного суицидального риска. Создание таких психотерапевтических мер, как телефоны доверия, финансируемые государством кризисные центры как для

родителей, так и центры временного пребывания для детей с аутизмом любой тяжести, доступ в которые не был бы регламентирован необходимостью трудоёмкого сбора документов – всё это могло бы снизить напряженность ситуации в семьях больных детей и, соответственно, снизить суицидальный риск.

Особое внимание должно уделяться этике общения специалистов с родителями ментальных инвалидов, необходимости обучения этой этике, употреблению выверенных, лаконичных и безопасных фраз, недопустимости аффективных, случайно «брошенных» обывательских высказываний, проявлений «жалости» и смеси страха и удивления, косвенно говорящих о тяжести состояния ребёнка, невыносимости, по понятиям «обычного обывателя», такой жизни и бесперспективности реабилитации. Кроме того, реформирование психоневрологических интернатов в сторону их большей открытости, доступа в них волонтеров и СМИ, улучшения условий содержания и качества медицинской помощи проживающим в них, наряду с параллельным созданием альтернативных вариантов (домов, квартир, коммун сопровождаемого проживания) также представляется необходимым условием снижения уровня депрессий и суицидов в семьях детей с аутизмом.

Литература:

1. Rice C. Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. *MMWR Surveill Summ.* 2009; 58 (SS-10): 1–20.
2. Feinberg E., Augustyn M., Fitzgerald E., et al. Improving maternal mental health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder: results from a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2014; 168 (1): 40–46.
3. Al-Farsi O.A., Al-Farsi Y.M., et al. Stress, anxiety and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case-control study. *Neuropsychiatric disease and treatment.* 2016; 12: 1943–1951.
4. Bader S.H., Barry T.D. A longitudinal examination of the relation between parental expressed emotion and externalizing behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorder. *J. Autism Dev. Disord.* 2014; 44 (11): 2820–2831.
5. Bolton P.F., Pickles A., Murphy M., Rutter M. Autism, affective and other psychiatric disorders: patterns of familial aggregation. *Psychol. Med.* 1998; 28 (2): 385–395.
6. Foody C., James J.E., Leader G. Parenting stress, salivary biomarkers, and ambulatory blood pressure: a comparison between mothers and fathers of children with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.* 2015; 45 (4): 1084–1095.
7. Lajiness-O'Neill R., Menard P. Brief report: an autistic spectrum subtype revealed through familial psychopathology coupled with cognition in ASD. *J. Autism Dev. Disord.* 2008; 38 (5): 982–987.
8. Fairthorne J., Jacoby P., Bourke J., de Klerk N., Leonard H. Onset of maternal psychiatric disorders after the birth of a child with intellectual disability: a retrospective cohort study. *J. Psychiatr Res.* 2015; 61: 223–230.
9. <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2613443/Struggling-single-mother-40-left-suicide-note-saying-no-longer-cope-caring-severely-autistic-son-16-killing-herself.html>
10. <https://www.mercurynews.com/2012/03/08/parents-of-autistic-children-speak-out-on-sunnyvale-murder-suicide/>

References:

1. Rice C. Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. *MMWR Surveill Summ.* 2009; 58 (SS-10): 1–20.
2. Feinberg E., Augustyn M., Fitzgerald E., et al. Improving maternal mental health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder: results from a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2014; 168 (1): 40–46.
3. Al-Farsi O.A., Al-Farsi Y.M., et al. Stress, anxiety and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case-control study. *Neuropsychiatric disease and treatment.* 2016; 12: 1943–1951.
4. Bader S.H., Barry T.D. A longitudinal examination of the relation between parental expressed emotion and externalizing behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorder. *J. Autism Dev. Disord.* 2014; 44 (11): 2820–2831.
5. Bolton P.F., Pickles A., Murphy M., Rutter M. Autism, affective and other psychiatric disorders: patterns of familial aggregation. *Psychol. Med.* 1998; 28 (2): 385–395.
6. Foody C., James J.E., Leader G. Parenting stress, salivary biomarkers, and ambulatory blood pressure: a comparison between mothers and fathers of children with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.* 2015; 45 (4): 1084–1095.
7. Lajiness-O'Neill R., Menard P. Brief report: an autistic spectrum subtype revealed through familial psychopathology coupled with cognition in ASD. *J. Autism Dev. Disord.* 2008; 38 (5): 982–987.
8. Fairthorne J., Jacoby P., Bourke J., de Klerk N., Leonard H. Onset of maternal psychiatric disorders after the birth of a child with intellectual disability: a retrospective cohort study. *J. Psychiatr Res.* 2015; 61: 223–230.
9. <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2613443/Struggling-single-mother-40-left-suicide-note-saying-no-longer-cope-caring-severely-autistic-son-16-killing-herself.html>
10. <https://www.mercurynews.com/2012/03/08/parents-of-autistic-children-speak-out-on-sunnyvale-murder-suicide/>

11. <http://www.news.com.au/lifestyle/parenting/kids/motheroftwo-autistic-children-says-people-need-to-walk-a-day-in-their-shoes-before-placing-judgment/news-story/8723e6a5c6f7a7fc0134298255fd996d>
12. Ткачёва В.В. Семья ребёнка с отклонениями в развитии. Диагностика и консультирование. М.: Книголюб, 2008. 144 с.
13. Лысенко Е.Н., Золотникова Г.П. Изучение личностных особенностей и психоэмоциональной сферы родителей, воспитывающих детей с нарушениями развития. *Вестник Брянского государственного университета*. 2013; 1: 186-189.
14. http://www.pobedish.ru/main/help/u_menya_dvoe_malenkih_detey_u_oboih_autizm_ya_uje_slomalas_mechtayumechtayumechta_yu_o_smerti.poslednee_vremya_dumayu_chno_uyti_nado_nam_vsem.htm
15. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. *Методические рекомендации*. М., 1980. 55 с.
16. Ефремов В.С. Основы суицидологии. М.: Диалект, 2004. 480 с.
17. Тихоненко В.А., Сафанов Ф.С. Введение в суицидологию. *Медицинская и судебная психология. Курс лекций: Учебное пособие*. М., 2004. С. 266-283.
11. <http://www.news.com.au/lifestyle/parenting/kids/motheroftwo-autistic-children-says-people-need-to-walk-a-day-in-their-shoes-before-placing-judgment/news-story/8723e6a5c6f7a7fc0134298255fd996d>
12. Tkachyova V.V. Sem'ya rebyonka s otkloneniyami v razvitiy. Diagnostika i konsultirovanie [The family of a child with developmental disabilities. Diagnostics and consulting]. M.: Knigolyub, 2008. 144 s. (In Russ)
13. Lisenko Z.N., Zolotnikova G.P. Izuchenie lichnostnih osobennostei i psychoemocionalnoi sferi roditelei, vospitivyayuschih detei s narusheniyami razvitiya [Study of personal characteristics and psycho-emotional sphere of parents raising children with developmental disorders]. *Vestnik Bryanskogo gosudarstvennogo universiteta* [The Bryansk State University Herald]. 2013; 1: 186-189. (In Russ)
14. http://www.pobedish.ru/main/help/u_menya_dvoe_malenkih_detey_u_oboih_autizm_ya_uje_slomalas_mechtayumechtayumechta_yu_o_smerti.poslednee_vremya_dumayu_chno_uyti_nado_nam_vsem.htm
15. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidalnogo povedeniya [Diagnosis of suicidal behavior]. *Metodicheskie rekomendatsii*. M., 1980. 55 s. (In Russ)
16. Efremov V.S. Osnovi suicidologii [Fundamentals of suicidology]. M.: Dialekt, 2004. 480 s. (In Russ)
17. Tihonenko V.A., Safuanov F.S. Vvedenie v suicidologiyu [Introduction to suicidology]. *Medicinskaya i sudebnaya psichologiya. Kurs lektsii: Uchebnoye posobiye*. M., 2004. S. 266-283. (In Russ)

SUICIDALITY IN MOTHERS OF AUTISTIC CHILDREN

L.G. Borodina

Moscow State University of Psychology and Pedagogics, Moscow, Russia; bor111a@yandex.ru

Abstract:

The aim of the study was to identify and analyze suicidality among mothers of children with autism. Material and methods: anonymous internet interview of 84 mothers of children with autism for the presence or absence of suicidal thoughts, intentions and history of committed suicidal attempts in connection with the child illness, followed by more detailed examinations or extramural follow-up. Results: Presumptive moods were found in 72.6% of mothers. About half of them at one time or another thought about the method of suicide, almost always with the involvement of a child. A quarter of respondents had a history of thinking about specific suicidal intentions, the most frequent variant of which was a premeditated car crash. 8% of women had a history of suicidal attempts, which they thought was caused by the child's illness. Two respondents told about the initiated, but interrupted suicidal attempts involving the child. Two more reported suicide attempts without participation of children. Among the factors that provoked the emergence of suicidal thoughts, preoccupation with "thinking about the future of his / her child" and worsening or lack of improvement in his mental state, making the future placement of the grown son / daughter in psycho-neurological boarding inevitability. The theme of psycho-neurological boarding schools, the conditions of detention in them and the inhuman attitude of the staff was central to the discussion of the experience of "hopelessness". Among other factors of suicidal women the following factors were identified: fatigue and exhaustion, the constant cry of the child, his aggression, sleepless nights, tactlessness of specialists and others, shame of the child in front of others. Among factors that could help to overcome suicidal thoughts, the mother pointed out support of relatives and work. Features of suicidal experiences of mothers of children with autism, such as unconscious anticipation and fear of their own psychhalgia in the future, identification with the child, projection of their experiences and fears on it, propensity to think about ways of suicide involving the child into it, and others are discussed. Conclusions were drawn about the families of children with autism at risk of suicide, including post-homicide, and the need to provide affordable emergency psychotherapeutic assistance to parents of children with autism in crisis situations.

Keywords: suicidality, suicide, murder-suicide, mothers of ASD children, autism

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Бородина Л.Г. Особенности суицидальности у матерей детей с аутизмом. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 41-52. doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-41-52](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-41-52)

For citation: Borodina L.G. Suicidality in mothers of autistic children. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 41-52. (In Russ) doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-41-52](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-41-52)

ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ФЕНОМЕНА «ВЗРОСЛЫХ ДЕТЕЙ АЛКОГОЛИКОВ» С ПОЗИЦИИ АУТОАГРЕССИВНОСТИ: ВЛИЯНИЕ ПАРЕНТАЛЬНОЙ АДДИКТИВНОЙ ФИГУРЫ

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 – очный аспирант кафедры психиатрии (SPIN-код: 8162-8750; ORCID iD: 0000-0002-7009-0705; Researcher ID: T-7129-2017). Место работы и должность: ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 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» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес: 390026, Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

Цель исследования: изучение гетерогенности феномена «взрослых детей алкоголиков» (ВДА) в зависимости от пола и количества парентальных фигур, страдающих алкогольной зависимостью. Материалы и методы: для решения поставленных задач были обследованы 184 студентки старших курсов ВУЗа, из которых 60 человек составили группу контроля, остальные являлись ВДА и были разделены на подгруппы в зависимости от числа и пола парентальных фигур, страдающих алкогольной зависимостью. Результаты: убедительно показана гетерогенность группы ВДА в отношении аутодеструкции в зависимости от парентальной аддиктивной фигуры. Девушки, отцы которых страдали алкогольной зависимостью (ДОВА), представляют собой наиболее благополучную группу. Тем не менее, отметим, что 78,3% из них склонны к постоянному самообвинению, 36,7% – регулярно испытывают чувство одиночества. Данные цифры в большей степени отражают уровень актуального стресса, связанный с наличием алкоголизирующегося родителя в семье. По основным суицидологическим характеристикам группа респонденток ДОВА не отличалась от группы контроля. Девушки, матери которых страдают алкогольной зависимостью (ДМА), в большей степени склонны к реализации своих антивитальных импульсов посредством формирования собственной алкогольной зависимости: 16,7% из них отметили, что выпивают более 200 гр. алкоголя 3-4 раза в месяц, 20% считают, что им следует сократить употребление спиртных напитков и испытывают чувство вины, связанное с их употреблением, 6,7% позитивно относятся к опохмелению после алкогольного эксцесса. Выявлена наиболее напряжённая в наркологическом и суицидологическом плане группа респонденток – девушки, у которых оба родителя страдали алкогольной зависимостью (ДМОА). В группе ДМОА суицидальное поведение реализуется как в классическом ключе (23,5% респонденток имеют попытку суицида в анамнезе, 64,7% – суицидальные мысли), так и в несуйцидальном. 29,4% респонденток ДМОА склонны к неоправданному риску, 17,6% – к нанесению самоповреждений, 29,4% оценивают себя, как злоупотребляющих алкоголем. Выводы: сделано предположение о важности прояснения семейного «алкогольного» анамнеза для понимания функционирования актуального аутодеструктивного модуля ВДА. Это даёт теоретические предпосылки для создания дифференцированного набора методик коррекции потенциальной аутоагрессивности ВДА, а так же расширяет возможность разработки методов оценки суицидального риска соответствующего контингента как в рамках наркологической, так и суицидологической практик.

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

Несмотря на отчётливый тренд на снижение заболеваемости алкогольной зависимостью в России [1], достаточно острой остается проблема детей выросших в семьях лиц, страдающих алкоголизмом. Данный феномен уже получил свое название – это взрослые дети алкоголиков (ВДА). Основной пик научного интереса к данной проблеме пришёлся на прошлое десятилетие, как в нашей стране, так и за ру-

бежом [2, 3, 5, 7-10]. В момент массового появления исследований о ВДА, постулировалась основная идея о том, что люди, выросшие в семьях с актуальной «алкогольной» историей, являются созависимыми [4, 7, 10], и на протяжении жизни реализуют тот негативный психологический опыт, который был получен ими в детстве [2, 4-7]. То есть популяция ВДА считалась и считается в настоящее время, априори,

неблагоприятной группой, в частности, в отношении повышенного суицидального риска [6]. Любопытным на наш взгляд является тот факт, что по мере увеличения среднего возраста популяционного среза доля ВДА в нём уменьшается, отражая меньшую продолжительность жизни лиц данной когорты [2, 4-6]. Отдельно подчеркнём, что остаётся дискуссионным вопрос о превалировании в генезисе феномена ВДА генетических, либо социальных факторов [3, 6, 9, 10].

Говоря о факторах, повышающих суицидальный риск, нельзя не упомянуть о многочисленных работах постулирующих его связь с функционированием родительско-семейного института [1-4, 6, 8, 9]. Такие факторы, как «алкогольная» и/или «деструктивная» семья относятся к устойчивым осевым маркерам риска возникновения и формирования аутодеструктивного поведения [3, 4, 6, 7]. Однако приходится констатировать тот факт, что это слишком общие указания, лишь на первый взгляд, характеризующие якобы гомогенную группу ВДА. Отметим, что в ряде исследований обнаруживалась гетерогенность лиц данной когорты, тем не менее, не было раскрыто сути расщепления популяции ВДА на высоко, средне и низко социально функционирующие [6-9].

В этой связи представляется интересной теория эпигенетической передачи алкогольной зависимости в качестве дезадаптивной копинг – стратегии [2, 8]. В этом случае аддиктивное поведение, как и суицидальное, является способом ухода от решения жизненных проблем, что, в свою очередь, приводит к ещё большей социальной дезадаптации или гибели.

Целью данного исследования было выявление суицидологически значимой гетерогенности ВДА в зависимости от количества и пола парентальных фигур, страдающих алкогольной зависимостью.

Материалы и методы.

Для решения поставленных задач были обследованы студентки старших курсов ВУЗа. Из них – 124 респондентки (ДРА) имели хотя бы одного родителя, страдающего алкогольной зависимостью, в качестве контрольной группы были использованы 60 девушек, таковых не имеющих.

Верификация диагноза родителей производилась посредством очного или дистанционного интервью с использованием различных компьютерных программ (Skype, WhatsApp, Viber). Все интервьюированные родители находились на второй стадии алкогольной зависимости.

С учётом известной гетерогенности ВДА [3] мы разделили исследуемую когорту респонденток по признаку различия парентальной фигуры, страдающей алкогольной зависимостью, на следующие группы.

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 20,8±0,20 года).

ДМОА – девушки, родители которых страдают алкогольной зависимостью (20,67±0,27 года).

Обследованные респонденты были сопоставимы по основным социально - демографическим показателям. Средний возраст девушек контрольной группы – 20,84±0,16 года.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем. 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.

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

Результаты и их обсуждение

Первый этап дизайна исследования заключался в сравнение двух групп: девушек, имеющих хотя бы одного родителя, страдающего алкогольной зависимостью, и такового не имеющих. При проведении фронтального сравнения по основным суицидологическим показателям, предикторам аутоагрессии, личностно - психологическим характеристикам нами были обнаружены достаточно предсказуемые результаты:

ДРА по всем основным аутоагрессивным показателям опережала группу контроля.

Остановимся на основных статистически значимых суицидологических характеристиках группы, характеризующих ДРА. 27% респонденток ДРА имели суицидальные мысли на протяжении последних двух лет, в то время как среди респонденток группы контроля они выявлялись лишь у 12%. ДРА склонны к неоправданному рисковому поведению – 24% (девушки из группы контроля – в 8%), в последние 2 года 7% ДРА имели ЧМТ различной степени тяжести (в группе контроля аналогичный показатель составил 0%), 18% респонденток ДРА злоупотребляют алкоголем (среди респонденток группы контроля – 7%), при этом 9% из них выпивают по 200 гр. Крепкого алкоголя 3–4 раза в месяц (в группе контроля – 2%). У 17% респонденток ДРА возникало чувство, что им следует сократить употребление спиртных напитков, 23% – испытывали чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков (в группе контроля показатели по аналогичным признакам составили 5% и 3% соответственно). То же касается и большинства предикторов аутоагрессии: больше 50% респонденток чувствуют себя одинокими, субъективно оценивают себя, как склонных к депрессии и длительному переживанию чувства вины. Около 40% ДРА оценивают себя как излишне агрессивных, и более 25% из них хотели бы обратиться к психиатру.

Подобный набор характеристик, как уже было сказано выше, был нами ожидаем, и ранее был неоднократно описан в литературе [11, 12], в связи с чем, мы решили разделить группу в зависимости от парентальных фигур, страдающих алкогольной зависимостью. Перейдем к их характеристикам.

При сравнении основных классических аутоагрессивных паттернов поведения в груп-

пах ДМА и контроля не было обнаружено статистически значимых различий, что само по себе указывает на видимую условную благополучность группы. Соответствующие показатели в группе ДМА составили: суицидальные попытки в анамнезе – 10%; суицидальные мысли – 20%. В контрольной группе данные значения равнялись 5% и 12% соответственно.

Однако при сравнении несуйцидальных аутоагрессивных характеристик и предикторов саморазрушающего поведения, антивитальный потенциал группы не выглядит настолько однозначным.

Начнём с оценки основных отличий в отношении предикторов аутоагрессии среди респонденток группы ДМА и контроля, представленных в таблице 1.

При сравнении «профиля» предикторов аутоагрессии в группе ДМА обращает на себя внимание сниженное количество таких протективных факторов [13], как страх собственной смерти и веры в то, что грешники попадают в ад. Данные конструкторы обуславливают сдерживающее поведение, осторожность в большинстве стрессовых ситуаций. Также настораживает желание 36,7% ДМА обратиться к психиатру. Данный факт, как правило, отражает наличие критического отношения к проблемам, возникающим как внутри семьи, так и внутри личности, желание обрести помощь. При этом ДМА склонны держать в себе актуальные стрессовые моменты, которые тяжело раскрывать лицам из ближайшего окружения, но проще обсудить с профессионалом (психиатром, психотерапевтом). Обращает на себя внимание и тот факт, что 10% ДМА имеют ЧМТ в анамнезе, в отличие от 0% респонденток группы контроля, что наводит на мысль о возможном направлении реализации антивитальных импульсов.

Таблица 1

Сравнение представленности предикторов аутоагрессии девушек, мать которых страдает алкогольной зависимостью и контрольной группы

Признак	ДМА n=30		Контроль n=60		χ	P
	n	%	n	%		
Наличие страха смерти	14	46,7	41	68,3	3,95	0,0469
Убежденность в то, что грешники попадают в ад	15	50,0	42	70,0	4,10	0,0430
Вера в реинкарнацию	5	16,7	34	56,7	13,03	0,0003
Желание обратиться к психиатру	11	36,7	7	11,7	7,81	0,0052
Склонность держать эмоции «в себе»	16	53,3	19	31,7	3,95	0,0469
ЧМТ в анамнезе	3	10,0	--	--	6,21	0,0127

Таблица 2

Сравнение наркологических характеристик девушек, мать которых страдает алкогольной зависимостью и контрольной группы

Признак	ДМА n=30		Контроль n=60		χ	P
	n	%	n	%		
Выпиваю 200 гр. водки 3-4 раза в месяц	5	16,7	1	1,7	7,23	0,0072
Наличие ощущения, что следует сократить число потребляемых спиртных напитков	6	20,0	3	5,0	5,00	0,0254
Наличие чувства вины, связанного с употреблением спиртного	6	20,0	2	3,3	6,86	0,0088
Наличие желания принять спиртное при пробуждении после употребления накануне алкоголя	2	6,7	--	--	4,09	0,0431

Перейдем к сравнению основных наркологических характеристик респонденток изучаемой группы, оцениваемых нами с позиций возможной реализации аутоагрессивных импульсов [14].

При анализе данных таблицы 2 обращает на себя внимание высокий процент представленности ряда наркологических характеристик в группе ДМА, что настораживает в плане формирования алкогольной зависимости у респонденток указанной группы. 6,7% респонденток ДМА испытывают тягу после предшествующего накануне употребления алкоголя, принять спиртной напиток для облегчения своего состояния. 20,0% испытывают чувство вины, связанное с употреблением алкоголя; ровно такое же количество респонденток считает, что им следовало бы сократить количество выпиваемого спиртного.

Полученные данные настораживают как в отношении выражения суицидологического потенциала респонденток ДМА, так и в качестве реализации жизненного сценария, который как калька повторяет жизненный сценарий матери [14].

Перейдем к анализу личностно - психологических характеристик респонденток ДМА и группы контроля. Анализ данных таблицы 3 обнаруживает противоречивую комбинацию шкал Pt, обуславливавшую тревожно-мнительный личностный радикал, и Ma, отвечающий за гипертимный тип реагирования.

Однако при общем соотношении баллов, полученных по данным шкалам, мы можем с уверенностью говорить о том, что группе ДМА больше присущ тревожно-фобический тип реагирования в отношении большинства ситуаций, что может обуславливать определённый внутриличностный конфликт. А с учётом наличия в характере гипертимного радикала – формируется склонность снимать накопившуюся усталость и стресс с помощью спиртного.

Также ДМА больше склонны использовать такие защитные механизмы психики, как вытеснение и замещение, что логично согласуется с данными, представленными в таблицах 1 и 2, а также с данными англо- и русскоязычной литературы о выраженной представленности сценарного предписания «Не живи» в группах ВДА [14].

Перейдём к анализу статистически значимых в суицидологическом плане отличий аутоагрессивного поведения и его предикторов в группах контроля и ДДОА.

При сравнении основных классических аутоагрессивных паттернов поведения в группе ДДОА и группе контроля, как и в случае с предыдущей группой, мы не обнаружили статистически значимых отличий. Соответствующие показатели в группе ДДОА составили: суицидальные попытки в анамнезе – 8%; суицидальные мысли – 25%. В контрольной группе данные значения равнялись 5% и 12% соответственно.

Таблица 3

Сравнение личностно-психологических характеристик девушек, мать которых страдает алкогольной зависимостью и контрольной группы

Признак	ДМА, n=30 M±m	Контроль, n=60 M±m	t	P
Шкала Mini-Mult Pt	7,7±0,63	5,97±0,44	2,25679	0,026
Шкала Mini-Mult Ma	5,9±0,48	4,6±0,27	2,63524	0,01
Защитный психологический механизм «Вытеснение»	4,1±0,38	2,88±0,25	2,61627	0,01
Защитный психологический механизм «Замещение»	5,1±0,52	3,73±0,38	2,03763	0,04

Таблица 4

Сравнение представленности предикторов аутоагрессивного поведения в группе девушек, отцы которых страдают алкогольной зависимостью, и контрольной группы

Признак	ДАО n=60		Контроль n=60		χ	P
	n	%	n	%		
Чувство одиночества	22	36,7	10	16,7	6,14	0,0132
Склонность легко делиться своими проблемами	23	38,3	35	58,3	4,81	0,0284
Склонность к самообвинению	47	78,3	36	60,0	4,73	0,0297
Склонность долго переживать вину	10	16,7	2	3,3	4,54	0,0332
Субъективная оценка себя, как склонной к агрессивным действиям	23	38,3	13	21,7	3,97	0,0464

Сравнение представленности предикторов аутоагрессивного поведения среди респонденток групп контроля и ДАО представлено ниже в таблице 4.

При анализе данных обращает на себя внимание выраженная концентрация гипотимных феноменов в группе ДАО: они в большей степени, по сравнению с группой контроля, склонны испытывать чувство вины и одиночества, в меньшей степени – делиться своими переживаниями с окружающими. Подобная комбинация признаков может отражать реакцию на актуальный стресс, происходящий в семье, в которой есть родитель, страдающий алкогольной зависимостью.

При сравнении неклассических суицидальных паттернов поведения в группах контроля и ДАО среди последних отмечаются почти в три раза более высокий показатель склонности к неоправданному риску, зачастую сопряженный с физическим и сексуальным

насилием (23,3% и 8,3% соответственно; $\chi=5,07$; $p=0,0244$).

Перейдём к анализу личностно - психологических характеристик в группах ДАО и контроля.

Данные таблицы 5 убедительно согласуются с показателями, полученными ранее и отражают такие личностно-психологические характеристики ДАО, как гипертимный тип реагирования и агрессивность, являющуюся составной частью их темперамента. При этом ДАО в меньшей степени склонны отрицать имеющиеся в их жизни проблемы.

Рассмотрим основные аутоагрессивные паттерны поведения в группах ДМОА и контроля.

Группа ДМОА в отношении основных классических аутоагрессивных характеристик является наиболее уязвимой в суицидологическом плане группой респонденток.

Таблица 5

Сравнение личностно-психологических характеристик в группах контроля и девушек, отцы которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДАО n=60 M±m	Контроль n=60 M±m	t	P
Шкала Mini-Mult Ma	5,47±0,26	4,6±0,27	2,29	0,024
Защитный психологический механизм «Отрицание»	4,9±0,35	6,17±0,41	-2,32	0,022
Агрессия как темперамент (тест STAXI)	5,45±0,198	1,84±0,031	2,48	0,015

Таблица 6

Сравнение суицидальных аутоагрессивных паттернов поведения в группах девушек, родители которых страдают алкогольной зависимостью, и группой контроля

Признак	ДМОА n=34		Контроль n=60		χ	P
	n	%	n	%		
Попытка суицида в анамнезе	8	23,5	3	5,0	7,21	0,0072
Суицидальные мысли в течение последних 2-х лет	13	38,2	7	11,7	9,15	0,0025
Суицидальные мысли в анамнезе	22	64,7	12	20,0	18,79	0,00001

Таблица 7

Сравнение представленности предикторов аутоагрессивного поведения среди девушек, родители которых страдают алкогольной зависимостью, и группой контроля

Признак	ДМОА, n=34		Контроль, n=60		χ	P
	n	%	n	%		
Долгопереживаемое чувство вины	21	61,8	17	28,3	10,07	0,0015
Способность долго терпеть боль	24	70,6	29	48,3	4,37	0,0366
Чувство одиночества	23	67,6	21	35,0	9,29	0,0023
Депрессия в анамнезе	25	73,5	23	38,3	10,76	0,0010
Наличие страха смерти	14	41,2	41	68,3	6,59	0,0102
Чувство безысходности	24	70,6	24	40,0	8,13	0,0044
Наличие трагических смертей в семье	14	41,2	13	21,7	4,03	0,0446
Стыд тела	25	73,5	27	45,0	7,15	0,0075
Ощущение наличия физического недостатка	12	35,3	8	13,3	6,25	0,0124
Наличие комплекса неполноценности	20	58,8	21	35,0	5,01	0,0252
Вера в Бога	27	79,4	56	93,3	4,07	0,0436
Убежденность в том, что грешники попадают в ад	16	47,0	42	70,0	5,62	0,0177
Убежденность в том, что проживёт ещё долго	14	41,2	40	66,7	5,77	0,0163
Отсутствие смысла жизни в течение последних 2 лет	5	14,7	1	1,7	4,19	0,0408
Отсутствие смысла жизни вообще	8	23,5	4	6,7	4,13	0,0421
Убежденность в собственной праведности	5	14,7	28	46,7	8,38	0,0038
Склонность держать проблемы в себе	23	67,6	19	31,7	11,37	0,0007

23,5% из них имеют в анамнезе попытку суицида, при этом 64,7% имели когда-либо суицидальные мысли с обдумыванием способа ухода из жизни. Безусловно, именно данная подгруппа представляет наибольший интерес для суицидологических служб в плане превентивной работы.

Предикторы аутоагрессивного поведения ДМОА и респонденток групп контроля представлены в табл. 7. Можно отметить, что у респонденток группы ДМОА отсутствует понимание смысла жизни, значительно снижено количество протективных факторов, снижающих «токсичность» аутоагрессивных импульсов, в то же время присутствует большое количество чувств, формирующих общий гипоти-

мический фон. Так же, как и другие респонденты ВДА, ДМОА склонны не говорить о своих проблемах, а удерживать их в себе, пытаться подавить.

Анализ основных несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения среди ДМОА и респонденток групп контроля представлен в табл. 8. Хорошо видно, что несуйцидальные аутоагрессивные представлены в группе ДМОА в виде трёх направлений: соматического (хронификация соматических заболеваний, получение ЧМТ), опосредованного через рискованное поведение и различные виды самоповреждения (братание, порезы без суицидальных устремлений).

Таблица 8

Сравнение несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения в группах девушек, родители которых страдают алкогольной зависимостью, и контроля

Признак	ДМОА, n=34		Контроль, n=60		χ	P
	n	%	n	%		
Наличие более двух хронических заболеваний	24	70,6	23	38,3	9,03	0,0027
Наличие ЧМТ в анамнезе	3	8,8	--	--	5,47	0,0194
Злоупотребление алкоголем (субъективная оценка)	10	29,4	4	6,7	7,15	0,0075
Склонность к переяданию/голоданию	20	58,8	17	28,3	8,45	0,0036
Нанесение самоповреждений в течение последних 2 лет	6	17,6	1	1,7	5,89	0,0152
Склонность к неоправданному риску	10	29,4	5	8,3	7,19	0,0073
Выраженная гетероагрессивность	18	52,9	15	25,0	7,44	0,0064

Таблица 9

Сравнение наркологических характеристик групп девушек, родители которых страдают алкогольной зависимостью, и контроля

Признак	ДМОА n=34		Контроль n=60		χ	P
	n	%	n	%		
Выпиваю 100–200 гр. водки несколько раз в месяц	12	35,3	4	6,7	10,65	0,0011
Наличие ощущения, что следует сократить число потребляемых спиртных напитков	11	32,4	3	5,0	10,74	0,0010
Наличие чувство раздражения, если окружающие говорят о необходимости снизить употребление спиртного	9	26,5	4	6,7	5,58	0,0182
Наличие чувства вины, связанного с употреблением спиртного	13	38,2	2	3,3	17,20	0,00001

Данные виды «аналогов суицида», как правило, указывают на высокий уровень суицидальной готовности респонденток, при этом относительно укладываются в социально приемлемые рамки, и могут игнорироваться окружающими.

Рассмотрим основные наркологические характеристики исследуемой группы и группы контроля в контексте аутоагрессивного поведения. В таблице 9 видно, что респондентки ДМОА весьма угрожаемы в отношении формирования алкогольной зависимости. Если вернуться к данным таблицы 2 и сравнить её с рассматриваемыми особенностями ДМОА, то обращает на себя внимание разница в количестве спиртного, употребляемого респондентками ДМОА и ДМА по сравнению с контрольной группой. При этом респондентки ДМА склонны употреблять чаще и большее количество алкоголя, нежели ДМОА. 6,7% ДМА имеют позитивное отношение к опохмелению. В то время как группа ДМОА по данному признаку не отличается от контрольной группы, в которой этот показатель равен 0. В данном контексте группа ДМА настораживает в плане глубины сформированности алкогольной зависимости, по сравнению с ДМОА и ДМОА.

Общеизвестно, что злоупотребление алкоголем, склонность к формированию аддикций вообще, является, по своей сути, вариантом несуйцидальной аутоагрессивности, реализуемой наиболее «понятным» и «доступным» для личности способом. Это своеобразный вариант хронического суицида, который воспринимается не таким «радикальным» и «экстремальным» уходом из жизни, не вызывает противоречивых чувств страха и вины, и воспринимается обществом, привыкшим к большому числу алкогольных аддиктов, как нечто само собой разумеющееся. Особенно, если личность имеет отягощённый алкогольной зависимостью наследственный бэкграунд. Можно предположить, существование некоего механизма, определяющего направление саморазрушения, от наиболее одиозных суицидальных форм до «социально приемлемых» несуйцидальных эквивалентов. И в данном случае, количество родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью, является в какой-то степени определяющим фактором.

Перейдём к сравнению личностно - психологических характеристик респонденток групп ДМОА и контроля.

Таблица 10

Сравнение личностно-психологических характеристик групп девушек, родители которых страдают алкогольной зависимостью, и контроля

Признак	ДМОА n=34 M±m	Контроль n=60 M±m	t	P
Родительское предписание «Не делай это»	16,56±1,16	13,52±0,75	2,28553	0,025
Родительское предписание «Не принадлежи»	16,91±1,37	11,97±0,78	3,38359	0,001
Шкала Mini-Mult Pd	7,20±0,45	5,8±0,31	2,64246	0,01
Защитный психологический механизм «Вытеснение»	3,82±0,38	2,88±0,25	2,12425	0,036
Защитный психологический механизм «Интеллектуализация»	5,94±0,38	4,95±0,24	2,30020	0,024
Агрессия как состояние (тест STAXI)	1,70±0,50	0,75±0,21	2,02632	0,045
Аутоагрессия (тест STAXI)	15,47±0,92	13,43±0,46	2,20188	0,03
Контроль агрессии (тест STAXI)	21,44±0,66	19,03±0,57	2,64364	0,01

При анализе личностно-психологических характеристик в группе ДМОА мы видим, что основные родительские предписания представлены установками на пассивность и на противопоставление себя основным общественным группам. В рамках теста Мини-Мульт группу респонденток ДМОА отличает более высокий бал по шкале психопатии, указывающий на часто сформированный антисоциальный радикал личности. Они в большей степени склонны использовать такой защитный психологический механизм, как интеллектуализация, позволяющий ДМОА вывести на псевдоинтеллектуальный уровень часть своих чувств и эмоций, полноценное переживание которых может навредить их нормальному психическому функционированию.

ДМОА в большей степени склонны контролировать свой гнев, нежели респондентки группы контроля, что в комбинации с неспособностью к словесному выражению своих проблем, приводит к выраженному внутреннему напряжению, дискомфорту и образованию гипотимического эмоционального фона.

Таким образом, можно с уверенностью говорить о подтверждении гипотезы гетерогенности девушек ВДА на социальном уровне. Отметим различные варианты антивиталяной направленности в зависимости от трансгенерационной трансляции, которая, в свою очередь, обуславливается той или иной парентальной фигурой, страдающей алкогольной зависимостью.

В качестве иллюстрации приведем пример девушки, выросшей в семье, где, оба родителя страдают алкогольной зависимостью. Анамнестические сведения не являются исключительными и представляют собой достаточно типичный пример среди респонденток данной группы.

Респондентка К., 20-ти лет, студентка пятого курса университета. Дала письменное согласие на участие в исследовании.

Родилась в полной семье, воспитывалась биологическими родителями. Проживает с ними. Родители страдают алкогольной зависимостью, оба – на момент интервью клинически находились на второй стадии алкогольной зависимости. Тип употребления алкоголя – псевдозапойный. Сформированный тип «супружеского алкоголизма». Отец респондентки работает на заводе, мать на протяжении последних пяти лет не работает, занимается домашним хозяйством (с последнего места работы была уволена из-за проблем с алкоголем).

Анамнестические сведения: в возрасте 5-7 лет наблюдалась у логопеда в связи с заиканием. Энурез, энкопрез отрицает. В школу пошла с 7 лет, училась «средне». Закончила 11 классов общеобразова-

тельной школы, классы не дублировала. После поступила в институт. При расспросе об алкогольной зависимости родителей говорит в начале беседы с неохотой. От сверстников и друзей это скрывает. Со слов респондентки, старается как можно меньше находиться дома, встречаться с друзьями. На протяжении 3 лет встречается с молодым человеком своего возраста. Мечтает выйти за него замуж и переехать от родителей.

Суицидологический и наркологический анамнез: со слов К., молодой человек так же имеет «проблемы с алкоголем» (выпивает с пятницы по воскресенье не менее двух литров пива). В последнее время стала выпивать с ним «за компанию». Субъективно оценивает себя, как злоупотребляющую алкоголем на протяжении двух лет. Однако в беседе, при детальном расспросе об алкогольных эксцессах, количестве выпитого, начинает раздражаться. Говорит, что в последнее время К. стало злить, когда окружающие советуют ей сократить количество употребляемых спиртных напитков. При этом после алкогольного эксцесса испытывает чувство вины за то, что употребляла спиртное накануне. Стала курить. Выкуривает по 7 сигарет в сутки.

Год назад обращалась к психотерапевту после суицидальной попытки: после ссоры с родителями порезала себе вены на правой руке, по оценкам самой респондентки, в большей степени для того, чтобы привлечь внимание. До этого временами, после ссор с молодым человеком, родителями, или при ощущении собственной ненужности и незначительности, наносила себе неглубокие порезы на внутренней стороне предплечья. Со слов К., обратилась к психотерапевту из чувства страха за свою жизнь и безысходности. Впервые суицидальные мысли появились с 16 лет, с тех пор, со слов респондентки, они то посещают её, то уходят. С осени 2017 г. испытывает суицидальные мысли практически постоянно. Тяготится младшим братом, проживающим вместе с ней. Видит свою жизнь крайне пессимистично. Жалуется на чувство безысходности и одиночества, несмотря на то, что практически постоянно находится в окружении близких родственников или друзей. Признаков депрессии не обнаруживает: во время беседы часто шутит, рассказывает о своих хобби (коллекционирует ножи). Социально активна, занимается спортом (играет в волейбол), принимает участие в общественной жизни ВУЗа. О детстве говорит, что перестала ощущать себя ребенком с 10 лет, так как отец стал сильно выпивать в связи с проблемами на работе. Мать стала выпивать вместе с ним, в связи с чем, забывала приглядывать за младшим ребёнком. К., с раннего пубертатного периода приходилось заботиться о брате, контролировать происходящее дома (проверить воду, газ, безопасность жилища).

К родителям испытывает смешанные чувства: с одной стороны злится на них, тяготится их присутствием в своей жизни, с другой, – испытывает вину за эти чувства к ним, считает себя ответственной за то, что с ними происходит. Оценивает себя как из-

лишне агрессивную: говорит, что в последние 1,5 года стала чаще ругаться, злиться, вступать в конфликты с близкими и окружающими. Несколько раз во время ссор с родителями, а так же молодым человеком, – дралась. Высказывает желание, обратиться к психотерапевту, в связи с увеличившимся уровнем агрессии.

Выводы:

1. Не все, но большинство респонденток, выросших в семьях, где хотя бы один из родителей страдал алкогольной зависимостью, демонстрируют повышенные показатели аутоагрессивности.

2. Группа респонденток ВДА гетерогенна по уровню и профилю суицидальной направленности, и эта гетерогенность во многом может определяться количеством и полом парентальных фигур, страдающих алкогольной зависимостью, и воспитывающих ВДА. При этом транслируемый модус антивиталяного поведения отличается своей направленностью в зави-

симости от того, кто из членов «алкогольной» семьи является аддиктом.

3. Респондентки, выросшие в семьях, где отец страдает алкогольной зависимостью, отличаются от респонденток группы контроля по уровню актуального стресса. В суицидологическом плане группа респонденток ДАО является наиболее благоприятной группой.

4. Группа ДМА является группой риска в суицидологическом плане и характеризуется преимущественной реализацией аутоагрессивного радикала через несуйцидальную (скрытую или социально приемлемую) аутоагрессию, а также формирование собственной алкогольной зависимости.

5. Группа ДМОА является наиболее «аутоагрессивно заряженной», что реализуется как в классических суицидальных паттернах, так и различными несуйцидальными направлениями.

Литература:

1. Гусева О.И., Макушкин Е.В., Клименко Т.В., Александрова Н.А. Системные проблемы комплексной профилактики аддиктивного и девиантного поведения среди детей и подростков, реализуемой в субъектах Российской Федерации в рамках Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг. *Российский психиатрический журнал*. 2017; 6: 4-9.
2. Калинин О.Ю., Малыгин В.А. Аддиктивное поведение: определение, модели, факторы риска. *Вестник новых медицинских технологий*. 2005; 3-4: 36-38.
3. 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.
4. 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; 10 (207): 13-25.
5. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение): монография. Смоленск: СГМА, 2012. 232 с.
6. Bauer D., Hussong A. Telescoped trajectories from alcohol initiation to disorder in children of alcoholic parents. *J. Abnorm. Psychol.* 2010; 1: 63-78.
7. Brown-Rice K.A., Scholl J.L., Fercho K.A., etc. Neural and psychological characteristics of college students with alcoholic parents differ depending on current alcohol use. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2018; 2: 284-96.
8. 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; 4: 463-9.
9. Rangarajan S. Mediators and moderators of parental alcoholism effects on offspring self-esteem. *Alcohol*. 2008; 4: 481-91.
10. Кибитов А.О. Семейная отягощенность по наркологическим заболеваниям: биологические, генетические и клинические

References:

1. Guseva O.I., Makushkin E.V., Klimenko T.V., Aleksandrova N.A. Sistemnye problemy kompleksnoy profilaktiki addiktivnogo i deviantnogo povedeniya sredi detey i podrostkov, realizuemy v subektah Rossiyskiy Federacii v ramkah Nacionalnoy strategii deystviy v interesah detey na 2012-2017 gg [Systemic problems of integrated prevention of addictive and deviant behaviour among children and adolescents in the constituent entities of the Russian Federation under the National Strategy for children 2012–2017 years]. *Rossiyskiy psihiatricheskij zhurnal [Russian journal of psychiatry]*. 2017; 6: 4-9. (In Russ)
2. Kalinichenko O.YU., Malygin V.A. Addiktivnoe povedenie: opredelenie, modeli, faktory riska [Addictive behavior: definition, models, risk factors]. *Vestnik novyh medicinskih tekhnologii [Journal of new medical technologies]*. 2005; 3-4: 36-38. (In Russ)
3. Merinov A.V., Shustov D.I., Lukashuk A.V. Vzroslye deti alkogolikov: suicidologicheskie i eksperimentalno – psihologicheskie harakteristiki [Adult children of alcoholics: suicidal and experimental - psychological characteristics]. *Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta [Journal "Vestnik of Vitebsk State Medical University]*. 2015; 1: 97-102. (In Russ)
4. Ruzhenkov V.A., Lukyanceva I.S., Ruzhenkova V.V. Addiktivnoe povedenie studencheskoy 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; 10 (207): 13-25. (In Russ)
5. Cygankov B.D., Vaulin S.V. Suicidy i suicidalnye popytki (klinika, diagnostika, lechenie) [Suicides and suicidal attempts (clinical, diagnostic, treatment): monograph]: monografiya. Smolensk: SGMA, 2012. 232 s. (In Russ)
6. Bauer D., Hussong A. Telescoped trajectories from alcohol initiation to disorder in children of alcoholic parents. *J. Abnorm. Psychol.* 2010; 1: 63-78.
7. Brown-Rice K.A., Scholl J.L., Fercho K.A., etc. Neural and psychological characteristics of college students with alcoholic parents differ depending on current alcohol use. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2018; 2: 284-96.
8. 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; 4: 463-9.
9. Rangarajan S. Mediators and moderators of parental alcoholism effects on offspring self-esteem. *Alcohol*. 2008; 4: 481-91.
10. Kibitov A.O. Semeynaya otyagoschenost po narkologicheskim zabolevaniyam: biologicheskie, geneticheskie i klinicheskie harakteristiki [Familial vulnerability for addictions: biological, genetic

- характеристики. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015; 1: 98-104.
11. 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.
 12. Лукашук А.В. Роль семейного функционирования в генезе суицидальной активности детей. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (3): 90-92.
 13. Меринов А.В., Байкова М.А. Анализ влияния наличия веры в Бога на суицидологические показатели и клинико-психологические характеристики студентов старших курсов ВУЗа. *Суицидология*. 2016; 7 (1): 29-39.
 14. Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости: руководство для врачей. *Наркология*. 2017; 16 (2): 99-100.
 - and clinical characteristics]. *Socialnaya i klinicheskaya psichiatriya [Social and Clinical Psychiatry]*. 2015; 1: 98-104. (In Russ)
 11. Lukashuk A.V., Merinov A.V. Roditelskaya autoagressiya: svyaz s suicidalnoy aktivnostyu ih potomstva [Parental autoaggression: the link with suicidal activity of their posterity]. *Rossiyskiy mediko-biologicheskij vestnik im. akademika I.P. Pavlova [I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald]*. 2017; 25 (1): 86-91. (In Russ)
 12. Lukashuk A.V. The role of family functioning in the genesis of suicidal activity among children. *Academic Journal of West Siberia*. 2016; 12 (3): 90-92. (In Russ)
 13. Merinov A.V., Baykova M.A. Analysis of the influence of the availability of faith in God on suicidalological indicators and clinical-psychological characteristics of students of senior courses of the University. *Suicidology*. 2016; 7 (1): 29-39. (In Russ)
 14. Shustov D.I., Tuchina O.D. Psihoterapiya alkogolnoy zavisimosti: rukovodstvo dlya vrachey [Psychotherapy of alcohol addiction: a guide for doctors]. *Narkologiya [Narkology]*. 2017; 16 (2): 99-100. (In Russ)

HETEROGENEITY OF THE PHENOMENON "ADULT CHILDREN OF ALCOHOLICS" FROM THE POSITION OF AUTOAGGRESSION: THE IMPACT OF THE PARENTAL ADDICTIVE FIGURE

M.A. Baykova, A.V. Merinov

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

Abstract:

The aim of the study was to review the phenomenon of heterogeneity of "Adult Children Of Alcoholics" (ACOA), in regard to sex and the number of parental figures suffering from alcohol addiction. To solve the tasks, 184 senior students of the university were examined, of which 60 people made up a control group, the rest were classified as ACOA and were divided into subgroups, depending on the number and sex of parental figures suffering from alcohol dependence. Results: The heterogeneity of the ACOA group in relation to patterns of autoaggressive behavior was convincingly demonstrated, as well as differences in the orientation of autodestruction, depending on which of the parents suffered from alcohol addiction. Girls whose fathers suffered from alcohol dependence (GFA) in this context represent the most prosperous group, despite the fact that 78.3% of them are prone to self-incrimination, 18% are highly aggressive, and 36.7% are inclined to experiencing feelings of loneliness. These figures to a greater extent reflect the level of actual stress associated with the presence of an alcoholized parent in the family. According to the main suicidological characteristics, the group of GFA respondents did not differ much from the control group. Girls whose mothers suffer from alcohol dependence (GMA) are more likely to realize their anti-vital impulses through the formation of alcohol dependence: 16.7% of them noted that they drink 200 gr. alcohol 3-4 times a month, 20% believe that they should reduce the consumption of alcoholic beverages and report experiencing feelings of guilt associated with the use of alcohol, 6.7% have a craving for sobering up in the morning after alcoholic excesses. The most problematic group of respondents – girls with both parents having alcohol addiction (GMFA) – was also the most tense in the narcological and suicidological perspective. In the GMFA group, suicidal behavior is realized both in the classical manner (23.5% of respondents have an attempted suicide in the anamnesis, 64.7% have suicidal thoughts in the anamnesis), and in the non-classical (29.3% of respondents of GMFA are inclined to unjustified risk, 17.6% – to self-cutting, 29.3% estimate themselves as abusers of alcohol). At the same time 35,3% of GMFA noted that they consume over 200 gr. alcohol several times a month, which is worrying in terms of formation of alcohol addiction. Conclusions: A suggestion is made about the importance of clarifying the family "alcoholic" anamnesis for understanding the functioning of the actual autodestructive mode of ACOA. This creates theoretical prerequisites for creating a differentiated set of methods for correcting the potential autoaggressive of the ACOA, as well as expanding the possibility of developing methods for assessing the suicide risk of the appropriate contingent both within the narcological and suicidal practices.

Keywords: adult children of alcoholics (ACOA), alcohol dependence, suicidology, autoaggression, prevention of suicide, risk factors for suicidal behavior

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Байкова М.А., Меринов А.В. Гетерогенность феномена «взрослых детей алкоголиков» с позиции аутоагрессивности: влияние парентальной аддиктивной фигуры. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 53-62. doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-53-62](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-53-62)

For citation: 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): 53-62. (In Russ) doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-53-62](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-53-62)

СВЯЗЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И БЕЗНАДЕЖНОСТИ С АКАТИЗИЕЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.Г. Корнетова, А.А. Гончарова, А.Н. Корнетов, А.А. Давыдов, В.В. Дубровская, А.В. Семке, Н.А. Бохан

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»
НИИ психического здоровья, 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 Научно-исследовательского института психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, консультант психиатр клиники ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. НИИ психического здоровья. Телефон: (3822) 72-43-79, электронный адрес: kornetova@sibmail.com

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 Научно-исследовательского института психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. НИИ психического здоровья. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: 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

Давыдов Артём Александрович (SPIN-код: 7806-0003; Researcher ID: M-6450-2018; ORCID iD: 0000-0001-7663-3961). Место работы и должность: ассистент кафедры 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: kaf.del.st.lab@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 Научно-исследовательского института психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. НИИ психического здоровья. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: vika.dubrovskaya.vd@gmail.com

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 Научно-исследовательского института психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук. Профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. НИИ психического здоровья. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: asemke@mail.ru

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

Высокий риск суицидального поведения у больных шизофренией обусловлен не только проявлениями самого расстройства, сопутствующей депрессией, но и рядом неблагоприятных эффектов антипсихотической терапии. Цель исследования: Выявление связи между парасуицидами в анамнезе, безнадёжностью, акатизией и ключевыми клинико-динамическими показателями у больных шизофренией. Материалы. Обследован 71 пациент с шизофренией с помощью шкал оценки акатизии Барнса, безнадёжности Бека, PANSS и SASS. Результаты. Распространенность парасуицидов в анамнезе составила 36,6%. Установлено, что у лиц с более ранним началом шизофрении достоверно чаще происходят парасуициды ($p=0,0056$). Аналогичные результаты получены в зависимости от наличия или отсутствия акатизии ($p=0,022$). Не выявлено связей безнадёжности и парасуицидов в анамнезе с акатизией. Выводы. Полученные данные говорят о большем вкладе в генез суицидального поведения у больных шизофренией клинико-динамических показателей по сравнению с ятрогенными.

Ключевые слова: шизофрения, акатизия, парасуицид, безнадёжность, адаптация

Распространённость суицидального поведения среди больных шизофренией может достигать 50%, причём предыдущие попытки повышают риск самоубийства [1-2]. Среди всех причин летальных исходов у этих пациентов случаи добровольного ухода из жизни составляют 6% [3]. Известны несколько подходов к описанию суицидального поведения при шизофрении. Так, Р.М. Логутенко [4] выделил три типа суицидального поведения у пациентов с этим расстройством. Первый тип он связывает с появлением критики к перенесённым психическим переживаниям, что наблюдается чаще после двух госпитализаций и сопровождается реактивными переживаниями. Второй тип обусловлен появлением своеобразного мировосприятия и изменениями личности. Третий тип связан с формированием поведенческих нарушений. Л.Н. Касимова и др. [5] также выделили ряд суицидогенных и антисуицидальных признаков у больных шизофренией. В частности, мужской пол, одиночество, нарастание социальной изоляции и наличие позитивной симптоматики, депрессивного аффекта и предшествующие суицидальные попытки, являются суицидогенными признаками, а наследственная отягощённость, аддиктивное поведение выступают факторами, сопряжёнными с высоким риском суицида. В то же время, наличие семьи и социальной поддержки, стремление к выживанию выступают в качестве защитных агентов. Следует отметить, что авторами рассмотрены в основном клинко-динамические и социальные аспекты проблемы формирования суицидального поведения при шизофрении и не учитывается многообразие ятрогенных факторов, включая нежелательные явления в процессе антипсихотической терапии.

Наиболее высокий риск суицидального поведения у больных шизофренией отмечается в начале заболевания [6], хотя и продолжает иметь место в последующие годы болезни. Определённую роль вносят: депрессия, безнадёжность и сниженная приверженность к лечению [7-8], злоупотребление психоактивными веществами [9]. При этом особое значение в возникновении суицидального поведения у этих пациентов придаётся наличию дистресса, вызванного нежелательными явлениями антипсихотической терапии [10]. К примеру, установлено, что увеличение риска появления всех звеньев суицидального поведения у больных шизофренией связано с развитием лекарственно-индуцированных экстрапирамидных расстройств, а именно акатизии [11]. Также более

частое возникновение суицидальных мыслей и увеличение риска суицидальных попыток могут быть обусловлены чувствами безысходности и безнадёжности, развившихся в виде реакции на длительность, интенсивность и стойкость побочных эффектов антипсихотической терапии [12]. В отношении принимаемого базисного лечения и распространённости суицидального поведения была доказана эффективность атипичных антипсихотиков. Так, приём клозапина сопряжён с более низким риском самоубийства [13].

С учётом сказанного, оценка суицидального риска при шизофрении является важнейшей задачей клинической психиатрии. Применение стандартизированных психометрических инструментов позволяет объективизировать такой риск и проводить динамическую оценку на протяжении всего периода наблюдения. В частности, шкала безнадёжности Бека показала свою чувствительность и специфичность в плане выявления суицидального риска у больных шизофренией у 211 пациентов, которые были обследованы с помощью двух вариаций шкалы: полномасштабной 20-позиционной и сокращённой 4-позиционной версий [14], что подтвердилось диагностикой с помощью пунктов модуля Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) Suicidality [15]. В современной литературе также представлены данные, связывающие увеличение уровня безнадёжности и повышения суицидальной настроенности у больных шизофренией [16].

Целью исследования являлось выявление связи между парасуицидами в анамнезе, безнадёжностью, акатизией и ключевыми клинико-динамическими показателями у больных шизофренией.

Материалы и методы.

В исследовании приняли участие пациенты с установленным диагнозом шизофрении (в соответствии с критериями МКБ-10, рубрики F20), способные дать письменное информированное согласие. Критерием невключения являлось наличие тяжелой соматической патологии. При проведении исследования были соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации. Исследование было одобрено локальным независимым этическим комитетом НИИ психического здоровья (протокол этического комитета НИИ психического здоровья Томского НИМЦ № 103 от 23 октября 2017 г., дело № 103/1.2017).

Было проведено обследование пациентов, поступивших на стационарное лечение в 2017

г., на базе второго клинического психиатрического отделения НИИ психического здоровья Томского НИМЦ и ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница». Набор пациентов осуществлялся сплошным методом. Был обследован 71 пациент с установленным диагнозом шизофрении, из них 37 (52,1%) мужчин и 34 (47,9%) женщины, получавшие базисную антипсихотическую терапию на момент включения в исследование, в возрасте $35,7 \pm 11,5$ лет, с длительностью заболевания $9,7 \pm 8,8$ года. Клинические данные формализованы согласно «Базисной карте формализованных социально-демографических и клинико-динамических признаков для больных шизофренией» [17].

На основании полученных анамнестических сведений и медицинской документации пациенты были разделены на две группы: с парасуицидом в анамнезе – 26 пациентов (36,6%) и без такового – 45 (63,4%). В первой группе средний возраст составил $32,9 \pm 12,1$, во второй – $37,4 \pm 10,9$ ($p=0,052$). Мужчин в группе с парасуицидами в анамнезе оказалось 16 (61,5%), женщин – 10 (38,5%); в группе без суицидального поведения мужчин было – 21 (46,7%), женщин – 24 (53,3%). Несмотря на то, что в одном из последних мета-анализов, посвящённых проблеме суицидального поведения у больных шизофренией, было обнаружено увеличение суицидального риска у мужчин [16], в исследуемых группах статистических различий по полу не выявлено ($p=0,159$). В обеих группах незначительно преобладали лица, имеющие инвалидность по основному заболеванию – 16 (61,5%) и 24 (53,3%) соответственно, со средним уровнем образования: в группе с парасуицидом – 15 (57,7%) и те, кто не совершали – 33 (73,3%). По данным характеристикам группы не имели достоверных статистических различий (фэмп=0,674; $p>0,05$ и фэмп=0,344; $p>0,05$ соответственно).

Наличие суицидального риска было оценено с использованием шкалы безнадёжности Бека (BHI) [18]. Уровень субъективной оценки качества жизни и социального функционирования, был оценён с использованием шкалы самооценки социальной адаптации (SSAS) [19]. Для объективизации оценки психического состояния пациентов была использована шкала PANSS «Шкалы позитивных и негативных синдромов» [20].

Диагностику акатизии проводили с использованием шкалы оценки акатизии Барнса (BAS) [21], значение последнего пункта шкалы использовалось для разделения пациентов по

наличию или отсутствию акатизии. Таким образом, её распространённость в изучаемой выборке составила 38,1% ($n=27$), что не противоречит другим подобным исследованиям [22].

Средний возраст лиц с акатизией составил $32,7 \pm 10,1$ года. В отношении распределения по полу среди больных шизофренией с акатизией преобладали мужчины – 17 (63,0%), по сравнению с женщинами 10 (37,0%). Большинство имели инвалидность по основному заболеванию – 18 (66,7%), и средний уровень образования – 18 (66,7%). Конвенциональный нейролептик получали 11 больных (40,7%), атипичные антипсихотики – 16 (59,3%).

Статистический анализ выполнен с использованием пакета программ Statistica for Windows (V.7.0). Статистическую значимость различий между группами определяли по U-критерию Манна-Уитни (для двух независимых выборок). Для оценки частот в двух анализируемых группах использован критерий χ^2 Пирсона, в том числе с учётом поправки Йейтса. Для сравнения малых выборок был использован точный критерий Фишера. Уровень достоверности соответствовал $p<0,05$.

Результаты и обсуждение.

Ретроспективно мы изучили развитие суицидального поведения в исследуемой выборке. На начальных стадиях заболевания пациенты переживали значимый для себя эмоциональный стресс, и аутоагрессивные тенденции у них имели психологически выводимый характер. Некоторые из таких больных попадали в поле зрения психиатров именно после парасуицида. У ряда пациентов были значительно выражены поведенческие нарушения, отмечались неадекватные ситуации поступки, brutальные выходы и негативизм по отношению к окружающим. По мере развития болезни триггером суицидального поведения чаще выступали эмоционально-волевые и когнитивные нарушения, отмечались парасуициды на фоне аутистических бредоподобных фантазий и галлюцинаторно-бредовой симптоматики. Наиболее потенциально опасные аутоагрессивные действия были вызваны переживанием чувства «шизофренической катастрофы». Такие пациенты совершали попытки падения под транспорт или падения с высоты, самопорезы, самоповешения. Состояние большинства пациентов этой группы, согласно ретроспективному анализу, наряду с основной шизофренической симптоматикой включало в себя депрессивные проявления. Кроме того, среди таких лиц чаще отмечались повторные суицидальные действия.

Различий по полу у лиц с акатизией в зависимости от наличия или отсутствия суицидального поведения в анамнезе установлено не было (табл. 1).

Таблица 1

Распределение по полу у пациентов с акатизией в исследуемых группах

Парасуицид в анамнезе n=10 (37,1%)	Не совершали n=17 (62,9%)	Р
М, n=8 (80,0%)	М n=9 (53,0%)	0,160
Ж, n=2 (20,0%)	Ж n=8 (47,0%)	

Как представлено в других исследованиях [23-24], наличие аддиктивного поведения – курение, потребление алкоголя и других психоактивных веществ довольно часто встречается среди больных шизофренией, чему есть ряд причин, и ряд теорий, дающих объяснение данному феномену [25]. Несмотря на то, что ранее установлена взаимосвязь увеличения распространённости суицидального поведения не только с потреблением алкоголя, но и рядом других психоактивных веществ [26], в настоящем исследовании не было обнаружено значимых различий по наличию алкогольной зависимости ($p=0,242$) и табакокурению ($p=0,898$) (табл. 2). О неоднозначности связи курения с риском суицидального поведения при шизофрении указывали R. Schennach-Wolffet и соавт. [27]. В отношении потребления алкоголя и табакокурения у пациентов акатизией не было установлено статистически значимых различий ($p=0,964$ и $p=0,636$) в зависимости от суицидального поведения.

Известно, что возраст манифестации и длительность заболевания являются важными прогностическими факторами течения шизофрении в целом [28]. Нами предпринята по-

пытка связать их с риском суицидального поведения. В результате были установлены значимые различия ($p=0,0056$) по возрасту манифестации (табл. 3). Хотя, имеются данные, что не только молодой возраст, но и небольшая длительность заболевания являются предикторами повышенного риска суицидального поведения [29], установить различия в двух группах в связи с длительностью заболевания нам не удалось ($p=0,256$).

Данные параметры также были оценены в группе пациентов с акатизией и без. В отношении возраста манифестации были получены различия у больных с акатизией и без акатизии с учётом парасуицида в анамнезе ($p=0,022$). Так, лица с акатизией и парасуицидом, имели более молодой возраст ($20,9\pm 5,6$ лет), по сравнению с пациентами, не совершившими попытки суицида ($27,8\pm 6,9$ лет), что, вероятно, может быть связано с выраженной аффективной насыщенностью в первые годы заболевания, и также непосредственными тягостными переживаниями, связанными с наличием побочных действий от принимаемой терапии, что, возможно, в совокупности приводит к нарастанию самостигматизации, социальному дрейфу и, как следствию – к аутоагрессивным тенденциям.

Основные показатели психического состояния по PANSS представлены в таблице 4. Как следует из полученных результатов не было выявлено различий у пациентов парасуицидами и без, хотя есть данные о связи увеличения риска суицидального поведения и нарастания как позитивной, так и негативной симптоматики [16]. Можно утверждать, что в выборку для настоящего исследования с учётом сплошного метода включались в основном лица без активных антивитальных переживаний.

Таблица 2

Аддиктивное поведение у пациентов с шизофренией в исследуемых группах

Показатели	Парасуицид в анамнезе n=26 (36,6%)	Не совершали n=45 (63,4%)	Р
Алкогольная зависимость	Да, n=9 (34,6%)	Да, n=22 (48,9%)	0,242
	Нет, n=17 (65,4%)	Нет, n=23 (51,1%)	
Курение	Да, n=16 (61,5%)	Да, n=27 (60,0%)	0,898
	Нет, n=10 (38,5%)	Нет, n=18 (40,0%)	

Таблица 3

Клинико-динамические показатели у пациентов с шизофренией в исследуемых группах

Показатели	Парасуицид в анамнезе n=26 (36,6%)	Не совершали n=45 (63,4%)	Р
Возраст манифестации	22,1±5,6	28,1±9,6	0,0056
Длительность заболевания	10,9±8,9	9,1±8,8	0,256

Таблица 4

Показатели шкалы PANSS у пациентов с шизофренией в исследуемых группах

Шкала PANSS	Группа	N	Min	Max	Me	M	m	P
Позитивные симптомы	С парасуицидом	26	19	38	25	25,2	4,1	0,966
	Не совершали	45	18	33	25	24,8	3,4	
Негативные симптомы	С парасуицидом	26	16	36	21,5	22,3	4,1	0,427
	Не совершали	45	17	36	22	23,1	4,0	
Общесихопатологические симптомы	С парасуицидом	26	38	70	51	52,3	6,6	0,530
	Не совершали	45	43	69	53	53,0	4,8	
Общий показатель	С парасуицидом	26	77	131	99	99,8	11,1	0,481
	Не совершали	45	87	132	102	101,2	9,3	

Также данные показатели были оценены у группы пациентов с акатизией, при этом значимых различий установлено не было.

Некоторые исследования, посвящённые проблеме суицидального риска у больных шизофренией, свидетельствуют о том, что приём атипичных антипсихотиков, сопряжён с более низким уровнем суицидального поведения, по сравнению с конвенциональными нейролептиками [30, 31]. Можно предположить, что данные выводы связаны, в том числе, с мнением о лучшей переносимости и меньшей выраженности побочных эффектов, включая экстрапирамидные расстройства при приёме препаратов второй генерации, однако существует и обратная точка зрения [32].

Несмотря на то, что в литературе представлены данные о повышении риска суицидального поведения у больных шизофренией с акатизией, которая способна актуализировать суицидальные мысли как неадаптивный способ совладания с тягостными субъективными переживаниями моторного беспокойства и усиливать дисфорические реакции [11, 33], нам не удалось установить значимых различий (табл. 5).

Таблица 5

Распространённость акатизии в исследуемых группах

Показатель	Парасуицид в анамнезе n=26 (36,6%)		Не совершали n=45 (63,4%)		P
	n	%	n	%	
С акатизией	10	37,0	17	63,0	0,954
Без акатизии	16	36,4	28	63,6	

К появлению суицидальных мыслей и намерений у больных шизофренией в 50% слу-

чаев приводят сниженное настроение, апатия и подавленность [34]. Поэтому представляется важной оценка такого параметра как выраженность негативного отношения к собственному будущему, что может приводить к суицидальной настроенности и являться индикатором суицидальных мыслей, и, возможно, намерений. Для этого нами проанализированы показатели шкалы безнадёжности Бека у больных шизофренией во взаимосвязи с парасуицидами в анамнезе, в особенности у пациентов с акатизией.

Результаты, полученные по шкале безнадёжности Бека, в двух группах оказались близкими друг к другу. У пациентов с парасуицидом в анамнезе – $6,4 \pm 4,3$, у лиц, не совершавших суицидальные попытки – $5,7 \pm 2,9$. Статистически значимых различий не установлено ($p=0,698$). В целом это характеризует две группы как имеющие лёгкий уровень безнадёжности.

Уровень баллов по шкале безнадёжности Бека у пациентов с акатизией составил $6,2 \pm 3,0$. У больных шизофренией с акатизией и парасуицидом в анамнезе показатели уровня безнадёжности – $6,7 \pm 3,3$, в группе, не совершавших парасуициды – $5,9 \pm 2,9$ ($p=0,451$), что также демонстрирует в обеих группах наличие лёгкой степени выраженности негативной оценки своего будущего.

Уровень баллов по шкале безнадёжности Бека у пациентов без акатизии ($5,8 \pm 3,7$), статистически не отличался ($p=0,368$) от пациентов с акатизией ($6,2 \pm 3,0$). В целом уровень негативного восприятия собственного будущего в двух группах характеризуется легкой безнадёжностью. Вероятно, полученный результат можно объяснить тем, что постоянное или перио-

дическое чувство внутреннего двигательного беспокойства лишь ухудшает состояние пациента, но не оказывает значимого влияния на уровень его адаптационных возможностей и выраженное негативное отношение к собственному будущему.

Показатели уровня социальной адаптации у больных шизофренией состоят из субъективной оценки качества и удовлетворённости сферами жизнедеятельности. Наличие суицидальных попыток в анамнезе у больных шизофренией традиционно рассматривается как один из критериев низкой социальной адаптации больных [35]. У пациентов с парасуицидами в анамнезе в исследуемой выборке средний суммарный показатель SASS был $35,0 \pm 7,7$. И, как бы парадоксально это не характеризовало данную группу пациентов, но они имели высокую субъективную оценку качества жизни и, следовательно, имели нормальную социальную адаптацию, также как и пациенты, не имеющие в прошлом суицидальных попыток – $37,3 \pm 7,0$. Статистические различия по этому показателю между группами отсутствовали ($p=0,290$).

У пациентов с акатизией выявлены хорошая социальная адаптация и высокий уровень социального функционирования. При этом в зависимости от наличия ($34,5 \pm 5,6$) или отсутствия суицидального поведения ($37,1 \pm 6,2$) в анамнезе показатели статистически не различались ($p=0,303$). Средний суммарный уровень баллов по SASS составил $36,1 \pm 6,0$.

Обобщая полученные результаты, следует подчеркнуть, что распространённость суицидального поведения среди больных шизофренией остаётся достаточно высокой, выявление и поиск факторов риска, связанных с формированием суицидальных тенденций, наряду с разработкой технологий профилактики, является приоритетным, особенно в случае неблагоприятных эффектов антипсихотической терапии, в частности, акатизии, усугубляющих состояние пациентов. Решение данной пробле-

мы требует постоянного динамического наблюдения больных, разработки лечебно-реабилитационных подходов, направленных на повышение их адаптационных возможностей и своевременную коррекцию нежелательных побочных действий проводимой терапии. Применение шкалы безнадежности Бека у больных шизофренией с целью выявления суицидального риска в рутинной психиатрической практике как валидного и экономичного инструмента, имеющего значения нормы, позволит объективизировать суицидальный риск у данной категории пациентов.

Выводы.

Распространённость суицидального поведения в анамнезе среди больных шизофренией в исследованной выборке составила 36,6%, однако установить связь между парасуицидами в прошлом, безнадежностью и акатизией на момент обследования не удалось. Было выявлено влияние более раннего возраста манифестации заболевания на суицидальное поведение у пациентов с шизофренией, включая лиц с акатизией. В отношении формирования тенденций к негативному представлению о собственном будущем и наличием суицидальных попыток в анамнезе не было получено достоверных различий. В целом, сниженный уровень социального функционирования у пациентов с суицидальным поведением говорит о низких адаптационных возможностях, но не различим с группой пациентов, не предпринимавших попытки к самоубийству. Полученные данные говорят о большем вкладе в генез суицидального поведения у больных шизофренией клинико-динамических показателей по сравнению с ятрогенными. Вместе с тем, необходимы дальнейшие исследования на других выборках, в частности, на более дискретных с оценкой влияния отдельных антипсихотических препаратов, а также при других нежелательных явлениях.

Литература:

1. Лутова Н.Б. Суицидальные тенденции и комплаентность больных эндогенными расстройствами. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (3): 8-10.
2. Meltzer H.Y. Treatment of suicidality in schizophrenia. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001; 932: 44-58.
3. Nordentoft M., Mortensen P.B., Pedersen C.B. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 68 (10): 1058-64.
4. Логутенко Р.М. Клинические особенности галлюцинаторно-параноидного синдрома и аутоагрессии на фоне религиозных бредовых идей при параноидной шизофрении. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 9 (3): 59-61.

References:

1. Lutova N.B. Suicidal tendencies and compliance of patients with endogenous disorders. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 15 (3): 8-10. (In Russ)
2. Meltzer H.Y. Treatment of suicidality in schizophrenia. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001; 932: 44-58.
3. Nordentoft M., Mortensen P.B., Pedersen C.B. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 68 (10): 1058-64.
4. Logutenko R.M. Clinical features of hallucinatory paranoid syndrome and autoaggression against the background of religious delusional ideas in paranoid schizophrenia. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (3): 59-61. (In Russ)

5. Касимова Л.Н., Втюрина М. В., Святогор М.В. Оценка факторов суицидального риска у больных шизофренией. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014; 24 (1): 10-3.
6. Pompili M., Serafini G., Innamorati M., et al. Suicide risk in first episode psychosis: a selective review of the current literature. *Schizophrenia Research*. 2011; 129 (1): 1-11.
7. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: эпидемиология и факторы риска. *Суицидология*. 2013; 4 (1): 15-28.
8. Reutfors J., Brandt L., Ekblom A., et al. Suicide and hospitalization for mental disorders in Sweden: a population-based case-control study. *Schizophrenia Research*. 2010; 44 (12): 741-7.
9. Tandon R., Fleischhacker W.W. Comparative efficacy of antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a critical assessment. *Schizophrenia Research*. 2005; 79 (2-3): 145-55.
10. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике. *Суицидология*. 2013; 4 (3): 3-16.
11. Seemüller F., Lewitzka U., Bauer M. et al. The relationship of Akathisia with treatment emergent suicidality among patients with first-episode schizophrenia treated with haloperidol or risperidone. *Pharmacopsychiatry*. 2012; 45 (7): 292-6.
12. Togay B., Noyan H. et al. Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode. *Schizophrenia Research*. 2015; 229 (1-2): 252-6.
13. Strom B.L., Eng S.M., Faich G., et al. Comparative mortality associated with ziprasidone and olanzapine in real-world use among 18 154 patients with schizophrenia: the Ziprasidone Observational Study of Cardiac Outcomes (ZODIAC). *The American Journal of Psychiatry*. 2011; 168 (2): 193-201.
14. Aloba O., Esan O., Alimi T. Adaptation of the Beck Hopelessness Scale as a suicide risk screening tool among Nigerian patients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2017; 22 (1): 19-24.
15. Sheehan D.V., Lecruibier Y., Harnett-Sheehan K. The mini international neuropsychiatric interview. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1998; 59: 22-3.
16. 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. *Schizophrenia Bulletin*. 2017; 44 (4): 787-97.
17. Корнетова Е.Г. Шизофрения с преобладанием негативных нарушений: клинко-конституциональные закономерности, адаптация, терапия: дис. ... докт. мед. наук. Томск, 2016. 447 с.
18. Beck A. T., Weissman A., et al. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1974; 42 (6): 861-5.
19. Bosc M., Dubini A., Polin V. The Social Adaptation Self-Evaluation Scal (SASS). *European Neuropsychopharmacology*. 1997; 7 (1): 57-70.
20. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987; 13 (2): 261-76.
21. Barnes T. R. A rating scale for drug-induced akathisia. *The British Journal of Psychiatry*. 1989; 154 (5): 672-6.
22. Lohr J.B., Eidt C. A. et al. The clinical challenges of akathisia. *CNS Spectrums*. 2005; 20 (1): 1-16.
23. Гофман А.Г. Алкоголизм, сочетающийся с шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра. *Вопросы наркологии*. 2014; 3: 127-36.
24. Hartz S.M., Pato C.N., Medeiros H., et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry*. 2014; 71 (3): 248-254.
25. Khokhar J.Y., Dwiell L.L., Henricks A.M., et al. The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophrenia Research*. 2017; 194: 78-85.
26. Østergaard M.L.D., Nordentoft M., Hjorthøj C. Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bi-
5. Kasimova L.N., Vtjurina M.V., Svjatogor M.V. Ocenka faktorov suicidal'nogo riska u bol'nyh shizofreniej [Assessment of suicide risk factors in patients with schizophrenia]. *Social'naja i klinicheskaja psixiatrija [Social and clinical psychiatry]*. 2014. Vol. 24, № 1. P. 10-3. (In Russ)
6. Pompili M., Serafini G., Innamorati M., et al. Suicide risk in first episode psychosis: a selective review of the current literature. *Schizophrenia Research*. 2011; 129 (1): 1-11.
7. Lyubov E.B., Tsuprun V.M. Suicide and schizophrenia: rates and risk factors. *Suicodology*. 2013; 4 (1): 15-28. (In Russ)
8. Reutfors J., Brandt L., Ekblom A., et al. Suicide and hospitalization for mental disorders in Sweden: a population-based case-control study. *Schizophrenia Research*. 2010; 44 (12): 741-7.
9. Tandon R., Fleischhacker W.W. Comparative efficacy of antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a critical assessment. *Schizophrenia Research*. 2005; 79 (2-3): 145-55.
10. Lyubov E.B., Tsuprun V.E. Suicidal behaviour and schizophrenia: promising preventative and curative biopsychosocial interventions. *Suicodology*. 2013; 4 (3): 3-16. (In Russ)
11. Seemüller F., Lewitzka U., Bauer M. et al. The relationship of Akathisia with treatment emergent suicidality among patients with first-episode schizophrenia treated with haloperidol or risperidone. *Pharmacopsychiatry*. 2012; 45 (7): 292-6.
12. Togay B., Noyan H. et al. Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode. *Schizophrenia Research*. 2015; 229 (1-2): 252-6.
13. Strom B.L., Eng S.M., Faich G., et al. Comparative mortality associated with ziprasidone and olanzapine in real-world use among 18 154 patients with schizophrenia: the Ziprasidone Observational Study of Cardiac Outcomes (ZODIAC). *The American Journal of Psychiatry*. 2011; 168 (2): 193-201.
14. Aloba O., Esan O., Alimi T. Adaptation of the Beck Hopelessness Scale as a suicide risk screening tool among Nigerian patients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2017; 22 (1): 19-24.
15. Sheehan D.V., Lecruibier Y., Harnett-Sheehan K. The mini international neuropsychiatric interview. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1998; 59: 22-3.
16. 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. *Schizophrenia Bulletin*. 2017; 44 (4): 787-97.
17. Kornetova E.G. Schizophrenia with predominance of negative disorders: clinical-constitutional patterns, adaptation, therapy. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis. Tomsk, 2016, 447 p. (In Russ)
18. Beck A. T., Weissman A., et al. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1974; 42 (6): 861-5.
19. Bosc M., Dubini A., Polin V. The Social Adaptation Self-Evaluation Scal (SASS). *European Neuropsychopharmacology*. 1997; 7 (1): 57-70.
20. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987; 13 (2): 261-76.
21. Barnes T. R. A rating scale for drug-induced akathisia. *The British Journal of Psychiatry*. 1989; 154 (5): 672-6.
22. Lohr J.B., Eidt C. A. et al. The clinical challenges of akathisia. *CNS Spectrums*. 2005; 20 (1): 1-16.
23. Gogman A.G. Alkogolizm, sochetajushhijsa s shizofreniej I zabojevanijami shizofrenicheskogo spectra [Alcoholism combined with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders]. *Voprosy narkologii [Narcology issues]*. 2014; 3: 127-36. (In Russ)
24. Hartz S.M., Pato C.N., Medeiros H., et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry*. 2014; 71 (3): 248-254.
25. Khokhar J.Y., Dwiell L.L., Henricks A.M., et al. The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophrenia Research*. 2017; 194: 78-85.
26. Østergaard M.L.D., Nordentoft M., Hjorthøj C. Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bi-

- polar disorder, unipolar depression or personality disorder. *Addiction*. 2017; 112(7): 1250-9.
27. Schennach-Wolff R., Jäger M., Seemüller F. et al. Outcome of suicidal patients with schizophrenia: results from a naturalistic study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010; 121 (5): 359-70.
 28. Gupta S.K., Jiloha R.C., Yadav A. Onset of schizophrenia at 100 years of age. *Indian Journal of Psychiatry*. 2014; 56 (1): 82-3.
 29. Bertelsen M., Jeppesen P., Petersen L. et al. Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. *The British Journal of Psychiatry*. Suppl. 2007; 51: 140-6.
 30. Reutfors J., Brandt L., Jönsson E.G. et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population based case-control study. *Schizophrenia Research*. 2009; 108 (1-3): 231-7.
 31. Leucht S., Cipriani A., Spineli L. et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple treatments meta-analysis. *The Lancet*. 2013; 382 (9896): 951-62.
 32. Kasckow J., Felmet K., Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS Drugs*. 2011; 25 (2): 129-43.
 33. Leong G.B., Silva J.A. Neuroleptic-induced akathisia and violence: a review. *Journal of Forensic Sciences*. 2003; 48 (1): 187-9.
 34. Moller H.J. Occurrence and treatment of depressive comorbidity / cosyndromality in schizophrenic psychoses: conceptual and treatment issues. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2005; 6 (4): 247-63.
 35. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов Н.А. Клинико-генетико-антропометрические данные и факторы экзогенной ритмики при шизофрении. Киев: Здоровье, 1984. 158 с.
- polar disorder, unipolar depression or personality disorder. *Addiction*. 2017; 112(7): 1250-9.
27. Schennach-Wolff R., Jäger M., Seemüller F. et al. Outcome of suicidal patients with schizophrenia: results from a naturalistic study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010; 121 (5): 359-70.
 28. Gupta S.K., Jiloha R.C., Yadav A. Onset of schizophrenia at 100 years of age. *Indian Journal of Psychiatry*. 2014; 56 (1): 82-3.
 29. Bertelsen M., Jeppesen P., Petersen L. et al. Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. *The British Journal of Psychiatry*. Suppl. 2007; 51: 140-6.
 30. Reutfors J., Brandt L., Jönsson E.G. et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population based case-control study. *Schizophrenia Research*. 2009; 108 (1-3): 231-7.
 31. Leucht S., Cipriani A., Spineli L. et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple treatments meta-analysis. *The Lancet*. 2013; 382 (9896): 951-62.
 32. Kasckow J., Felmet K., Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS Drugs*. 2011; 25 (2): 129-43.
 33. Leong G.B., Silva J.A. Neuroleptic-induced akathisia and violence: a review. *Journal of Forensic Sciences*. 2003; 48 (1): 187-9.
 34. Moller H.J. Occurrence and treatment of depressive comorbidity / cosyndromality in schizophrenic psychoses: conceptual and treatment issues. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2005; 6 (4): 247-63.
 35. Kornetov A.N., Samohvalov V.P., Kornetov N.A. Kliniko-genetiko-antropometricheskie dannye i faktory jekzogennoj ritmiki pri shizoprenii [Clinical, genetic and anthropometric data and factors of exogenous rhythm in schizophrenia]. Kiev: Zdorov'e, 1984. 158 s. (In Russ)

CONNECTION OF SUICIDAL BEHAVIOR AND HOPELESSNESS WITH AKATHISIA IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

E.G. Kornetova^{1,2}, A.A. Goncharova¹, A.N. Kornetov², A.A. Davydov², V.V. Dubrovskaya¹, A.V. Semke^{1,2}, N.A. Bohan^{1,2}

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

²Siberian State Medical University, Tomsk, Russia, kornetova@sibmail.com

Abstract:

The high risk of suicidal behavior in patients with schizophrenia is caused not only by the manifestations of the disorder itself, concomitant depression, but also by a number of adverse effects of antipsychotic therapy. Objective: To identify the relationship between parasuicides in history, hopelessness, akathisia and key clinical and dynamic indicators in patients with schizophrenia. Materials: A total of 71 patients with schizophrenia were examined using the Barnes akathisia scores, Beck Hopelessness Inventory, PANSS and SASS. Results: The prevalence of parasuicides in history was 36.6%. It has been established that in patients with an earlier onset of schizophrenia, parasuicides occur significantly more often ($p=0.0056$). Similar results were obtained depending on the presence or absence of akathisia ($p=0.022$). There were no associations between hopelessness and parasuicides in history with akathisia. Conclusions: The obtained data suggest a greater contribution to the genesis of suicidal behavior in schizophrenic patients with clinical and dynamic indicators compared to iatrogenic ones.

Keywords: schizophrenia, akathisia, parasuicide, hopelessness, adaptation

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: 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 безнадежности с акатизией у больных шизофренией. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 63-70. doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-63-70](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-63-70)

For citation: 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) doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-63-70](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-63-70)

АНАЛИЗ СЕЗОННОСТИ ЗАВЕРШЁННЫХ СУИЦИДОВ С УЧЁТОМ ТАКИХ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ КАК ТЕМПЕРАТУРА И ДЛИНА СВЕТОВОГО ДНЯ

В.А. Розанов, П.Е. Григорьев, С.Е. Захаров, Г.Ф. Кривда

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь, Россия
ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет», г. Севастополь, Россия
Одесский национальный университет имени И.И. Мечникова, г. Одесса, Украина
Одесское областное бюро судебно-медицинских экспертиз, г. Одесса, Украина
Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

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 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 ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Адрес: Россия, 295007, г. Симферополь, пр-т Вернадского, 4; 2) профессор кафедры "Психология", Гуманитарно-педагогический институт ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет». Адрес: Россия, 299028, г. Севастополь, Проспект Гагарина, 13. Электронный адрес: grigorievpe@cfuv.ru

Захаров Сергей Евгеньевич – психолог, соискатель при кафедре клинической психологии, Одесский национальный университет имени И.И. Мечникова. Адрес: Украина, 65082, г. Одесса, ул. Дворянская, 2. Электронный адрес: zagar7@rambler.ru

Кривда Григорий Федорович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: директор Одесского областного бюро судебно-медицинских экспертиз, заведующий кафедрой судебной медицины Одесского государственного медицинского университета. Адрес: Украина, 65082, г. Одесса, переулок Валиховский, 4. Электронный адрес: Kvik@soborka.net

Цель исследования – охарактеризовать сезонность суицидального поведения в одесском регионе, оценить зависимость этого явления от долготы дня и температуры окружающей среды. Методы. Проанализированы 11220 случаев самоубийств по г. Одессе и Одесской области за период с 2000 г. – по 2016 г. Исходные данные предоставлены Одесским областным бюро судебно-медицинских экспертиз. 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. Самоубийства в одесском регионе растут с марта по август, максимальны в мае-июне, минимум наблюдается в декабре-феврале. Сезонность суицидального поведения в одесском регионе ярко выражена. Так, среднее число самоубийств в мае на 58% превышает таковое в декабре. Осенний подъём (в октябре) менее выражен и непостоянен. В последнее время для объяснения феномена сезонности суицидального поведения используются две основные патофизиологические гипотезы – о роли светового и температурного фактора. С целью выявления преимущественного влияния этих факторов оценивали корреляцию и графическое совпадение кривых суицидов, долготы дня и температурной кривой в течение года. Обнаружена исключительно высокая степень соответствия между продолжительностью светового дня и частотой самоубийств (коэффициент линейной корреляции $r=0,97$ на уровне значимости $1,3 \cdot 10^{-7}$). Оказалось также, что число самоубийств ближе всего к среднему за год (ожидаемому с точки зрения нулевой гипотезы) в марте и сентябре, то есть в период весеннего и осеннего солнцестояния. Во все остальные месяцы года, когда световой день меньше, доля самоубийств достоверно меньше ожидаемой, когда световой день больше – самоубийств также больше. В то же время, наблюдается зависимость и от температурного фактора, при этом в большей степени – от производной, отражающей быстроту смены температур. В частности, кривая производной сдвинута на 1 месяц вперёд по отношению к кривой самоубийств, что даёт основание думать о провоцирующей роли температурного фактора. Заключение. Полученные данные можно расценивать как свидетельство влияния обоих факторов и наличия среди покончивших с собой двух субпопуляций, чьё аутоагрессивное поведение преимущественно зависит от долготы дня (и, соответственно, динамики серотонина и мелатонина) или от внешней температуры (и, соответственно, нейрогуморальных механизмов термоадаптации). Для подтверждения высказанной гипотезы необходимы аналогичные исследования в регионах с большей контрастностью летних и зимних температур и в более северных и южных широтах, отличающихся световым режимом.

Ключевые слова: суицид, самоубийство, суицидальное поведение, сезонность суицидального поведения, долгота дня, внешняя температура

Сезонность самоубийств в различных странах, географических регионах, странах и отдельных городах (регионах) является предметом постоянного интереса в суицидологии. Как показывают исследования, сезонные колебания выявляются далеко не всегда. Если в Западном мире (где этот феномен был замечен достаточно давно, и, где ему посвящено самое большое число исследований), сезонность выявляется практически во всех странах и регионах, то в Латинской Америке, Австралии и в Юго-Восточной Азии такой однозначной картины нет. Так, в Финляндии и Швеции (обе страны расположены в Северном полушарии, выше 60° северной широты) многолетние наблюдения однозначно указывают на весенне-летний и осенний подъём суицидов [1, 2], в то время, как в Тасмании (Южное полушарие, уровень 40° южной широты) сезонности суицидов не наблюдается [3].

Анализ большого числа опубликованных работ свидетельствует о том, что, несмотря на высказываемые предположения об ослаблении сезонности в связи с цивилизационными сдвигами, это явление не потеряло своей актуальности [4-6]. Несмотря на свою власть над природой, человек как биологический вид и как социум продолжает испытывать разнообразные влияния со стороны геоклиматических факторов. Тем не менее, относительно того, какие факторы внешней среды (инсоляция, длительность светового дня, температурный фактор) являются триггерами активности лиц, склонных к самоубийству, в течение года, единой точки зрения нет. Одни авторы особое внимание уделяют циклу «сон-бодрствование» в связи с сезонностью и обсуждают роль длины светового дня и динамику серотонина и мелатонина в эпифизе [7]. Другие считают основным действующим началом внешнюю температуру, и увязывают изменения в суицидальной активности с состоянием жировой ткани (бурого жира) и потребностью в термоадаптации организма дважды в году, при похолодании осенью-зимой и потеплении весной-летом [8]. При этом, вероятно, имеет значение широта (степень естественной контрастности летних и зимних температур) и наличие их резких колебаний.

Исходя из этого, нами проведен анализ сезонности завершённых суицидов в г. Одессе и Одесской области (лежит в вытянутом с севера на юг направлении в пределах 45-48 параллели северного полушария), в регионе с влажным умеренно-континентальным климатом, но достаточно контрастным климатом (мягкая ма-

лоснежная и неустойчивая зима и жаркое сухое лето).

Данные о смертности от самоубийств сопоставляли с показателями длительности светового дня и температурой внешней среды, тем самым пытались выявить преимущественное влияние этих факторов (разумеется, скоррелированных между собой, но, тем не менее, имеющих самостоятельную динамику в течение каждого года наблюдения). Наш анализ базируется на данных ежесуточного мониторинга самоубийств в г. Одессе и Одесской области за период с 2000 по 2016 г., то есть в течение 17 лет, что, по аналогии с многими исследованиями, вполне достаточно для обоснованных выводов при условии использования адекватных методов статистической обработки [9].

Материалы и методы.

В работе использованы данные о вскрытиях Одесского областного судебно - медицинского бюро за период с 2000 по 2016 г. Формат данных следующий: пол, возраст, способ самоповреждения (причина смерти), дата вскрытия. Всего в базе данных обработано 11220 завершённых суицидов. Полнота охвата обеспечивается тем обстоятельством, что все случаи в городе и области, квалифицируемые как самоубийства, подлежат судебно-медицинскому патологоанатомическому исследованию, вследствие чего вся информация сводится в областное судебно-медицинское бюро. Данные о длительности светового дня на широте г. Одессы взяты из источника [10], данные о температуре за период наблюдения – из источника [11].

Кратко характеризуя контекст, следует отметить, что общая численность населения в г. Одессе и Одесской области за период исследования составляет соответственно 1016-1008 и 1280-1290 тысяч человек, то есть отличается стабильностью. Одесская область по площади относится к крупнейшим на Украине, г. Одесса по экологическому состоянию и социально-экономическому развитию характеризуется относительно благополучными показателями.

Результаты и обсуждение.

Несмотря на то, что это не входило в задачи непосредственно данного исследования, мы посчитали необходимым прокомментировать динамику суицидов в г. Одессе и Одесской области (суммарно) за весь период наблюдений. Как видно из представленных данных (рис. 1), с 2000 по 2016 г. в регионе наблюдается устойчивое снижение числа самоубийств, примерно на 4,71% в год.

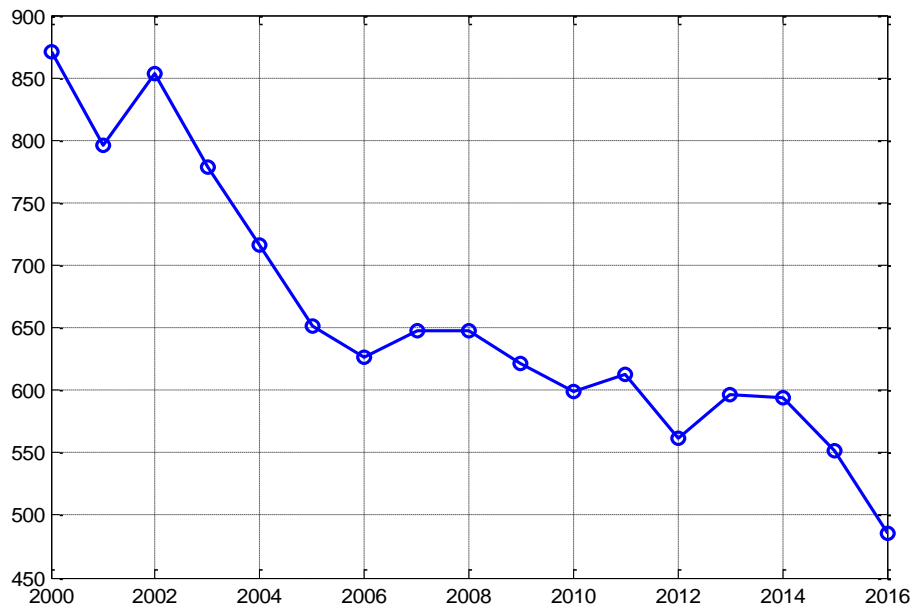


Рис. 1. Динамика случаев самоубийств по г. Одессе и области за период наблюдения. По оси абсцисс отложены годы, по оси ординат – абсолютные количества завершённых суицидов.

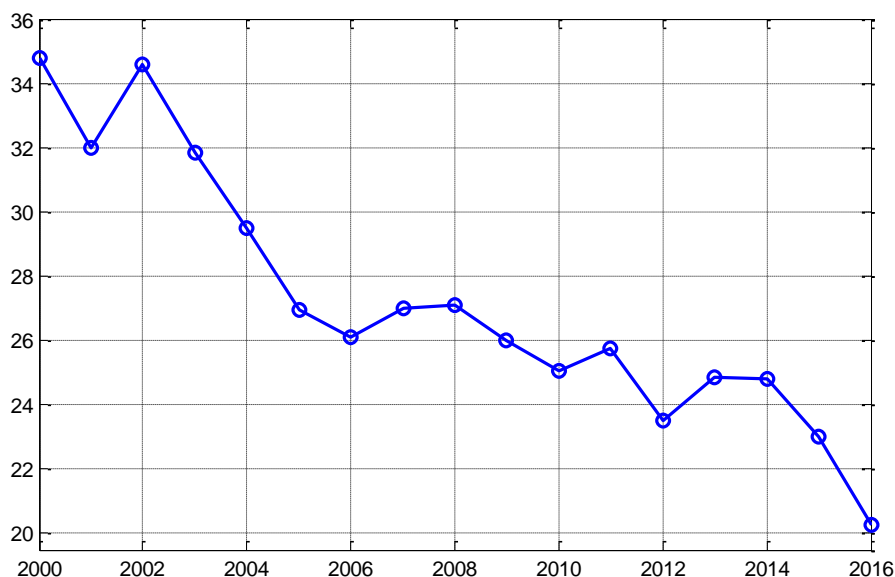


Рис. 2. Динамика индексов самоубийств по г. Одессе и области за период наблюдения. По оси абсцисс отложены годы, по оси ординат – относительные показатели завершённых суицидов (на 100000 населения).

Наиболее выраженное снижение наблюдалось с 2002 по 2006 г (на 9% в год), после чего темп снижения уменьшился. Интересно, что по итогам 2014-2016 гг. также наблюдается отчетливое снижение числа суицидов. Исходя из демографических данных (получены из источника [12]), индексы суицидов в Одесском регионе за весь период колеблются в пределах 34,8-20,1 на 100000 населения, и причём кривые абсолютных значений и рассчитанных индексов почти полностью повторяют друг друга (рис. 2).

Далее мы приводим средние значения самоубийств по месяцам года, на данном этапе

предварительно, без учёта числа дней в месяцах (рис. 3). Из графика следует, что случаев самоубийств больше всего с апреля по август, при этом подъёма осенью не наблюдается. Эта достаточно очевидная тенденция вполне соответствует той, которую мы наблюдали ранее на меньшем числе случаев (с некоторыми отличиями, в частности по осеннему периоду – ранее был заметен подъём в октябре) [13]. Следует отметить, что многие авторы в различных регионах мира также не всегда наблюдают осенний подъём.

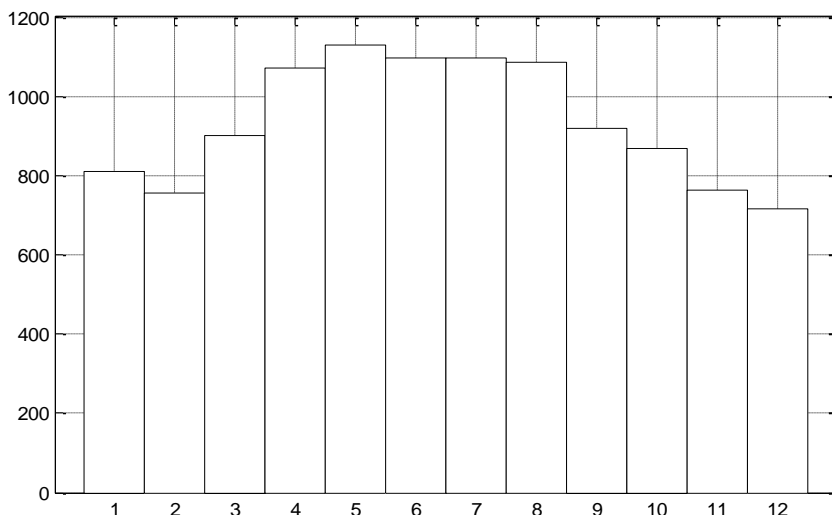


Рис. 3. Среднее число суицидов в одесском регионе помесечно. По оси абсцисс – месяцы года. По оси ординат – абсолютное число случаев завершённых суицидов.

Обычно осенний подъём, ассоциируемый с сезонной депрессией, является не столь постоянным, как весенний [6]. Анализируя рис. 3, можно высказать предположение о зависимости суицидального поведения от температуры или продолжительности светового дня, поскольку количество суицидов примерно одинаково в сентябре и марте, как и длина светового дня, в то время, как температура в Одессе и области всегда выше в сентябре. Однако если выразить все данные не в абсолютных значениях, а в процентах в месяц от общего числа суицидов в каждом году (что нивелирует неравномерности количества суицидов по меся-

цам в разные годы), то осенний подъём в октябре становится более заметным (рис. 3). В то же время, он наблюдается не во все годы наблюдения. Можно предположить, что это связано с различным паттерном температуры или освещённости осенью в различные годы.

Все данные были обработаны статистически, перед этим предварительно приведены к единому масштабу с учётом различного числа суток в месяцах года (табл. 1). Для исследования нулевой статистической гипотезы о равенстве долей суицидов, приходящихся на каждый месяц года, применяли биномиальный критерий с двусторонней критической областью.

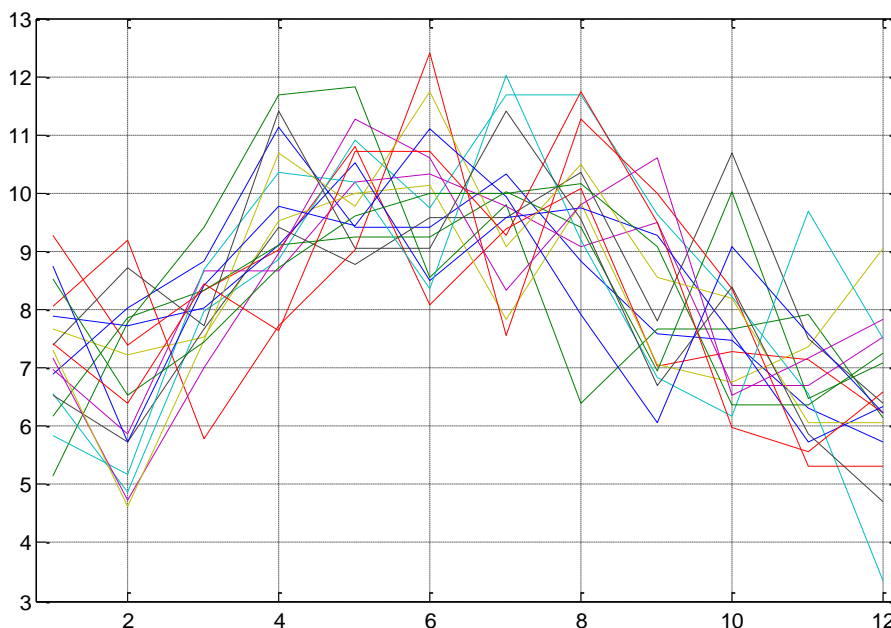


Рис. 4. Распределение по месяцам числа суицидов (в % от общего числа в году) за весь период наблюдения (2000 – 2016 гг.). По оси абсцисс – месяцы года. По оси ординат – относительное число суицидов в месяц с учётом количества суток в месяце.

Таблица 1

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

Месяц	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	Коэфф. для построения графика, с учётом количества суток в месяце	Полученные эмпирические частоты для построения графика с учетом неравных весов за месяцы с разными днями
1	812	951,23	0,084863	0,072442	-1,24%	<0,001	1,01836	0,071136
2	755	868,20	0,077456	0,067357	-1,01%	<0,001	0,92947	0,072468
3	901	951,23	0,084863	0,080382	-0,45%	0,090	1,01836	0,078933
4	1073	920,54	0,082126	0,095727	1,36%	<0,001	0,98551	0,097134
5	1130	951,23	0,084863	0,100812	1,59%	<0,001	1,01836	0,098995
6	1095	920,54	0,082126	0,097689	1,56%	<0,001	0,98551	0,099126
7	1095	951,23	0,084863	0,097689	1,28%	<0,001	1,01836	0,095928
8	1084	951,23	0,084863	0,096708	1,18%	<0,001	1,01836	0,094965
9	918	920,54	0,082126	0,081898	-0,02%	0,948	0,98551	0,083103
10	868	951,23	0,084863	0,077438	-0,74%	0,004	1,01836	0,076042
11	763	920,54	0,082126	0,06807	-1,41%	<0,001	0,98551	0,069071
12	715	951,23	0,084863	0,063788	-2,11%	<0,001	1,01836	0,062638

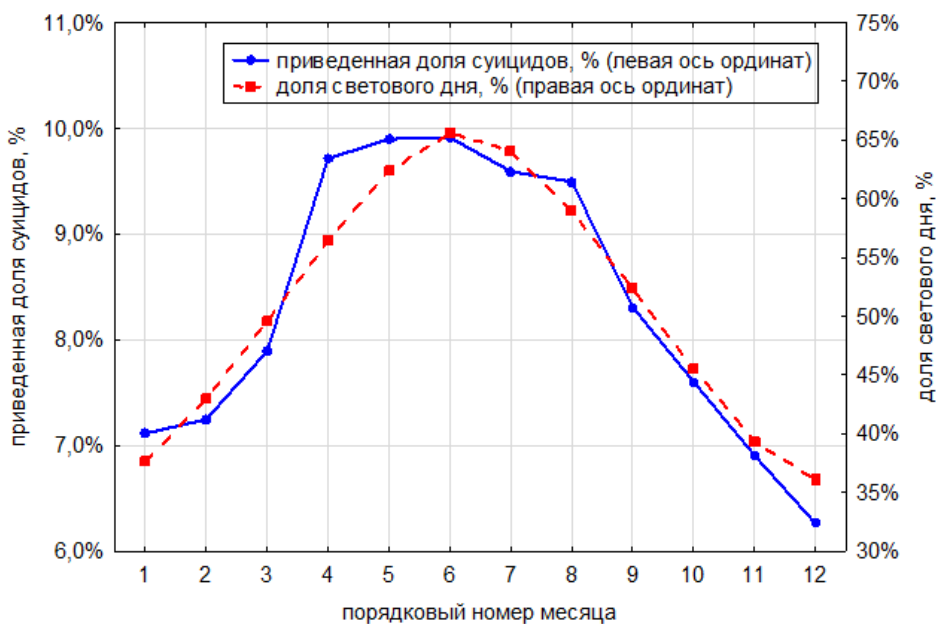


Рис. 5. Кривые распределения суицидов и длительности светового дня помесечно. По оси абсцисс – месяцы года. По левой оси ординат – приведённые доли суицидов в %, приходящиеся на каждый месяц года, от общего числа за год. По правой оси ординат – длина светового дня за каждый месяц, выраженная в долях (сколько времени в % занимает световой день в сутки) и приведённая к значению в %.

Как видно из табл. 1, отличия наблюдаемых помесечных долей суицидов от теоретически ожидаемых (исходя из гипотезы о равномерном распределении всех случаев в течение года), статистически значимы в большую или

меньшую стороны во все месяцы года, за исключением марта и сентября. Из этого следует, что средние уровни приходятся на периоды весеннего и осеннего равноденствий.

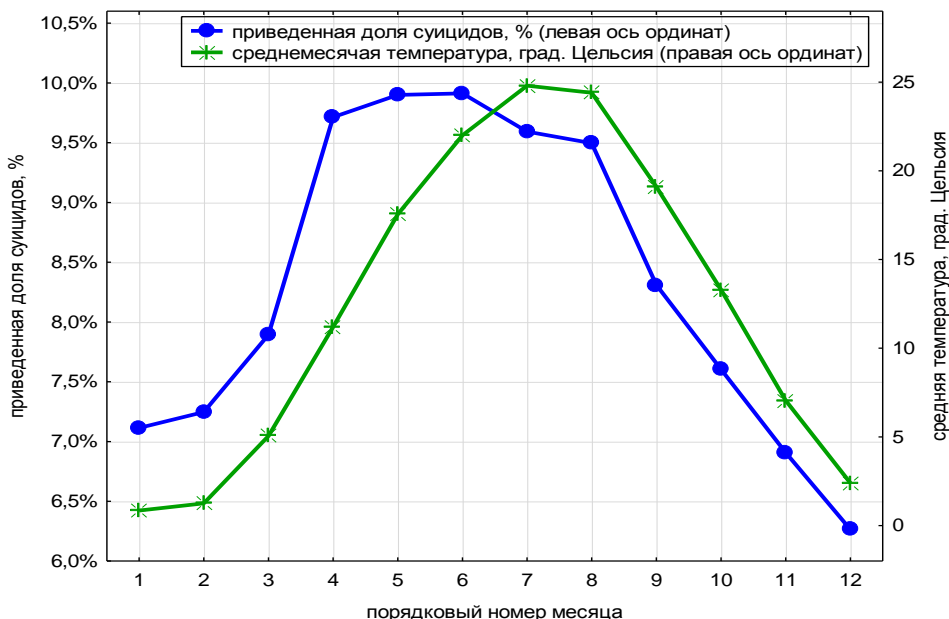


Рис. 6. Кривые распределения суицидов и средней температуры, ежемесячно. По оси абсцисс – месяцы года. По левой оси ординат – приведённая доля суицидов в месяц в % от общего числа за год, по правой оси ординат – среднемесячная температура в градусах Цельсия.

Во все остальные месяцы года, когда световой день меньше, доля самоубийств достоверно меньше ожидаемой, когда световой день больше – самоубийств также больше. Данное обстоятельство можно рассматривать как свидетельство в пользу преимущественной роли продолжительности светового дня.

Ниже представлен график приведённых (нормированных) ежемесячных данных по суицидам и длина светового дня по месяцам в Одессе. Как видно из рис. 5, наблюдается по-

чти полное соответствие между двумя кривыми, что отражается в очень высокой прямой корреляции между ними, коэффициент линейной корреляции $r=0,97$ на уровне значимости $1,3 \cdot 10^{-7}$. Однако возникает вопрос, насколько колебания суицидальной активности связаны с температурой внешней среды? В связи с этим кривую распределения частоты суицидов ежемесячно сопоставили со среднемесячной температурой (рис. 6).

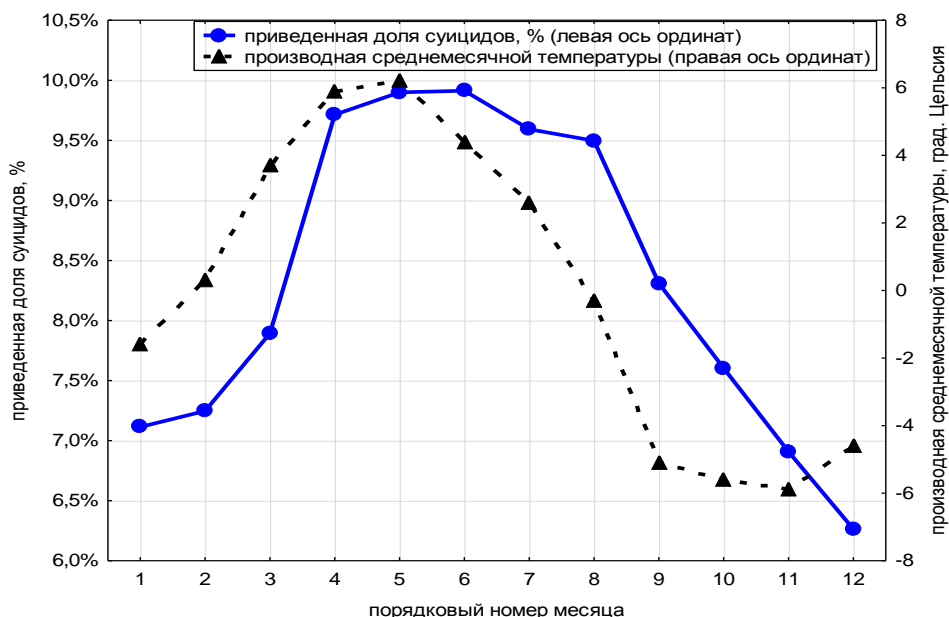


Рис. 7. Кривые распределения суицидов и производной средней температуры, ежемесячно. По оси абсцисс – месяцы года, по левой оси ординат – приведённые доли суицидов ежемесячно в % от общего числа за год, по правой оси ординат – разности значений температуры между данным и предыдущим месяцем, выраженные в градусах Цельсия.

Как видно из рис. 6, неравномерность суицидальной активности и среднемесячной температуры в Одесском регионе также прямо коррелируют между собой, однако коэффициент корреляции несколько ниже ($r=0,81$ на уровне значимости $0,0011$). Кроме того, визуально температурная кривая как бы запаздывает по отношению к кривой суицидов. Иными словами, вначале растёт число самоубийств, а потом температура. В то же время, нужно иметь в виду, что среднемесячная температура – слишком усредненный показатель, намного важнее, судя по всему, момент перехода из одного температурного режима в другой, что может происходить по-разному в разные годы наблюдения, резко или постепенно. В связи с этим целесообразно использовать вместо абсолютной температуры её изменения (разности между значением в данный месяц и предыдущий – производную), что будет в некоторой степени отражать резкость смены температурного режима в каждом данном случае в сторону потепления или похолодания. При сопоставлении кривых (рис. 7) видно, что кривая производной опережает кривую самоубийств, коэффициент корреляции при этом составляет $r=0,75$ на уровне значимости $0,0053$. Видно также, что график производной оказывается смещённым относительно числа самоубийств на месяц вперед. Действительно, сместив кривую производной температуры на месяц назад во времени, получим коэффициент корреляции уже $r=0,96$ на уровне значимости $1,3 \cdot 10^{-6}$. Таким образом, создается впечатление, что большое значение имеет фактор, связанный именно с резкостью изменения температуры, и именно он влияет на суицидальную активность. При этом можно полагать, что он действует преимущественно за месяц до того, как происходит активизация суицидальности. 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 реакция в виде роста суицидальной активности запаздывает на месяц относительно предполагаемого действующего фактора, можно думать о процессах, связанных с адаптацией организма, требующих некоего времени для своей реализации.

Таким образом, применённый нами относительно простой метод, основанный на корреляционном анализе, в котором устанавливается взаимосвязь между корректно обработанными

данными суицидальной активности населения с экологическими факторами, в сочетании с визуальной оценкой сдвига кривых, оказался информативным. Используя этот метод, удалось выявить две интересных с нашей точки зрения закономерности: самая высокая корреляция и почти полное совпадение кривых наблюдается в отношении длительности светового дня. При этом переходными месяцами (в которых число случаев суицида не отличается от среднегодовых) являются март и сентябрь – месяцы, на которые приходится соответственно весеннее (20 марта) и осеннее равноденствие (22 или 23 сентября). Это наблюдение поддерживает гипотезу о первостепенной роли длительности светового дня и инсоляции, и о вовлечённости системы серотонин-мелатонин, состояние которой может быть связано с депрессией и суицидальностью. Серотонин и мелатонин колеблются в противофазах, как в течение суток, так и в течение годового цикла, и это может иметь отношение к импульсивности, циклу «сон-бодрствование», депрессии и суициду [14]. Однако на популяционном уровне в связи с сезонностью эта логическая схема часто не работает, особенно если непосредственно учитывается интенсивность инсоляции, например, число последовательно идущих друг за другом солнечных дней [15, 16].

Относительно температурного фактора и гипотезы о роли бурого жира, запускающего систему адаптационных перестроек в организме при потеплении и похолодании дважды в году, что провоцирует повышение тревожности, импульсивности и рискованного поведения [8], то и эта гипотеза получает подкрепление в наших наблюдениях, однако только применительно к потеплению (что может быть связано с относительно теплой зимой в одесском регионе). Особенно интересным, на наш взгляд, является то, что кривая температурной производной опережает (со сдвигом в 1 мес.) кривую суицидов. Исходя из этого, вполне вероятно, что обе гипотезы равноценны, причём не только формально (статистически), но и патофизиологически. Каждая из них, возможно, описывает поведение разных подгрупп суицидентов, в большей или меньшей степени зависящих от действующих факторов, например, в силу индивидуально-личностных особенностей, стресс-уязвимости, склонности к нарушениям сна или способности к термоадаптации. В рамках данного исследования установить преобладание той или иной гипотезы не представляется возможным, скорее можно говорить о

применимости обеих гипотез для объяснения сезонности суицидального поведения.

Заключение.

Исследование сезонности суицидального поведения представляет как теоретический, так и практический интерес. С точки зрения патофизиологии суицидальности, вопрос о роли света и температуры может помочь в понимании как центральных, связанных с системой серотонина-мелатонина и нейрокинуринов, так и периферических нейрогуморальных и обменных механизмов, связанных с системой терморегуляции. В связи с этим, было бы весьма целесообразно сопоставить полученные нами данные с данными по регионам с резко отличающимися характеристиками, например, с одной стороны, – Тюменью, Санкт-Петербургом, Мурманском, и, с другой, – каким-либо более южным регионом с меньшими

колебаниями температуры, например, региона Сочи (если ориентироваться на Российскую Федерацию и на относительно монокультурные регионы). Дискриминирующими факторами могли бы послужить температура, инсоляция, а в случае с приполярным регионом – ещё и режим геомагнитной активности.

С практической точки зрения анализ сезонности и осознание триггерной роли внешних факторов обосновывает активизацию деятельности по превенции суицидов. С самых общих позиций такая активизация целесообразна перед началом каждого сезонного пика, то есть ранней весной и на исходе лета, например, в первой половине сентября, вблизи дат весеннего и осеннего равноденствия. Данная практика в школах, в ВУЗах, в воинских частях и, в более широком плане – в СМИ, на наш взгляд, была бы полезной.

Литература:

- Holopainen J., Helama S., Björkenstam C., Partonen T. Variation and seasonal patterns of suicide mortality in Finland and Sweden since the 1750s. *Environ Health Prev Med.* 2013; 18 (6): 494-501.
- Hakko H., Rasanen P., Tiihonen J. Seasonal variations in suicide occurrence in Finland. *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 99: 308-10.
- Lee A.Y., Pridmore S. Absence of seasonality of suicide in Tasmania (Australia). *Australas Psychiatry.* 2014; 22 (2): 204-6.
- Christodoulou C., Douzenis A., Papadopoulos F.C. et al. Suicide and seasonality. *Acta Psychiatr Scand.* 2012; 125 (2): 127-46.
- Woo J.M., Okusaga O., Postolache T.T. Seasonality of suicidal behavior. *Int. J. Environ Res Public Health.* 2012; 9 (2): 531-47.
- Розанов В.А., Григорьев П.Е. Экологические факторы и суицидальное поведение человека. *Суицидология.* 2018; 9 (2): 30-49.
- Benard V., Geoffroy P.A., Bellivier F. Seasons, circadian rhythms, sleep and suicidal behaviors vulnerability. *Encephale.* 2015; 41 (4): 29-37.
- 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): 1039-45.
- Hakko H., Räsänen P., Tiihonen J., Nieminen P. Use of statistical techniques in studies of suicide seasonality, 1970 to 1997. *Suicide Life Threat Behav.* 2002; 32 (2): 191-208.
- Время восхода и захода солнца в г. Одесса. <http://voshod-solnca.ru/Одесса.html>
- Дневник погоды в Одессе. www.gismeteo.ru
- Население на 1 января. Главное управление статистики в Одесской области. <http://www.od.ukrstat.gov.ua/>
- Захаров С.Е., Розанов В.А., Кривда Г.Ф., Жужуленко П.Н. Данные мониторинга суицидальных попыток и завершённых суицидов в г. Одессе за период 2001-2011 гг. *Суицидология.* 2012; 3 (4): 3-10.
- Havaki-Kontaxaki B.J., Papalias E., Kontaxaki M.E. et al. Seasonality, suicidality and melatonin. *Psychiatriki.* 2010; 21 (4): 324-31.
- White R.A., Azrael D., Papadopoulos F.C. et al. Does suicide have a stronger association with seasonality than sunlight? *BMJ Open.* 2015; 5 (6): e007403.
- 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): 161-72.

References:

- Holopainen J., Helama S., Björkenstam C., Partonen T. Variation and seasonal patterns of suicide mortality in Finland and Sweden since the 1750s. *Environ Health Prev Med.* 2013; 18 (6): 494-501.
- Hakko H., Rasanen P., Tiihonen J. Seasonal variations in suicide occurrence in Finland. *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 99: 308-10.
- Lee A.Y., Pridmore S. Absence of seasonality of suicide in Tasmania (Australia). *Australas Psychiatry.* 2014; 22 (2): 204-6.
- Christodoulou C., Douzenis A., Papadopoulos F.C. et al. Suicide and seasonality. *Acta Psychiatr Scand.* 2012; 125 (2): 127-46.
- Woo J.M., Okusaga O., Postolache T.T. Seasonality of suicidal behavior. *Int. J. Environ Res Public Health.* 2012; 9 (2): 531-47.
- Rozaanov V.A., Grigoriev P.E. Environmental factors and suicide behavior in human being. *Suicidology.* 2018; 9 (2): 30-49. (In Russ)
- Benard V., Geoffroy P.A., Bellivier F. Seasons, circadian rhythms, sleep and suicidal behaviors vulnerability. *Encephale.* 2015; 41 (4): 29-37.
- 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): 1039-45.
- Hakko H., Räsänen P., Tiihonen J., Nieminen P. Use of statistical techniques in studies of suicide seasonality, 1970 to 1997. *Suicide Life Threat Behav.* 2002; 32 (2): 191-208.
- Vremja voshoda i zahoda solnca v g. Odessa [Time of sunrise and sunset in Odessa]. <http://voshod-solnca.ru/Odessa.html>
- Dnevnik pogody v Odessa [Diary of the weather in Odessa]. www.gismeteo.ru
- Naselenie na 1 janvarja. Glavnoe upravlenie statistiki v Odesskoj oblasti [Population on 1 January. Main Department of statistics in Odessa region]. <http://www.od.ukrstat.gov.ua/>
- Zaharov S.Ye., Rozaanov V.A., Kryvda G.F., Zhuzhulenko P.N. Suicide attempts and completed suicides monitoring in Odessa in 2001-2011 *Suicidology.* 2012; 3 (4): 3-10. (In Russ)
- Havaki-Kontaxaki B.J., Papalias E., Kontaxaki M.E. et al. Seasonality, suicidality and melatonin. *Psychiatriki.* 2010; 21 (4): 324-31.
- White R.A., Azrael D., Papadopoulos F.C. et al. Does suicide have a stronger association with seasonality than sunlight? *BMJ Open.* 2015; 5 (6): e007403.
- 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): 161-72.

ANALYSIS OF COMPLETED SUICIDES SEASONALITY IN RELATION TO SUCH EXTERNAL FACTORS AS LENGTH OF THE DAY AND AMBIENT TEMPERATURE

V.A. Rozanov¹, P.E. Grigoriev^{2,3}, S.E. Zakharov⁴, G.F. Kryvda^{5,6}

¹Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia; v.rozanov@spbu.ru

²V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Symferopol, Russia; grigorievpe@cfuv.ru

³Sevastopol state University, Sevastopol, Russia; grigorievpe@cfuv.ru

⁴Odessa I.I. Mechnikov National University, Odessa, Ukraine; zagar7@rambler.ru

⁵Odessa Regional Forensic Bureau, Odessa, Ukraine; Kvik@soborka.net

⁶Odessa State Medical University, Odessa, Ukraine; Kvik@soborka.net

Abstract:

Aim of the Study. To characterize suicide seasonality in the Odessa region, to estimate the relation of this phenomenon to day length and ambient temperature. **Methods.** The research is based on the analysis of 11220 cases of completed suicides in the city of Odessa and Odessa region in 2000-2016. Initial data are presented by the Odessa Regional Forensic Bureau. 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.** Suicides in Odessa region grow from March to August, the maximum is seen in May-June, while the minimum can be observed in December-February. Seasonality pattern in Odessa region is rather strongly marked. Thus, an average number of suicides in May for 58% exceeds that in December. The autumn peak (in October) is less pronounced and unstable. Recently two main pathophysiological hypotheses are proposed as an explanation of a phenomenon of the seasonality of suicidal behavior – about a role of a light and temperature factor. For the purpose of identification of differential influence of these factors correlation and the graphic coincidence of curves of suicides, longitudes of day and of a temperature within a year were estimated. An extremely high correlation between the daylight hours and the frequency of suicides was found (linear correlation coefficient $r=0,97$, significance value $1,3 \cdot 10^{-7}$). It was also found that suicides are closest to average during the year (expected from the point of view of a null hypothesis) in March and September, i.e. around spring and autumn equinox. In all other months of the year, when the length of the day is less, the proportion of suicides is significantly less than expected; on the contrary, longer day hours are associated with higher than expected frequency of suicide. At the same time, an association with the temperature factor is also observed, and to a greater extent with the derivative of the monthly temperature, which reflects the rapidity of the change. More precisely, the derivative of the monthly temperature curve is shifted one month forward from suicides curve, which may be attributed to the provocative role of the temperature factor. **Conclusion.** The obtained data support the role of both factors and the imply the presence in the population of suicide completers two certain subpopulations, whose self-aggressive behavior is mainly dependent on the day length (which implies the role of serotonin/melatonin dynamics) or the ambient temperature (which implies the role of neural and humoral mechanisms of thermoadaptation). To confirm this hypothesis more studies are needed in the regions with a bigger contrast of summer and winter temperatures and in more northern and southern latitudes differing in the insolation pattern. Seasonal variations in the number of suicides in Odessa and the Odessa region for the period 2000-2016 are analyzed. 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. Suicides in the Odessa region grow from March to August, the maximum is seen in May-June. The autumn peak (in October) is less pronounced and unstable. 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. A high correlation between the daylight hours and the frequency of suicides was found. Suicides are minimal in March and September (spring and autumn equinox), in all other months of the year, when the length of the day is less, the proportion of suicides is significantly less than expected, on the contrary, longer day hours are associated with higher than expected frequency of suicide. At the same time, an association with the temperature factor is also observed, and to a greater extent with the derivative of the monthly temperature, which reflects the rapidity of the change. The obtained data support the role of both factors and the presence in the population suicide completers certain subpopulations whose self-aggressive behavior is mainly dependent on the day length (which implies role of serotonin/melatonin dynamics) or the ambient temperature (which implies role of neural and humoral mechanisms of thermoadaptation).

Keywords: suicide, suicidal behavior, length of the day, monthly temperature, ambient temperature

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: 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)

For citation: 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)

«ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АУТОПСИЯ» ПРИ СУИЦИДЕ: ИСТОРИЯ ВОПРОСА И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ

К.В. Сыроквашина

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Сыроквашина Ксения Валерьевна – кандидат психологических наук, доцент (SPIN-код: 6101-2721; Researcher ID: P-2019-2018; ORCID iD: 0000-0003-3172-6130). Место работы и должность: старший научный сотрудник Лаборатории психологии детского и подросткового возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 119034, г. Москва, Кропоткинский переулок, 25/17. Телефон: (495) 637-34-57, электронный адрес: syrovkashina@mail.ru

В статье представлено становление «психологической аутопсии» – метода ретроспективного исследования психического состояния суицидента перед самоубийством и факторов, повлиявших на решение о добровольном уходе. Анализируются ранние работы, а также современные исследования. Приводится определение психологической аутопсии по Э. Шнейдману, а также его подход к целевому использованию результатов посмертного исследования состояния суицидента. Излагаются основные результаты исследований состояния суицидентов, проведенных при помощи психологической аутопсии, с вниманием к социокультурной специфике. Обсуждается проблема роли клинического диагноза при посмертном анализе факторов суицидального поведения. Подчеркивается важность учёта психосоциальных факторов, и анализа взаимодействия между психическим расстройством, социальным неблагополучием и социальной изоляцией. Уделяется внимание возможностям применения метода на подростковой выборке с учётом необходимости проведения интервью с родителями, оценки качества получаемой от них информации, и возможностей применения не только опроса, но и скринингового метода в виде полуструктурированного интервью. Указывается спектр правового применения метода с учётом его ограничений. Приводятся разные взгляды исследователей на возможности стандартизации метода. С одной стороны, это предложения по увеличению систематизации и выработке единого стандарта проведения «психологической аутопсии», с другой – отстаивание систематизации метода на основе качественного подхода, который позволит выйти за рамки психиатрической диагностики и учитывать конкретный контекст и смысл суицида, с подчёркиванием, что именно это соответствует первоначальной цели метода. Исходя из этой дискуссии, предполагается, что при проведении исследований методом посмертного психологического анализа необходимо вводить достаточно большое число переменных, позволяющих оценить широкий круг факторов, которые могут повлиять на формирование суицидального поведения. Анализируется перспектива дальнейшего применения исследования психического состояния суицидента.

Ключевые слова: психологическая аутопсия, самоубийство, суицид, психическое состояние суицидента

Проблема суицидального поведения за последнее время привлекла повышенное внимание со стороны социума, судебной и следственных органов и профильных специалистов. Более полное понимание факторов и механизмов, лежащих в основе суицидального поведения, особенно у такой уязвимой группы, как подростки, является необходимым для разработки способов превенции и терапии. Одной из форм исследования этих факторов и механизмов является посмертный психологический анализ личности и состояния погибшего или «психологическая аутопсия». Описание процесса становления этого метода и его актуального состояния позволит оценить его возможности, преимущества и ограничения.

Одним из основателей современной суицидологии по праву считается Э. Шнейдман – учёный и исследователь, предложивший теорию «психической боли» и разработавший

психологическую концепцию суицидального поведения с учётом его многофакторной природы. Именно Э. Шнейдман с коллегами, анализируя предсмертные записки суицидентов в конце 1950-х, и далее, применяя психологический анализ в случаях смертей по неясным причинам в 1960-х и 1970-х гг., разработал и ввёл понятие «психологической аутопсии» в практику современной судебной психологии [1, 2, 3, 4, 5]. Будучи первоначально разработанным с целью прояснения типа смерти и сопутствующих обстоятельств, впоследствии метод стал использоваться более широко для определения факторов, влияющих на формирование суицидального поведения, в суицидологических исследованиях [6].

В понимании Э. Шнейдмана «психологическая аутопсия» является средством установления содержания сознания человека непосредственно перед смертью, позволяющим

исследовать психологические (в том числе мотивационные) аспекты. «Психологическая аутопсия» включает в себя интервью с теми, кто знал погибшего, исследование документов (таких, как предсмертные записки, дневники и письма), а также анализ результатов собственно аутопсии (посмертного исследования тела умершего с целью установления причины смерти) и полицейского расследования, которые имеют отношение к формированию психологической оценки роли умершего в его смерти. Э. Шнейдман подчеркивал необходимость профессионального подхода к интерпретации полученной таким образом информации, предостерегая от поверхностных или пристрастных трактовок [7]. Впоследствии исследователями также допускался вариант проведения «психологической аутопсии» на основе документов и записей, без интервью [8].

В отечественной парадигме оценка психического состояния суицидента производится в контексте уголовного права в рамках посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы [9]. Ещё в 1929 году в монографии А.Е. Брусиловского приводился пример возможности посмертной оценки документов в рамках криминального процесса из европейской практики [10]. Рамки производства уголовного процесса диктуют определённые ограничения. В частности, опрос родственников проводится следователем, а не специалистом по психическому здоровью, при этом есть и ряд преимуществ, в том числе, возможность запроса различных документов. М.В. Костицкий (1987) указывал, что, несмотря на «вероятностный» характер заключений, без результатов психолого-психиатрической экспертизы выяснение обстоятельств, причин и мотивов самоубийства будет неполным [11]. В настоящее время посмертная оценка психического состояния вышла за пределы оценки состояния суицидентов и применяется в более широком контексте юридически значимых ситуаций, являясь также чрезвычайно востребованной в рамках производства гражданских дел – в случаях, связанных с завещаниями и с наследованием имущества [12, 13].

При помощи посмертного ретроспективно-психологического анализа состояния суицидента проводились многочисленные исследования, включавшие в себя различные по составу выборки. Первое относительно стандартизированное исследование проводилось Е. Robins и коллегами в 1950-х гг. и включало в себя анализ интервью родственников, полицейских сообщений и медицинских карт 134 суициден-

тов. Результатом посмертной диагностики явилось выявление преобладания в выборке психических расстройств в форме маниакально-депрессивного расстройства в стадии депрессии и хронического алкоголизма, а основным профилактическим выводом стала необходимость госпитализации потенциальных суицидентов, демонстрирующих суицидальные мысли [14].

В качестве специализированных выборок при проведении исследований с помощью «психологической аутопсии» выступали суициденты из разных стран (Индия, Китай, Уганда, страны Европы, Северной и Южной Америки), у которых выделяются как общие факторы суицида, так и социо-культурная специфика [15, 16, 17, 18, 19]. Так, в исследовании китайских коллег подчеркивается роль психологического напряжения, связанного с ценностным конфликтом, которое оказывается значимым даже в сравнении с наличием психических расстройств [20]. Среди мигрантов из разных регионов Индии выявляется несколько меньшее число лиц с психическими расстройствами (34%), в то время как психосоциальные стрессоры доминируют (61%) [19]. Некоторые исследования проводились в виде анализа клинического случая, например, случая суицида одарённого студента, учитывающего видение ситуации со стороны родителя суицидента [21].

Ряд разработок в области применения психологической аутопсии были связаны со стандартизацией процесса сбора данных. Первые рекомендации по проведению интервью были разработаны ещё Э. Шнейдманом и включали вопросы о самом суицидальном поступке, истории развития, жизни, личности и социальных связей суицидента, стрессовых событиях за последний год, а также изменениях в поведении суицидента, предшествовавших смерти [22]. Далее схема была расширена, добавились уточняющие подразделы [23]. B.G. Werlanga и N.J. Votegab (2003) разработали схему структурированного интервью для опроса родственников суицидентов, включающее основные факторы, такие как семейный статус, физическое здоровье, характер, семейная история. Кроме того, значительное внимание в интервью уделяется суицидальным намерениям, поведенческим сигналам, событиям, связанным с травмой или потерей (особенно связанной с суицидом значимого человека), а также прогностическим факторам (доступности помощи, наличию социальных связей и поддержки) [24].

Особняком выступают исследования лиц, совершивших убийство, а затем покончивших с собой. S. Flynn и соавт. (2016) в своём исследовании

довании подчеркивают значимость как количественной, так и качественной оценки, а сам исследовательский метод описывается как «смешанный». Среди исследованной популяции отмечался высокий уровень эмоционального дистресса, истории, связанной с насилием, а среди актуальных факторов – конфликтные отношения с жертвой. Вместе с тем, данная группа представляется достаточно гетерогенной [25].

В отношении подростков и молодых людей был проведён ряд исследований с помощью посмертного психологического анализа и диагностики, однако выборки, включённые в исследования, были, в основном, невелики. Brent D.A. и коллеги (1988) в своём исследовании показали, что качество получаемой от родителей информации не зависит от их аффективного состояния и времени, прошедшего с момента суицида ребенка, а основными методологическими соображениями явилась необходимость учёта асимметрии данных для точности диагностики. Был сделан вывод о том, что психологическая аутопсия даёт надёжные и достоверные результаты для изучения суицида подростков [26]. В более позднем исследовании на выборке из 27 человек в возрасте от 15 до 24 лет были показаны преобладающие клинические диагнозы (депрессии и личностные расстройства), а также подчеркивалась значимость социальных контактов и возникающих в отношениях трудностей [27]. Особое внимание в одном из мета-анализов уделялось употреблению алкоголя среди суицидентов в подростковом и молодом возрасте. Было отмечено преобладание употребления алкоголя в данной группе, в различных формах: хроническое злоупотребление, употребление в период суицида, зависимость [28]. G. Portzky и соавт. (2005) в исследовании на выборке из 19 бельгийских подростков от 15 до 19 лет выявили наличие хотя бы одного психического расстройства во всех представленных случаях. Причём в половине случаев это было расстройство личности, в одной пятой случаев – расстройство адаптации [15], таким образом, подтверждая тенденцию к преобладанию клинических диагнозов в анализе состояния при посмертном исследовании [6]. Метаанализ исследований суицидов среди подростков показал, что примерно две трети сообщали о своих суицидальных намерениях, и примерно одна треть предпринимала предыдущую попытку самоубийства. Менее половины подростков получали психиатрическую помощь. Авторы указывают, что дальнейшие исследования необходимы для понимания опосредующих механизмов для факто-

ров риска, в частности, связанных с семьёй, а также роли антиобщественного и агрессивного поведения в подростковых самоубийствах [29].

A. Freuchen и соавт. (2012) в исследовании подростковых суицидов с помощью психологической аутопсии предприняли попытку стандартизации метода. В контакте с родителями погибших применялся не только опрос, но и скрининговый метод в виде полуструктурированного интервью, позволяющий оценивать аффективные и психотические расстройства в детском и подростковом возрасте (K-SADS-PL). Кроме того, использовалась шкала суицидальных намерений (Suicide Intent Scale). Сравнивая психические особенности и состояние суицидентов с аналогичными параметрами подростков, погибших в результате несчастных случаев, авторы обнаружили в первой группе сравнительно небольшое количество подростков с признаками психических расстройств (20%), что объяснили юным возрастом жертв – до 16 лет. Кроме того, при разделении исследованных по возрастным группам, у младших подростков было выявлено меньшее число тревожащих признаков, связанных с суицидальным поведением, нежели у старших [30].

В одном из крупнейших обзоров исследований, основным методом в которых являлась психологическая аутопсия (общее число проанализированных исследований – 154, включённых в метаанализ – 76) констатировалось, что наиболее явным фактором, выделяемым таким образом, является наличие психического расстройства – в среднем в 90% случаев. J.T.O. Cavanagh с соавт. (2003) при этом подчеркивают важность учёта в дальнейшем психосоциальных факторов, и анализа взаимодействия между психическим расстройством, социальным неблагополучием и социальной изоляцией [31]. Кроме того, в одном из последних аналогичных обзоров подчёркивается, что разница в диагностике может отражать культурные особенности концептуализации психических расстройств, а также методологические и конструктивные различия между исследованиями [32].

В работе, представляющей собой одну из наиболее объёмных современных попыток переосмысления содержательных и процедурных компонентов «психологической аутопсии», также подчеркиваются значительные достижения по выявлению явных психических расстройств (например, депрессии) по сравнению с существенными трудностями при изучении роли других факторов: менее очевидных для родственников расстройств, таких как тревожные, личностных черт суицидентов, стрессо-

вых жизненных событий, в том числе актуальных для прецедентной ситуации, протективных факторов. Кроме того, авторы дают целый спектр рекомендаций по организации интервью с близкими погибшего или в контрольных группах, включающий этические вопросы и порядок проведения. Вместе с тем, подчеркивают необходимость учёта целей исследований для определения процедуры [33, 34].

Интересно, что некоторые авторы с целью преодоления методических и методологических проблем предлагают увеличить систематизацию и вырабатывать единый стандарт проведения «психологической аутопсии» [35], в то время как другие настаивают на систематизации метода на основе качественного подхода, который позволит выйти за рамки психиатрической диагностики и учитывать конкретный контекст и смысл суицида, подчеркивая, что именно это соответствует первоначальной цели метода [6]. Исходя из этой дискуссии, справедливо было бы предположить, что при проведении исследований методом посмертного психологического анализа необходимо вводить достаточно большое число переменных, позволяющих оценить широкий круг факторов, которые могут повлиять на формирование суицидального поведения, не сужая их до клинических диагнозов и не снижая информативность метода.

Спектр использования результатов «психологической аутопсии» может быть достаточно широким и может включать в себя: понимание причин самоубийства, оценку личностных характеристик суицидента, оценку его намерений и мотивов, в качестве вспомогательного средства при определении ответственности за суицидальное поведение потерпевшего, особенно подростка, при расследованиях страховых компаний, связанных с определением типа смерти и выплатой в соответствии с этим страховки, а также оценкой ответственности со стороны учреждений исправительной системы или здравоохранения [36].

При рассмотрении вопроса о правовом применении результатов посмертного психологического анализа психического состояния суицидента следует отметить неоднозначность позиций и взглядов различных авторов. Одним из наиболее сложных вопросов является возможность использования психологического анализа для определения типа смерти. Годы изучения возможностей психологической аутопсии при рассмотрении спорных смертей позволили исследователям проделать длительный путь от первоначального воодушевления

до осознания ограничений в силу подтверждения невысокой валидности метода для криминалистической классификации подобных случаев [22]. Несмотря на то, что в энциклопедии судебных наук издательства Wiley указывается, что психологическая аутопсия – это процедура, которая помогает в классификации двусмысленных смертей с неясным типом смерти, поскольку обеспечивает высокий уровень анализа, однако в связи с низкой стандартизацией протокола качество анализа зависит от конкретных случаев [37]. Среди отечественных профессионалов взгляды на возможность помощи правоохранительным органам в определение типа смерти при помощи посмертной психологической экспертизы также существенно различаются. И.А. Кудрявцев указывает, что такая оценка может помочь следователям установить ложность или истинность версии о самоубийстве и считает возможным изложение выводов в таком случае в виде вероятностного ответа [9], в то время как Ф.С. Сафуанов, допуская возможность применения результатов посмертной экспертизы на этапе доследственной проверки, особенно подчеркивает, что использовать экспертные выводы в качестве доказательства при определении рода смерти недопустимо [12].

Таким образом, за рубежом «психологическая аутопсия» является практикой, изначально связанной с определением типа смерти, однако в настоящее время представляющей собой основу для суицидологических исследований, и выполняющейся, как правило, с самостоятельным сбором и анализом материала самим исследователем. Отечественный подход сконцентрирован на прикладном экспертном значении посмертного ретроспективного исследования для характеристики психического состояния суицидента, способном, кроме того, дать ценный материал о клинико-психологических причинах и факторах.

В качестве явных достоинств метода следует выделить возможность реконструкции последовательности формирования суицидального поведения от зарождения мыслей до завершенного акта самоубийства, в то время как в большинстве исследований преимущественно сосредотачиваются на суицидальных мыслях или попытках, учёт большого разнообразия факторов и возможность установить причины и смысл суицида. В качестве очевидных ограничений выступает невозможность более объективного исследования конкретных индивидуально-личностных черт и состояний, необходимость опираться на свидетельства окружа-

ющих, принимая в расчёт неизбежные искажения таких данных.

Несмотря на ограничения метод «психологической аутопсии» в настоящее время остается одним из ключевых при исследовании как факторов, способствующих совершению суицида, так и обстоятельств, непосредственно ему предшествующих. Адаптация и использование методологического и методического стандарта проведения исследований, предлага-

емых в зарубежной практике, может способствовать развитию исследовательской практики в этой области. В отечественной науке более привычным и содержательно понятным названием будет «ретроспективное исследование психического состояния суицидента». Вместе с тем, по смыслу эти методы достаточно близки и позволяют решить ряд правовых задач, а также проводить научные исследования в области суицидологии.

Литература:

1. Shneidman E.S., Farberow N.L. Some comparisons between genuine and simulated suicide notes. *J. Gen. Psychol.* 1957; 56: 251-6.
2. Litman R.E., Curphey T., Shneidman E.S., Farberow N.L., Tabachnick N. Investigations of Equivocal Suicides. *JAMA.* 1963; 184 (12): 924-9.
3. Shneidman E.S., Farberow N.L. Sample Psychological Autopsies. In: Shneidman E.S., Farberow N.L., Litman R.E. (Eds). *The Psychology of Suicide.* New York: Science House; 1970: 497-510.
4. Litman R.E., Curphey T.J., Shneidman E.S., Farberow N.L., Tabachnick N. The psychological autopsy of equivocal deaths. In: Shneidman E.S., Farberow N.L., Litman R.E. (Eds). *The Psychology of suicide.* New York: Science House; 1970: 485-96.
5. Shneidman E. The psychological autopsy. *Suicide Life Threat Behav.* 1981; 11: 325-40.
6. Hjelmeland H., Dieserud G., Dyregrov K., Knizek B.L., Leenaars A.A. Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are They Methodologically Flawed? *Death Stud.* 2012; 36 (7): 605-26.
7. Shneidman E.S. Comment: The psychological autopsy. *Am. Psychol.* 1994; 39(1): 75-6.
8. Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A., Simkin, S. The psychological autopsy approach to studying suicide: A review of methodological issues. *J. Affect. Disord.* 1998; 50 (2-3): 269-76.
9. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. М.: Изд-во МГУ, 1999. 497 с.
10. Брусиловский А.Е. Судебно-психологическая экспертиза: её предмет, методика и пределы. Харьков, 1929. 107 с.
11. Костицкий М.В. Судебно-психологическая экспертиза. Львов: Вища школа, 1987. 142 с.
12. Сафанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза. М.: Юрайт, 2014. 421 с.
13. Васильева Н.В., Горьковская И.А. Судебная экспертиза и её клинико-психологические основания. СПб.: Балт. пед. акад., 1997. 168 с.
14. Robins E., Murphy G.E., Wilkinson R.H., Gassner S., Kayes J. Some Clinical Considerations in the Prevention of Suicide Based on a Study of 134 Successful Suicides. *Am. J. Public. Health Nations Health.* 1959; 49 (7): 888-99.
15. Portzky G., Audenaert K., Van Heeringen K. Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2005; 40 (11): 922-30.
16. Zhang J., Wiczorek W. F., Jiang C., Zhou L., Jia S., Sun Y., Conwell Y. Studying Suicide with Psychological Autopsy: Social and Cultural Feasibilities of the Methodology in China. *Suicide Life Threat. Behav.* 2002; 32 (4): 370-9.
17. Moskos M., Olson L., Halberm S., Keller T., Gray D. Utah Youth Suicide Study: Psychological Autopsy. *Suicide Life Threat Behav.* 2005; 35 (5): 536-46.
18. Kizza D., Knizek B.L., Kinyanda E., Hjelmeland H. Men in despair: a qualitative psychological autopsy study of suicide in northern Uganda. *Transcult. Psychiatry.* 2012; 49 (5): 696-717.
19. Chavan B. S., Singh G. P., Kaur J., Kochar R. Psychological autopsy of 101 suicide cases from northwest region of India. *Indian J. Psychiatry.* 2008; 50 (1): 34-8.
20. Zhang J., Wiczorek W., Conwell Y., Tu X.M., Wu B.Y., Xiao S., Jia C. Characteristics of young rural Chinese suicides: a psychological autopsy study. *Psychol Med.* 2010; 40 (4): 581-9.
21. Cross T.L., Gust-Brey K., Ball B.P. A Psychological Autopsy of the Suicide of an Academically Gifted Student: Researchers' and Parents' Perspectives. *Gift Child Q.* 2002; 46 (4): 247-64.

References:

1. Shneidman E.S., Farberow N.L. Some comparisons between genuine and simulated suicide notes. *J. Gen. Psychol.* 1957; 56: 251-6.
2. Litman R.E., Curphey T., Shneidman E.S., Farberow N.L., Tabachnick N. Investigations of Equivocal Suicides. *JAMA.* 1963; 184 (12): 924-9.
3. Shneidman E.S., Farberow N.L. Sample Psychological Autopsies. In: Shneidman E.S., Farberow N.L., Litman R.E. (Eds). *The Psychology of Suicide.* New York: Science House; 1970: 497-510.
4. Litman R.E., Curphey T.J., Shneidman E.S., Farberow N.L., Tabachnick N. The psychological autopsy of equivocal deaths. In: Shneidman E.S., Farberow N.L., Litman R.E. (Eds). *The Psychology of suicide.* New York: Science House; 1970: 485-96.
5. Shneidman E. The psychological autopsy. *Suicide Life Threat Behav.* 1981; 11: 325-40.
6. Hjelmeland H., Dieserud G., Dyregrov K., Knizek B.L., Leenaars A.A. Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are They Methodologically Flawed? *Death Stud.* 2012; 36 (7): 605-26.
7. Shneidman E.S. Comment: The psychological autopsy. *Am. Psychol.* 1994; 39(1): 75-6.
8. Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A., Simkin, S. The psychological autopsy approach to studying suicide: A review of methodological issues. *J. Affect. Disord.* 1998; 50 (2-3): 269-76.
9. Kudrjavcev I.A. Kompleksnaja sudebnaja psihologo-psihiatricheskaja jekspertiza [Complex judicial psychological and psychiatric examination]. M.: Izd-vo MGU, 1999. 497 s. (in Russ)
10. Brusilovskij A.E. Sudebno-psihologicheskaja jekspertiza: ejo predmet, metodika i predely [Forensic psychological examination: its subject, methods and limits]. Har'kov, 1929. 107 c. (in Russ)
11. Kostickij M.V. Sudebno-psihologicheskaja jekspertiza [Forensic psychological examination]. L'vov: Vishha shkola, 1987. 142 s. (in Russ)
12. Safuanov F.S. Sudebno-psihologicheskaja jekspertiza [Forensic psychological examination]. M.: Jurajt, 2014. 421 s. (in Russ)
13. Vasil'eva N.V., Gor'kovaja I.A. Sudebnaja jekspertiza i ee kliniko-psihologicheskie osnovanija [Forensic examination and its clinical and psychological grounds]. SPb.: Balt. ped. akad., 1997. 168 s. (in Russ)
14. Robins E., Murphy G.E., Wilkinson R.H., Gassner S., Kayes J. Some Clinical Considerations in the Prevention of Suicide Based on a Study of 134 Successful Suicides. *Am. J. Public. Health Nations Health.* 1959; 49 (7): 888-99.
15. Portzky G., Audenaert K., Van Heeringen K. Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2005; 40 (11): 922-30.
16. Zhang J., Wiczorek W. F., Jiang C., Zhou L., Jia S., Sun Y., Conwell Y. Studying Suicide with Psychological Autopsy: Social and Cultural Feasibilities of the Methodology in China. *Suicide Life Threat. Behav.* 2002; 32 (4): 370-9.
17. Moskos M., Olson L., Halberm S., Keller T., Gray D. Utah Youth Suicide Study: Psychological Autopsy. *Suicide Life Threat Behav.* 2005; 35 (5): 536-46.
18. Kizza D., Knizek B.L., Kinyanda E., Hjelmeland H. Men in despair: a qualitative psychological autopsy study of suicide in northern Uganda. *Transcult. Psychiatry.* 2012; 49 (5): 696-717.
19. Chavan B. S., Singh G. P., Kaur J., Kochar R. Psychological autopsy of 101 suicide cases from northwest region of India. *Indian J. Psychiatry.* 2008; 50 (1): 34-8.
20. Zhang J., Wiczorek W., Conwell Y., Tu X.M., Wu B.Y., Xiao S., Jia C. Characteristics of young rural Chinese suicides: a psychological autopsy study. *Psychol Med.* 2010; 40 (4): 581-9.
21. Cross T.L., Gust-Brey K., Ball B.P. A Psychological Autopsy of the Suicide of an Academically Gifted Student: Researchers' and Parents' Perspectives. *Gift Child Q.* 2002; 46 (4): 247-64.

22. Canter D.V. Psychological autopsies. In: Encyclopedia of Forensic Sciences. Eds. Siegel J., Saukko P. London, Elsevier, 2000: 1440.
23. Ebert B.W. Guide to Conducting a Psychological Autopsy. *Prof. Psychol. Res. Pr.* 1987; 18 (1): 52-6.
24. Werlanga B.G., Botegab N.J. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2003; 25 (4): 212-9.
25. 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): 877-84.
26. Brent D.A., Perper J.A., Kolko D.J., Zelenak J.P. The psychological autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 1988; 27 (3): 362-6.
27. Houston K., Hawton K., Shepperd R. Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. *J. Affect. Disord.* 2001; 63: 159-70.
28. Giner L., Carballo J., Guija J., Sperling D., Oquendo M.A., Garcia-Parajua P., Sher L., Giner J. Psychological autopsy studies: The role of alcohol use in adolescent and young adult suicides. *Int. J. Adolesc. Med. Health.* 2007; 19 (1): 99-113.
29. Marttunen M.J., Aro H.M., Lönnqvist J.K. Adolescence and Suicide: A Review of Psychological Autopsy Studies. *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry.* 1993, 2: 10-8.
30. Freuchen A., Kjelsberg E., Grøholt B. Suicide or accident? A psychological autopsy study of suicide in youths under the age of 16 compared to deaths labeled as accidents. *Child. Adolesc. Psychiatry Ment. Health.* 2012; 12 (6): 30.
31. Cavanagh J.T.O., Carson A.J., Sharpe M., Lawrie S.M. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol. Med.* 2003; 33: 395-405.
32. Milner A., Sveticic J., De Leo D. Suicide in the absence of mental disorder? A review of psychological autopsy studies across countries. *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2012; 59 (6): 545-54.
33. Conner K.R., Beautrais A.L., Brent D.A., Conwell Y., Phillips M.R., Schneider B. The next generation of psychological autopsy studies. Part I. Interview content. *Suicide Life Threat. Behav.* 2011; 41 (6): 594-613.
34. Conner K.R., Beautrais A.L., Brent D.A., Conwell Y., Phillips M.R., Schneider B. The next generation of psychological autopsy studies: part 2. Interview Procedures. *Suicide Life Threat. Behav.* 2012; 42 (1): 86-103.
35. Pouliot L., De Leo D. Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide Life Threat. Behav.* 2006; 36 (5): 491-510.
36. Siddamsetty A.K., Aggarwal N.K., Bhatia M.S. Concept of Psychological Autopsy. *Psychol. Dev. Soc J.* 2014; 17 (2), 458-61.
37. Knoll J.L., Hazelwood R.R. Psychological Autopsy. In: Jamieson A., Moenssens A. (Eds), Wiley Encyclopedia of Forensic Science. Wiley-Blackwell, 2009: 2161-73.
22. Canter D.V. Psychological autopsies. In: Encyclopedia of Forensic Sciences. Eds. Siegel J., Saukko P. London, Elsevier, 2000: 1440.
23. Ebert B.W. Guide to Conducting a Psychological Autopsy. *Prof. Psychol. Res. Pr.* 1987; 18 (1): 52-6.
24. Werlanga B.G., Botegab N.J. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2003; 25 (4): 212-9.
25. 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): 877-84.
26. Brent D.A., Perper J.A., Kolko D.J., Zelenak J.P. The psychological autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 1988; 27 (3): 362-6.
27. Houston K., Hawton K., Shepperd R. Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. *J. Affect. Disord.* 2001; 63: 159-70.
28. Giner L., Carballo J., Guija J., Sperling D., Oquendo M.A., Garcia-Parajua P., Sher L., Giner J. Psychological autopsy studies: The role of alcohol use in adolescent and young adult suicides. *Int. J. Adolesc. Med. Health.* 2007; 19 (1): 99-113.
29. Marttunen M.J., Aro H.M., Lönnqvist J.K. Adolescence and Suicide: A Review of Psychological Autopsy Studies. *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry.* 1993, 2: 10-8.
30. Freuchen A., Kjelsberg E., Grøholt B. Suicide or accident? A psychological autopsy study of suicide in youths under the age of 16 compared to deaths labeled as accidents. *Child. Adolesc. Psychiatry Ment. Health.* 2012; 12 (6): 30.
31. Cavanagh J.T.O., Carson A.J., Sharpe M., Lawrie S.M. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol. Med.* 2003; 33: 395-405.
32. Milner A., Sveticic J., De Leo D. Suicide in the absence of mental disorder? A review of psychological autopsy studies across countries. *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2012; 59 (6): 545-54.
33. Conner K.R., Beautrais A.L., Brent D.A., Conwell Y., Phillips M.R., Schneider B. The next generation of psychological autopsy studies. Part I. Interview content. *Suicide Life Threat. Behav.* 2011; 41 (6): 594-613.
34. Conner K.R., Beautrais A.L., Brent D.A., Conwell Y., Phillips M.R., Schneider B. The next generation of psychological autopsy studies: part 2. Interview Procedures. *Suicide Life Threat. Behav.* 2012; 42 (1): 86-103.
35. Pouliot L., De Leo D. Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide Life Threat. Behav.* 2006; 36 (5): 491-510.
36. Siddamsetty A.K., Aggarwal N.K., Bhatia M.S. Concept of Psychological Autopsy. *Psychol. Dev. Soc J.* 2014; 17 (2), 458-61.
37. Knoll J.L., Hazelwood R.R. Psychological Autopsy. In: Jamieson A., Moenssens A. (Eds), Wiley Encyclopedia of Forensic Science. Wiley-Blackwell, 2009: 2161-73.

"PSYCHOLOGICAL AUTOPSY" IN CASE OF SUICIDE: THE HISTORY OF THE QUESTION AND THE CURRENT STATE

K.V. Syrokvashina

V. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia; syrokvashina@mail.ru

Abstract:

The article presents the formation of "psychological autopsy" - a method of retrospective studying of the mental state of a suicidal person before suicide and the factors that influenced the decision on suicide. Early works are analyzed, as well as modern researches. The definition of psychological autopsy according to E. Shneidman is given, as well as his approach to the targeted use of the results of postmortem investigation of the suicidal state. The main results of research on the state of suicides, carried out with the help of psychological autopsy, are outlined, with attention to sociocultural specifics. The problem of the role of clinical diagnosis in postmortem analysis of factors of suicidal behavior is discussed. The importance of taking psychosocial factors into account and analyzing the interaction between mental disorder, social disadvantage and social isolation is emphasized. Attention is paid to the possibilities of applying the method to a youth sample, taking into account the necessity for interviewing parents, assessing the quality of information received from them, and the possibilities of applying not only a survey, but also a screening method in the form of a semi-structured interview. The spectrum of the legal application of the method is specified, taking into account its limitations. Different views of researchers on the possibility of standardizing the method are presented. On the one hand, these are proposals to increase the systematization and development of a single standard for "psychological autopsy", on the other, to defend the systematization of the method on the basis of a qualitative approach that could allow to go beyond psychiatric diagnosis and take into account the specific context and meaning of suicide, underlining that this is exactly the original purpose of the method. Proceeding from this discussion, it is assumed that

in carrying out studies by the method of posthumous psychological analysis, it is necessary to introduce a sufficiently large number of variables that allow us to evaluate a wide range of factors that may influence the formation of suicidal behavior. The prospect of further application of the study of the mental state of suicides is analyzed.

Key words: psychological autopsy, suicide, mental state of a suicidal person

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Сыроковашина К.В. «Психологическая аутопсия» при суициде: история вопроса и современное состояние. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 80-86. doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-80-86](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-80-86)

For citation: Syrokovashina K.V. "Psychological autopsy" in case of suicide: the history of the question and the current state. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 80-86. (In Russ) doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-80-86](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-80-86)

УДК: 616.895.1:616.89-008.441.44

doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-86-92](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-86-92)

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

С.Н. Васильева, Г.Г. Симуткин, Е.Д. Счастный, С.А. Иванова, Н.А. Бохан

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, г. Томск, Россия
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия
ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», г. Томск, Россия

Контактная информация:

Васильева Светлана Николаевна – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 3607-2437; ORCID iD: 0000-0002-0939-0856; Researcher ID: J-1696-2017). Место работы и должность: научный сотрудник отделения аффективных состояний Научно-исследовательского института психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-38-24, электронный адрес: vasilievasn@yandex.ru

Симуткин Герман Геннадьевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 6482-2439; ORCID iD: 0000-0002-9813-3789; Researcher ID: I-9405-2017). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний Научно-исследовательского института психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-38-24, электронный адрес: ggsimutkin@gmail.com

Счастный Евгений Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6482-2439; ORCID iD: 0000-0003-2148-297X; Researcher ID: S-3674-2016). Место работы и должность: заведующий отделением аффективных состояний Научно-исследовательского института психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-38-24, электронный адрес: evgeny.schastnyy@gmail.com

Иванова Светлана Александровна – доктор медицинских наук, профессор, (SPIN-код: 5776-1365; ORCID iD: 0000-0001-7078-323X; Researcher ID: C-5333-2012). Место работы и должность: заместитель директора по научной работе Научно-исследовательского института психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-31-77, электронный адрес: ivanovaniipz@gmail.com

Бохан Николай Александрович – доктор медицинских наук, профессор, академик РАН (SPIN-код: 2419-1263; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X; Researcher ID: P-1720-2014). Место работы и должность: директор Научно-исследовательского института психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук; заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России; профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования факультета психологии ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79, электронный адрес: bna909@gmail.com

Цель исследования: изучение влияния коморбидных психических расстройств на суицидальное поведение пациентов и клинико-динамические особенности биполярного аффективного расстройства (БАР). Материал. В психиатрическом стационаре был обследован 101 пациент с верифицированным диагнозом БАР. В изучаемой выборке преобладали ($p < 0,05$) лица женского пола ($n=72$; 71,3%), средний возраст женщин составил $45,1 \pm 13,2$, мужчин – $43,4 \pm 14,6$ года. Изучена нозологическая структура психических расстройств коморбидных БАР. Проведено сравнение клинико-динамических характеристик БАР, показателей суицидального поведения в двух группах пациентов с наличием ($n=46$) и отсутствием ($n=55$) коморбидного

психического расстройства. Результаты. Определён высокий уровень коморбидности БАР с другими психическими расстройствами – 45,5%. В случаях сочетания их БАР с другими психическими расстройствами, по сравнению с «чистым» БАР чаще ($p < 0,05$) выявляются соответственно: отягощённость семейного анамнеза психическими расстройствами – в 71,7% и 50%; суицидальные мысли – 69,6% и 40%; смешанные эпизоды в течение БАР – 71,7% и 45,5% случаев; количество суицидальных попыток – 2 [1; 3] и 1 [1; 1], а также обнаруживается меньшее ($p < 0,05$) значение индекса цикличности – 0,8 [0,6; 1,5] и 1,4 [0,9; 2,3]. Выводы: коморбидные психические расстройства повышают риск суицидального поведения пациентов и отрицательно влияют на основные клинико-динамические показатели БАР.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, коморбидность, клинико-динамические особенности, суицидальный риск.

Коморбидная психическая патология ведёт не только к повышению степени тяжести психической патологии, снижению эффективности лечения, ухудшению прогноза заболевания и качества жизни пациентов [1], но и обуславливает рост суицидального риска [2, 3]. Высокий уровень коморбидности биполярного аффективного расстройства (БАР) с другими психическими расстройствами подтверждён в ходе множества эпидемиологических и клинических исследований [4–6 и др.]. Пациенты с БАР в течение жизни в 90% случаев имеют другое психическое расстройство, а 70% – три и более расстройств [7]. Вероятность коморбидности БАР с другой психической патологией увеличивается, если аффективное расстройство манифестировало в молодом возрасте [8].

Чаще БАР сопутствуют расстройства тревожного спектра и злоупотребление психоактивными веществами [9, 10]. В случаях коморбидности БАР с расстройствами тревожного спектра отмечается учащение депрессивных эпизодов, увеличение количества суицидальных попыток, ухудшение прогноза и качества жизни пациентов [11, 12]. Коморбидность БАР с расстройством личности приводит к снижению эффективности терапии, инкомплаентности пациентов, росту риска злоупотребления алкоголем и суицидального поведения [13–15]. Сочетание БАР с зависимостью от алкоголя или психоактивных веществ способствует утяжелению общего течения и прогноза заболевания [16–20]. Наиболее высокий риск суицидального поведения пациентов с БАР отмечается при тревожно-ажитированных и психотических депрессиях [21]. Суицидальная попытка у пациентов с БАР может быть обусловлена переживаниями по поводу неизлечимости психического расстройства [22]. В ходе метаанализа 36 исследований (в 13 исследованиях анализировались случаи свершившихся суицидов при БАР, в 23 исследованиях – случаи суицидальных попыток) были выделены главные факторы риска суицидального поведения: отягощённая наследственность, раннее начало заболевания, увеличение тяжести депрессив-

ной симптоматики, смешанные эпизоды, быстроротационная форма течения БАР [23].

Цель исследования: изучения влияния коморбидных психических расстройств на суицидальное поведение пациентов и клинико-динамические особенности БАР.

Материал и методы.

На базе отделения аффективных состояний клиники Томского НИИ психического здоровья в рамках сплошной выборки был обследован 101 пациент с верифицированным диагнозом биполярного аффективного расстройства (по критериям МКБ-10). В исследуемой группе преобладали ($p < 0,05$) лица женского пола ($n=72$; 71,3%). Средний возраст женщин составил $45,1 \pm 13,2$, мужчин – $43,4 \pm 14,6$ года. Анализ семейного положения больных БАР выявил значительный удельный вес (48,5% – 49/101) одиноких пациентов: разведённые – 18/49 (36,7%); вдовы – 10/49 (20,4%), холостые – 21/49 (42,9%). В исследуемой группе пациенты с высшим образованием составили 60,4% ($n=61$), средним специальным образованием – 21,8% ($n=22$), средним образованием – 17,8% ($n=18$).

В зависимости от текущего эпизода БАР пациенты изучаемой выборки распределились следующим образом: депрессивный эпизод – 63,4% случаев ($n=64$), гипоманиакальный эпизод – 3,0% ($n=3$), маниакальный эпизод – 1% ($n=1$), смешанный эпизод – 32,6% ($n=33$).

Из основных методов исследования применялись: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы Statistica версия 8.0 (StatSoft, Inc., USA для Windows). Анализ исследуемых показателей на наличие нормального закона распределения осуществляли с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. При нормальном распределении количественные показатели были представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm SD$), при отсутствии нормального распределения в виде – медианы, интерквартильной широты – ME [IQR].

Таблица 1

Нозологическая структура психических расстройств, коморбидных БАР, у пациентов основной группы

Коморбидное психическое расстройство	n	N	%
<i>Расстройства тревожного спектра:</i>	20	46	43,5
– паническое расстройство	12	23	51,2
– генерализованное тревожное расстройство	4	23	17,4
– смешанное тревожное расстройство:	5	23	21,7
<i>Расстройство личности:</i>	19	46	41,3
– истерическое расстройство личности	4	19	21,1
– пограничное расстройство личности	3	19	15,8
– смешанное расстройство личности	12	1	63,2
<i>Обсессивно-компульсивное расстройство</i>	2	46	4,3
<i>Синдром зависимости от психоактивных веществ:</i>	13	46	28,3
– алкогольная зависимость	11	13	84,6
– наркотическая зависимость	2	13	15,4

При отсутствии нормального распределения для анализа показателей были использованы непараметрические критерии, статистическую значимость различий между независимыми переменными определяли при помощи критерия Манна-Уитни. Анализ качественных признаков проводился через исследование их частот посредством таблиц сопряженности с использованием критерия согласия χ^2 -критерия. При работе с малыми выборками применяли критерий Фишера. Оценку достоверности различий между долями проводили с использованием z-критерия. Для определения зависимостей между переменными проводили корреляционный анализ Спирмена.

Результаты и обсуждение.

В изучаемой выборке был выявлен высокий уровень коморбидности БАР и психической патологии: 46 пациентов (45,5%) наряду с БАР имели другое психическое расстройство. При этом у 8 пациентов (7,9%) выявлялось два,

а у 3 человек (3,0%) – три коморбидных психических расстройства. Спектр нарушений был представлен следующим образом: тревожное расстройство – 20/46 (43,5%), расстройство личности – 19/46 (41,3%), синдром зависимости от психоактивных веществ – 13/46 (28,3%), обсессивно-компульсивное расстройство – 2/46 (4,3%). Распределение пациентов с БАР основной группы в зависимости от нозологической принадлежности коморбидного расстройства представлено в таблице 1.

С целью изучения влияния коморбидных психических расстройств на суицидальное поведение пациентов и клинико-динамические характеристики БАР было проведено сравнение 2 групп в зависимости от наличия (основная группа – n=46) и отсутствия (группа сравнения – n=55) коморбидного психического расстройства. Результаты межгруппового сравнения представлены в таблице 2.

Таблица 2

Клинико-динамические характеристики БАР и показатели суицидального поведения пациентов сравниваемых групп

Показатель	Основная группа, n=46	Группа сравнения, n=55	p-уровень
Возраст к началу БАР	30 лет [20; 40]	29 лет [22; 42]	0,74
Индекс цикличности*	0,8 [0,6; 1,5]	1,4 [0,9; 2,3]	0,002
Наличие смешанных эпизодов	33 (71,7%)	25 (45,5%)	0,008
Отягощенность семейного анамнеза психическими расстройствами	33 (71,7%)	27 (49,1%)	0,03
Наличие психогических симптомов в течении БАР	5 (10,9)	5 (9,1)	0,52
Наличие атипичных депрессивных симптомов в текущем ДЭ	15 (32,6%)	17 (30,9%)	0,85
Наличие суицидальных мыслей в текущем состоянии	32 (69,6%)	22 (40,0%)	0,003
Наличие суицидальных попыток в анамнезе	11 (23,9%)	10 (18,2%)	0,48
Количество суицидальных попыток	2 [1; 3]	1 [1; 1]	0,03
Завершённые суициды у родственников	6 (13,0%)	6 (10,9%)	0,75

Примечание: *Индекс цикличности рассчитывается путём деления продолжительности заболевания (в годах) на количество перенесённых аффективных эпизодов.

В основной группе удельный вес женщин составил 65,2% (n=30), в группе сравнения – 76,4% (n=42). Межгрупповых различий по полу выявлено не было (p>0,05). По возрасту пациенты сравниваемых групп также не отличались: основная группа – 46 лет [34; 56], группа сравнения – 47 лет [34; 58] (p>0,05).

Как видно из таблицы 2 пациенты основной группы чаще (p<0,05) имели отягощённость семейного анамнеза психическими расстройствами. При этом по удельному весу пациентов, родственники которых закончили жизнь самоубийством, сравниваемые группы не отличались (p>0,05). В основной группе таких пациентов было 13%, в группе сравнения – 10,9%.

Индекс цикличности отражает скорость смены аффективных эпизодов, и при БАР даёт возможность своевременно выявить такой неблагоприятный фактор в отношении общего течения и прогноза заболевания, как быстрая цикличность. При сравнении индекса в исследуемых группах были обнаружены межгрупповые различия, достигающие статистически значимого уровня (p<0,05) – в основной группе данный показатель оказался меньше (табл. 2). То есть, у пациентов основной группы аффективные эпизоды сменяли друг друга чаще, чем у пациентов группы сравнения. Полученные данные свидетельствуют о том, что коморбидность с другими психическими расстройствами способствует учащению аффективных эпизодов и соответственно ухудшает прогноз БАР.

Сравнительная оценка возраста манифестации БАР в исследуемых группах (табл. 2) не выявила статистически значимых различий по данному показателю (p>0,05). Однако результаты ряда исследований указывают на более ранний возраст к началу БАР у пациентов с наличием коморбидности с другими психическими расстройствами по сравнению с пациентами без наличия коморбидности [8].

В отдельных работах [24] так же было показано, что смешанные эпизоды ассоциированы с повышением суицидального риска и неблагоприятным прогнозом течения БАР. Сравнительная оценка этого фактора в нашем исследовании (табл. 2) обнаружила достоверные различия: в основной группе смешанные эпизоды встречались чаще – 71,7% (p<0,05), чем в группе сравнения (45,5%).

Оценка наличия психотических симптомов в течении БАР и атипичности депрессивных эпизодов в сравниваемых группах (табл. 2) не выявила межгрупповых различий (p>0,05).

Анализ присутствия в клинической картине суицидальных мыслей показал, что у па-

циентов основной группы они встречались чаще (69,6%), чем у пациентов группы сравнения (40,0%; p<0,05). У 19,6% больных в основной группы (n=9) и 21,8% (n=12) группы сравнения суицидальные мысли носили пассивный характер, и проявлялись в виде представлений, фантазий о собственной смерти. В таких случаях пациенты высказывали мысли: «вот если бы произошел несчастный случай», «было бы хорошо заснуть и больше не проснуться». Основой суицидальных мыслей служили невыносимое чувство тоски, идеи собственной малоценности и бесперспективности жизни. Пациенты думали о смерти как о спасении от тягостных переживаний. При этом мысли о возможных последствиях суицида для их близких усиливали у пациентов чувство вины, и без того занимающее значительное место в клинической картине депрессии. При сочетании БАР с расстройствами тревожного спектра появление суицидальных мыслей нередко пугало пациентов, и уровень тревоги возрастал в связи с опасениями о возможном повторении их и потери контроля над собой. У пациентов с БАР, отягощенным алкогольной зависимостью, на фоне абстинентного синдрома суицидальные мысли становились наиболее мучительными, нередко приобретали навязчивый характер. При сочетании БАР с расстройством личности отмечалась склонность к импульсивному характеру попыток свести счёты с жизнью. В таких случаях наиболее значимыми для суицидогенеза выступали не только депрессивные переживания, но и психотравмирующие обстоятельства. Психогенная декомпенсация личностных расстройств значительно увеличивала риск суицидального поведения.

Анализ данных в отношении наличия суицидальных попыток в анамнезе (табл. 2) не выявил межгрупповых различий (p>0,05). С целью лишения себя жизни пациенты основной группы и группы сравнения использовали следующие способы: самоповешение (n=1 и n=1 соответственно), самоотравление (n=7 и n=7 соответственно), при помощи колющих и режущих предметов (n=2 и n=1 соответственно). По одному случаю в основной группе зафиксировано использование огнестрельного оружия, в группе сравнения – введение в вену воздуха.

У пациентов основной группы, имеющих в анамнезе суицидальные попытки, нозологическая структура коморбидных расстройств была представлена следующим образом: расстройство личности – 36,4% (n=4); синдром зависимости от алкоголя – 36,4% (n=4); тревожное расстройство – 27,2% (n=3).

В группе сравнения среди пациентов с суицидальными попытками в анамнезе преобладали ($p < 0,05$) лица женского пола (70%) и одинокие пациенты (80%). В основной группе таких внутригрупповых различий обнаружено не было – удельный вес женщин составил 45,5%, одиноких – 54,5%. В группе сравнения пациенты с наличием в анамнезе суицидальных попыток, были чаще ($p < 0,05$) одинокими, чем пациенты без покушений. Подобных межгрупповых различий в основной группе не выявлялось. Это указывает на тот факт, что присоединение коморбидного расстройства к БАР нивелировало имеющиеся взаимосвязи при «чистом» БАР между полом пациентов, семейным положением с одной стороны и наличием суицидальных попыток в анамнезе.

У пациентов исследуемых групп с суицидальными попытками в анамнезе было оценено количество суицидальных попыток в течение всей жизни. В основной группе этот показатель оказался больше ($p < 0,05$), чем у пациентов группы сравнения (табл. 2).

Полученные результаты могут служить подтверждением того, что наличие коморбидной психической патологии при БАР увеличивает риск суицидального поведения пациентов.

Следующим этапом нашего исследования явилась оценка влияния клиничко-динамических характеристик БАР на суицидальное поведение пациентов исследуемых групп. Проведенный нами корреляционный анализ по Спирмену не обнаружил взаимосвязей между

показателями суицидального поведения с одной стороны и с другой стороны: возрастом к началу БАР, отягощённостью семейного анамнеза психическими расстройствами, индексом цикличности, наличием смешанных эпизодов в течении БАР.

Заключение. Результаты исследования показали, что БАР часто протекает в коморбидной связи с другими психическими и поведенческими расстройствами – в 45,5% случаев. При указанной коморбидности, по сравнению с «чистым» БАР у пациентов чаще встречается отягощённость семейного анамнеза психическими расстройствами, отмечается ухудшение показателей суицидального поведения, учащение аффективных эпизодов и более частая представленность смешанных эпизодов в течении основного заболевания. То есть, коморбидность БАР с другими психическими и поведенческими расстройствами оказывает негативное влияние на его основные клиничко-динамические характеристики и показатели суицидального поведения пациентов. Учитывая это, можно говорить о неблагоприятном течении БАР и прогнозе в соответствующих случаях. Полученные нами данные в ходе исследования могут быть использованы при разработке диагностических и лечебно-реабилитационных программ для пациентов с БАР, выявляющих коморбидность с другими психическими расстройствами, а так же в программах, направленных на оценку суицидального риска.

Литература:

1. Simhandl C., Radua J., König B. et al. Prevalence and impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar disorder: A prospective follow-up study. *J. Psychiatry*. 2016; 50(4): 345–51.
2. Корнетов Н.А. Межведомственная антикризисная суицидологическая служба в системе социального обслуживания населения. (К 25-летию Томской суицидологической службы) [Электронный ресурс]. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2013; 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru>
3. Schaffer A., Isometsa E.N., Tondo L. et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *J. Bipolar Disorders*. 2015; 17 (1): 1–16.
4. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Кузавкова М.В. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / под ред. С.Н. Мосолова. М.: МЕДпрессинформ, 2008. 384 с.
5. Kessler R., Berglund P., Demler O. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2005; 62: 593–602.
6. Moreno C., Hasin D.S., Arango C. et al. Depression in bipolar versus major depression disorder: results from the National Epidemiological Survey on alcohol and related conditions. *J. Bipolar Disorders*. 2012; 14 (3): 271–82.
7. Merikangas K. R., Akiskal H.S., Angst J. et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2007; 64 (5): 543–52.
8. Joslyn C., Hawes D.J., Hunt C. et al. Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review. *J. Bipolar Disorders*. 2016; 18(5): 389–403.

References:

1. Simhandl C., Radua J., König B. et al. Prevalence and impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar disorder: A prospective follow-up study. *J. Psychiatry*. 2016; 50(4): 345–51.
2. Kornetov N.A. Interagency anti-crisis suicidal service in the system of social services for the population. (To the 25th anniversary of the Tomsk Suicidological Service) [Electronic resource]. *Medical psychology in Russia: electron. sci. journal*. 2013; 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru>. (In Russ)
3. Schaffer A., Isometsa E.N., Tondo L. et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *J. Bipolar Disorders*. 2015; 17 (1): 1–16.
4. Mosolov S.N., Kostyukova E.G., Kuzavkova M.V. Bipolar affective disorder: diagnosis and therapy / ed. S.N. Mosolov. Moscow: MEDPressinform, 2008. 384 p. (In Russ)
5. Kessler R., Berglund P., Demler O. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2005; 62: 593–602.
6. Moreno C., Hasin D.S., Arango C. et al. Depression in bipolar versus major depression disorder: results from the National Epidemiological Survey on alcohol and related conditions. *J. Bipolar Disorders*. 2012; 14 (3): 271–82.
7. Merikangas K. R., Akiskal H.S., Angst J. et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2007; 64 (5): 543–52.
8. Joslyn C., Hawes D.J., Hunt C. et al. Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review. *J. Bipolar Disorders*. 2016; 18(5): 389–403.

9. Ушкалова А.В. *Диагностика и подходы к фармакотерапии депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства II типа*: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2014. 24 с.
10. Merikangas K. R., Pato M. Recent Developments in the Epidemiology of Bipolar Disorder in Adults and Children: Magnitude, Correlates, and Future Direction. *Clinical Psychology*. 2009; 16: 121–33.
11. Perroud N., Preisig M., Etain B. et al. Social phobia is associated with suicide attempt history in bipolar inpatients. *J Bipolar Disorders*. 2007; 9: P. 713–21.
12. John H., Lee B.S., David L. et al. The effect of anxiety disorder comorbidity on treatment resistant bipolar disorders. *Depression and Anxiety*. 2008; 25 (2): 91–7.
13. Яковлева А.Л., Симуткин Г.Г. Клинико-динамические особенности аффективных расстройств при их коморбидности с личностными расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 2 (83): 26–9.
14. Bieling P.J., MacQueen G.M., Marriot M.J. et al. Longitudinal outcome in patients with bipolar disorder assessed by life-charting is influenced by DSM-IV personality disorder symptoms. *Bipolar Disord.* 2003; 5: 14–21.
15. Fan A.N., Hassell J. Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature. To examine the prevalence of personality disorder comorbidity in bipolar disorder and examine the effects of this comorbidity on bipolar disorder patients. *J. Clin. Psychiatry*. 2008; 69 (11): 1794–803.
16. Bokhan N.A., Losenkov I.S., Vyalova N.M., Simutkin G.G., Ivanova S.A. Correlation between levels of Akt1/GSK-3 beta signaling pathway proteins and severity of depressive symptoms. *European Neuropsychopharmacology*. 2014; 24 (2): 365–6.
17. Бокхан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н., Рахматова Л.Д., Аксенов М.М., Перчаткина О.Э., Репецкий Д.Н. Алкоголизм и факторы суицидальности среди коренного населения районов, приравненных к Крайнему Северу. *Суицидология*. 2017; 8 (1): 68–76.
18. Grant B.F., Stinson F.S., Hasin D.S. et al. Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry*. 2005; 66 (10): 1205–15.
19. Cardoso B.M., Kauer Sant'Anna M., Dias V.V. et al. The impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol*. 2008; 42 (6): 451–7.
20. Шелехов И.Л., Корнетов А.Н., Гребенникова Е.В. Суицидология: история и современные представления: Учебное пособие. Томск: Изд-во Томского государственного педагогического университета, 2016. 300 с.
21. Simhandl C., Radua J., König B. et al. Prevalence and impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar disorder: A prospective follow-up study. *J. Psychiatry*. 2016; 50 (4): 345–51.
22. Положий Б.С., Панченко Е.А., Посвянская А.Д. с соавт. Клинические и социокультурные характеристики больных с депрессивными расстройствами, совершивших покушение на самоубийство. *Суицидология*. 2014; 2 (15), 5: 42–7.
23. Hawton K., Sutton L., Haw C. et al. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66 (6): 693–704.
24. Gonzales-Pinto A., Alonso M., Lopes P. Poor long-term prognosis in mixed bi-polar patients: 10-year outcomes in the Vitoria prospective naturalistic study in Spain. *J. Clin. Psychiatry*. 2011; 72 (5): 671–6.
9. Ushkalova A.V. *Diagnostika i podhody k farmakoterapii depressivnoj fazy bipolyarnogo affektivnogo rasstrojstva II tipa* [Diagnosis and approaches to pharmacotherapy of depressive phase of bipolar affective disorder type II]: avtoref. diss. ... kand. med. nauk. М., 2014. 24 s. (In Russ)
10. Merikangas K. R., Pato M. Recent Developments in the Epidemiology of Bipolar Disorder in Adults and Children: Magnitude, Correlates, and Future Direction. *Clinical Psychology*. 2009; 16: 121–33.
11. Perroud N., Preisig M., Etain B. et al. Social phobia is associated with suicide attempt history in bipolar inpatients. *J Bipolar Disorders*. 2007; 9: P. 713–21.
12. John H., Lee B.S., David L. et al. The effect of anxiety disorder comorbidity on treatment resistant bipolar disorders. *Depression and Anxiety*. 2008; 25 (2): 91–7.
13. Yakovleva AL, Simutkin G.G. Clinical and dynamic features of affective disorders in their comorbidity with personality disorders. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]*. 2014; 2 (83): 26-9. (In Russ)
14. Bieling P.J., MacQueen G.M., Marriot M.J. et al. Longitudinal outcome in patients with bipolar disorder assessed by life-charting is influenced by DSM-IV personality disorder symptoms. *Bipolar Disord.* 2003; 5: 14–21.
15. Fan A.N., Hassell J. Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature. To examine the prevalence of personality disorder comorbidity in bipolar disorder and examine the effects of this comorbidity on bipolar disorder patients. *J. Clin. Psychiatry*. 2008; 69 (11): 1794–1803.
16. Bokhan N.A., Losenkov I.S., Vyalova N.M., Simutkin G.G., Ivanova S.A. Correlation between levels of Akt1/GSK-3 beta signaling pathway proteins and severity of depressive symptoms. *European Neuropsychopharmacology*. 2014; 24 (2): 365–6.
17. Bokhan N.A., Mandel A.I., Kuznetsov V.N., Rakhmazova L.D., Axenov M.M., Perchatkina O.E., Repetsky D.N. Alcoholism and suicidality factors among indigenous population of territories given the same status as Far North. *Suicidology*. 2017; 8 (1): 68–76. (In Russ)
18. Grant B.F., Stinson F.S., Hasin D.S. et al. Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry*. 2005; 66 (10): 1205–15.
19. Cardoso B.M., Kauer Sant'Anna M., Dias V.V. et al. The impact of co-morbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol*. 2008; 42 (6): 451–7.
20. Shelekhov I.L., Kornetov A.N., Grebennikova E.V. Suicidologiya: istoriya i sovremennye predstavleniya [Suicide: history and modern ideas]: Uchebnoe posobie. Tomsk: Izd-vo Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta, 2016. 300 s. (In Russ)
21. Simhandl C., Radua J., König B. et al. Prevalence and impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar disorder: A prospective follow-up study. *J. Psychiatry*. 2016; 50 (4): 345–51.
22. Polozhy B.S., Panchenko E.A., Posvyanskaya A.D. et al. Clinical and sociocultural characteristics of patients with depressive disorders who committed an attempt on suicide. *Suicidology*. 2014; 2 (15), 5: 42-7. (In Russ)
23. Hawton K., Sutton L., Haw C. et al. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J. Clin. Psychiatry*. 2005; 66 (6): 693–704.
24. Gonzales-Pinto A., Alonso M., Lopes P. Poor long-term prognosis in mixed bi-polar patients: 10-year outcomes in the Vitoria prospective naturalistic study in Spain. *J. Clin. Psychiatry*. 2011; 72 (5): 671–6.

SUICIDAL BEHAVIOR OF PATIENTS SUFFERING FROM BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER AND COMORBID MENTAL DISEASES

S.N. Vasileva¹, G.G. Simutkin¹, E.D. Schastnyy¹, S.A. Ivanova¹, N.A. Bokhan^{1,2,3}

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

²Siberian State Medical University, Tomsk, Russia; bna909@gmail.com

³National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia; bna909@gmail.com

Abstract:

Objective: to study the influence of comorbid mental disorders on suicidal behavior and clinical-dynamic features of bipolar affective disorder (BAD) of patients. **Material and Methods.** In a psychiatric hospital, 101 patients who had diagnosis of BAD verified were examined. In the studied sample, female persons (71.3%; n=72) predominated (p<0.05), with mean age of 45.1±13.2. The mean age of men was 43.4±14.6. The nosological structure of mental disorders comorbid with BAD was studied. The comparison of clinical-dynamic characteristics of BAD, terms of its diagnosis, indicators of suicidal behavior was made in two groups of patients with (n=46) and without (n=55) a comorbid mental disorder. In the course of the study clinical-psychopathological, clinical-catamnestic, statistical

methods were used. Results. A high level of comorbidity of BAD with other mental disorders was identified – 45.5%. It was shown that patients with index comorbidity during the first visit to a psychiatrist were diagnosed wrongly more frequently than patients suffering from BAD only – in 69.6% and in 49.1%, respectively ($p < 0.05$). In cases of combination of BAD with other mental disorders in comparison with “pure” BAD family history of mental disorders – in 71.7% and 50% respectively; suicidal thoughts – 69.6% and 40% respectively; mixed episodes in the course of BAD – 71.7% and 45.5% respectively; number of suicidal attempts – 2 [1; 3] and 1 [1; 1] respectively, as well as lesser ($p < 0.05$) value of the index of cycling – 0.8 [0.6; 1.5] and 1.4 [0.9; 2.3] respectively, were revealed more frequently ($p < 0.05$). Thus, comorbid mental disorders affected the main clinical-dynamic indicators of BAD and heightened the risk of patients’ suicidal behavior.

Keywords: bipolar affective disorder, comorbidity, clinical-dynamic features, suicidal risk, untimely diagnosis

Federal target program "Research and development in priority areas of development of Russia's scientific and technological complex for 2014-2020". Agreement on granting a subsidy as of October 23, 2017 No.14.601.21.0015 between the Ministry of Education and Science of the Russian Federation and Tomsk NRMC on conducting research project titled: Development of a forecast for the implementation of the priority of scientific and technological development defined in paragraph 20c "personalized medicine, high-tech health care and health saving technologies, including the rational use of medicines (primarily antibacterial)" Scientific and technological development strategy of the Russian Federation. The unique identifier of the project is RFMEFI60117X0015. The state agreement identifier is 0000000007417PE10002.

Источник финансирования: Федеральная целевая программа «Исследования и разработки по приоритетным направлениям развития научно-технологического комплекса России на 2014-2020 годы». Соглашение о предоставлении субсидии от 23.10.2017 г. № 14.601.21.0015 между Министерством образования и науки Российской Федерации и Томским НИМЦ, на выполнение научно-исследовательской работы по теме: «Разработка прогноза реализации приоритета научно-технологического развития, определенного пунктом 20в «Переход к персонализированной медицине, высокотехнологичному здравоохранению и технологиям здоровьесбережения, в том числе за счет рационального применения лекарственных препаратов (прежде всего антибактериальных)» Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации». Уникальный идентификатор работ (проекта) RFMEFI60117X0015. Идентификатор государственного соглашения 0000000007417PE10002.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Иванова С.А., Бохан Н.А. Суицидальное поведение больных биполярным аффективным расстройством при коморбидных психических заболеваниях. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 86-92. doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-86-92](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-86-92)

For citation: Vasileva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Ivanova S.A., Bokhan N.A. Suicidal behavior of patients suffering from bipolar affective disorder and comorbid mental diseases. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 86-92. (In Russ) doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-86-92](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-86-92)

УДК: 616.89-008

doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-92-98](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-92-98)

ТАБАКОКУРЕНИЕ И СУИЦИД (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

О.А. Суховская

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова», г. Санкт-Петербург, Россия

Контактная информация:

Суховская Ольга Анатольевна – доктор биологических наук (spin-код: 7835-0720, AuthorID: 446404 ORCID 0000-0003-2907-9376). Место работы и должность: руководитель центра ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России, руководитель отдела ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова». Адрес: Россия, г. Санкт-Петербург, Лиговский пр., 2-4. Телефон: (812) 775-75-55, электронный адрес: ktc01@mail.ru

Обзор литературы посвящен анализу данных о взаимосвязи табакокурения и суицида. Показано, что у курящих значительно чаще встречаются хронические соматические заболевания, психические расстройства, которые могут приводить к депрессии и способствовать суицидальным попыткам. С другой стороны, результаты исследований свидетельствуют, что активное курение связано с самоубийством и существует корреляция между большим числом выкуриваемых в день сигарет и более высокими рисками самоубийств. В многофакторных анализах было показано, что более длительная продолжительность табакокурения (≥ 41 года против ≤ 10 лет) связана с более высокими рисками суицида для мужчин (отношение шансов (OR) = 2,26). Отказ от курения, напротив, ассоциирован с более низкими рисками суицида (OR = 0,37), который снижается с увеличением продолжительности воздержания от табака. В большом популяционном исследовании на когорте 16282 пар близнецов в течение 35 лет было оценено влияние на риск самоубийства статуса и интенсивности табакокурения, семейного положения, занятости и социально-экономического статуса, наличие психических и сома-

тических заболеваний и была отмечена более высокая смертность от самоубийств среди курящих, чем у тех, кто отказался от потребления табака или никогда не курил. Наблюдаемая ассоциация связана не с условиями жизни, повышающими риск самоубийства и не с развитием заболеваний, обусловленных воздействием токсичных компонентов табачного дыма, при которых развиваются депрессивные расстройства, увеличивающие риски самоубийств. Хроническая интоксикация компонентами табачного дыма является дополнительным независимым фактором риска для самоубийства, влияние которого уменьшается при прекращении курения. В многоцентровом исследовании США и Финляндии была сделана попытка оценить вклад ТК в суицид вне зависимости от показателей диагностированной и не диагностированной депрессии, избыточного потребления алкоголя, использования антидепрессантов, безработицы, семейного положения и других демографических характеристик. Авторы считают, что курение увеличивает риск суицида в 2,5 раза. При курении отмечаются изменения серотонинергических сигнальных путей, нейротрофического фактора мозга (brain-derived neurotrophic factor – BDNF), который относится к нейротрофинам – веществам, стимулирующим и поддерживающим развитие нейронов. Обсуждается возможный патогенез влияния курения на суицидальные попытки: изменение синаптической активности и пластичности, серотонинергических сигнальных путей, нейротрофического фактора мозга, дофаминергических и глутаматергических нейротрансмиттерных систем.

Ключевые слова: суицид, табакокурение, дофамин, серотонин

В отечественной литературе табакокурение (ТК) обычно не рассматривается в числе независимых факторов риска суицида [1], однако суицидальное поведение может быть связано с личностными особенностями человека, его стрессоустойчивостью, импульсивностью и другими психологическими характеристиками [2]. Психологические особенности определяют и раннее приобщение к курению, выраженность никотиновой зависимости, шансы успешного отказа от ТК [3, 4].

У курильщиков отмечается более высокая распространённость хронических соматических заболеваний, психических расстройств, других видов зависимостей [5, 6]. Особенно часто курение встречается у больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ), раком лёгкого, туберкулёзом, шизофренией, депрессивными расстройствами [7, 8, 9]. Потребление психоактивных веществ чаще встречается у курящих пациентов (24,9% против 5,44%), включая злоупотребление алкоголем (20,4% против 4,3%), потребления наркотиков (13,5% против 2,6%) по сравнению с некурящими [10].

В свою очередь, наличие хронических заболеваний, психических расстройств повышают суицидальный риск [11, 12, 13]. В частности, в исследовании, проведённом в Англии в 1999-2011 гг., было показано, что повышенный риск суицидов был связан с эпилепсией (RR=2,9; 95% ДИ 2,8-2,9), астмой (1,8; 1,8-1,9), мигренью (1,8; 1,7-1,8), псориазом (1,6; 1,5-1,7), сахарным диабетом (1,6; 1,5-1,6), экземой (1,4; 1,3-1,5) и воспалительными полиартропатиями (1,4; 1,3-1,4). При этом при онкозаболеваниях (0,95; 0,93-0,97), врождённых пороках сердца (0,9; 0,8-0,9), язвенном колите (0,8; 0,7-0,8), серповидноклеточной анемии (0,7; 0,6-0,8) и синдроме Дауна (0,1; 0,1-0,2) риски были значительно ниже [14]. Есть работы, свидетельствующие о связи туберкулёза и суицида, ХОБЛ и суицида [15, 16].

В некоторых исследованиях отмечается, что связь между курением табака и самоубийством не зависит от сопутствующих психических заболеваний (например, депрессии) или чрезмерного употребления алкоголя [17, 18], в то время как другие авторы сообщают, что эта ассоциация связана с интенсивным употреблением алкоголя и наличием сопутствующей психиатрической патологии [19, 20]. Ещё совсем недавно высказывалось мнение, что связь между курением и самоубийством вызывает сомнения, поскольку не ясно, влияет ли курение на самоубийство посредством биологического эффекта курения, или наличие депрессии у пациентов делает отказ от курения более трудным и увеличивает риск самоубийства [21].

Однако последующие исследования показали, что активное ТК связано с самоубийством [22, 23, 24], и более высокое потребление сигарет связано с большим риском суицида, чем «лёгкое» ТК [22]. Наличие вероятной независимой связи между суицидом и курением показали результаты изучения данных национальной смертности в США в 1993 году [25]. В многофакторных анализах было показано, что более длительная продолжительность ТК (≥ 41 года против ≤ 10 лет) была связана с более высокими рисками суицида для мужчин (отношение шансов (OR)=2,26; 95% ДИ 1,30 - 3,93). Отказ от ТК был связан с более низкими рисками суицида (OR=0,37; 95% ДИ 0,25-0,55), а отказ от ТК с длительной продолжительностью абстиненции (≥ 11 лет против < 5 лет) был связан с ещё более низкими рисками самоубийств (OR=0,33; 95% ДИ 0,21-0,52).

В большом популяционном исследовании [26] на когорте 16282 пар близнецов в течение 35 лет было оценено влияние на риск самоубийства статуса и интенсивности ТК, семейного положения, занятости и социально-экономического статуса, наличие психических

и соматических заболеваний. У курящих была отмечена более высокая смертность от самоубийств, чем у тех, кто отказался от ТК или никогда не курил. Курящие с высоким потреблением сигарет имели значительно более высокий риск самоубийства ($OR=3,47$; 95% ДИ 2,31-5,22), чем курящие с низким потреблением сигарет ($OR=2,30$; 95% ДИ 1,61-3,23; $p=0,017$). В целом, у курящих по сравнению с не курящими, риск самоубийства повышался ($HR=2,56$; 95% ДИ 1,43-4,59). Эти оценки были получены с корректировкой на влияние других факторов (симптомов депрессии, потребления алкоголя и седативных средств) и с исключением лиц, у которых развилось серьёзное соматическое или психическое заболевание. В наблюдениях пар близнецов самоубийство было более вероятным (увеличение в 6 раз) у курящего ($OR=6,0$; 95% ДИ 2,06-23,8). Повышенный риск суицида при активном ТК зависел от числа выкуриваемых сигарет, в то время как курение в прошлом не приводило к соответствующей причинно - следственной связи. Эта ассоциация прослеживалась для всех возрастных групп. Таким образом, это исследование подтвердило выводы предыдущих, проведённых в когортах с более короткими периодами и меньшим количеством наблюдений [18, 22], что ТК является фактором риска суицида независимо от наличия психиатрического и соматического диагноза или вида лечения, то есть наблюдаемая ассоциация связана не с какими-либо условиями жизни, которые повышают риск самоубийства (низкий социальный статус, потеря работы и др.), или развитием заболеваний, обусловленных воздействием токсичных компонентов табачного дыма (рак легкого, ХОБЛ, сердечно-сосудистые заболевания и др.), при которых развиваются депрессивные расстройства, увеличивающие риски самоубийств.

Результаты исследований 43093 человек в возрасте 18 лет и старше [27] подтвердили гипотезу о том, что хроническая интоксикация компонентами табачного дыма является дополнительным независимым фактором риска для самоубийства, влияние которого уменьшается при прекращении курения. Курение увеличивало риск суицида независимо от других факторов риска в 1,41 раз для курящих (95% ДИ 1,28-1,55) и для бывших курильщиков – в 1,32 раз (95% ДИ 1,21-1,43).

Возможная биологическая взаимосвязь между курением табака и самоубийством представляется достаточно обоснованной. Данные нейрофизиологических исследований свидетельствуют о структурных и функциональных

нарушениях в системах вознаграждения мозга при хроническом употреблении табака [28, 29]. Эти нарушения проявляются в виде снижения контроля настроения, пессимизма, реактивных агрессивных признаков, чрезмерной реактивности на негативные социальные события, чрезмерной эмоциональной боли и суицидальных идей, приводящих к суицидальному поведению [29]. Никотиновая экспозиция изменяет синаптическую активность в стриатуме, миндалевидном теле и гиппокампе, что влияет на нейробиологические процессы, повышает импульсивность, снижает контроль и затрудняет принятие решений [28, 30, 31]. В экспериментальных моделях было обнаружено, что никотин значительно изменяет синаптическую пластичность в полосатом теле [31]. При курении отмечаются изменения серотонинергических сигнальных путей, нейротрофического фактора мозга (brain-derived neurotrophic factor – BDNF), который относится к нейротрофинам – веществам, стимулирующим и поддерживающим развитие нейронов. Наибольшая активность BDNF отмечается в гиппокампе, коре и в переднем мозге, то есть, тех отделах мозга, которые изменяются под воздействием ТК [32, 33]. Даже у подростков, которые курили кальян, наблюдались изменения BDNF, что может predispose к неблагоприятным последствиям для здоровья и поведенческим изменениям [34]. Кроме того, число выкуриваемых сигарет, тяжесть никотиновой зависимости и прекращение курения влияют на уровни экспрессии BDNF [35, 36, 37]. Таким образом, экспрессия BDNF в мозге регулируется системами нейротрансмиттеров, участвующих в использовании никотина.

Хроническое воздействие никотина достоверно снижает уровень серотонина и его метаболитов у животных. Также было показано более низкое содержание этого нейротрансмиттера у курящих и увеличение его при отказе от ТК [38], а снижение серотонина было связано с усилением враждебности, агрессии и увеличением числа самоубийств [39, 40]. У больных с депрессией отмечают более низкие показатели серотонина, а у курящих с психическими заболеваниями имеются большие проявления агрессии; у них чаще бывают суицидальные мысли и попытки самоубийства [41, 42]. Кроме того, при ТК организм курящего постоянно испытывает гипоксию, в результате которой развивается метаболический стресс и снижение синтеза серотонина [43]. Таким образом, снижение синтеза серотонина, связанного с гипоксией, является механизмом, который может

способствовать самоубийству в условиях, вызывающих гипоксию.

Хроническое воздействие никотина оказывает прямое воздействие на дофаминергические и глутаматергические нейротрансмиттерные системы, которые связаны с суицидом [28, 44]. Пониженная дофаминергическая активность также может быть причиной попыток суицида. Получены данные, что T-G-A2 гаплотип DRD2 рецептора дофамина чаще встречается у тех, кто предпринимал попытки суицида [45], а методом радиографии для определения активности транспортера дофамина (DAT), D1 и D2- рецепторов дофамина в дорсальном стриатуме показано, что существует дисбаланс в дофаминергическом рецепторе и экспрессии транспортера, связанный с самоубийством [46].

Основным ограничением ранее проведенных исследований по оценке риска суицида при ТК является невозможность полного разделения факторов, которые связаны с ТК и с самоубийством. В многоцентровом исследовании США и Финляндии [26] была сделана попытка оценить вклад ТК в суицид вне зависимости от показателей диагностированной и недиагностированной депрессии, избыточного потребления алкоголя, использования антидепрессантов, безработицы, семейного положения и других демографических характеристик. Авторы считают, что ТК увеличивает риск суицида в 2,5 раза [26].

Отказ от ТК по сравнению с продолжающимся ТК связан с понижением депрессии, беспокойства и стресса, а также с повышением положительного настроения и улучшением качества жизни. И эти эффекты по влиянию сравнимы с антидепрессантами [47].

Полученные результаты согласуются с сообщениями о том, что государственная политика, которая снижает уровень курения населения, связана со снижением числа самоубийств [46, 48], поддерживая причинно-следственную связь, но, возможно, что в этих географических районах существуют и социальные факторы, которые уменьшают риск самоубийства.

Заключение. Результаты большого числа исследований подтверждают гипотезу о том, что воздействие табачного дыма является независимым фактором повышения риска самоубийства, и снижение риска самоубийства является ещё одним преимуществом для здоровья от прекращения ТК. Дальнейшие исследования характера влияния ТК на риск самоубийств расширят наше понимание вреда ТК. Для снижения бремени смертности необходимы дальнейшие исследования для улучшения прогнозирования и выявления модифицируемых факторов риска самоубийства, в том числе и табакокурения, а также влияние различных методов помощи в отказе от потребления табака в зависимости от наличия депрессивных и тревожных симптомов [48, 49].

Литература:

1. Суициды в России и Европе / Под. ред. Б.С. Положего. М.: Издательство МИА, 2016. 212 с.
2. Куликов В.Д., Титова О.Н., Суховская О.А., Колпинская Н.Д. Особенности медико-психологического статуса при высокой степени никотиновой зависимости. *Медицинский альянс*. 2017; 3: 11-6.
3. Титова О.Н., Суховская О.А., Куликов В.Д., Колпинская Н.Д. Адаптационный потенциал курящих больных хронической обструктивной болезнью легких. *Тюменский медицинский журнал*. 2015; 17 (2): 48-51.
4. Титова О., Козырев А., Суховская О. Влияние различных факторов риска на течение и прогноз бронхиальной астмы. *Врач*. 2013; 6: 85-7.
5. Swarbrick M.A., Cook J.A., Razzano L.A., et al. Correlates of current smoking among adults served by the public mental health system. *J. Dual Diagn.* 2017; 13 (2): 82-90.
6. Perriot J., Underner M., Peiffer G., Dautzenberg B. Helping smoking cessation in COPD, asthma, lung cancer, operated smokers. *Rev. Pneumol. Clin.* 2018; 7: S0761-8417(18)30042-7. doi: 10.1016/j.pneumo.2018.03.008;
7. Wagnew F., Eshetie S., Alebel A., et al. Meta-analysis of the prevalence of tuberculosis in diabetic patients and its association with cigarette smoking in African and Asian countries. *BMC Res Notes*. 2018; 11 (1): 298. doi: 10.1186/s13104-018-3390-x
8. Amere G.A., Nayak P., Salindri A.D., et al. Contribution of smoking to tuberculosis incidence and mortality in high tuberculosis burden countries. *Am. J. Epidemiol.* 2018; Apr 7. doi: 10.1093/aje/kwy081
9. Manhapra A., Rosenheck R.J. Tobacco Use disorder among patients with smoking-related chronic medical disease: association

References:

1. Suicidy v Rossii i Evrope [Suicides in Russia and Europe] / Pod. red. B.S. Polozhego. M.: Izdatel'stvo MIA, 2016. 212 s. (In Russ)
2. Kulikov V.D., Titova O.N., Suhovskaja O.A., Kolpinskaja N.D. Osobennosti mediko-psihologicheskogo statusa pri vysokoj stepeni nikotinovoj zavisimosti [Features of medical and psychological status with a high degree of nicotine dependence]. *Medicinskij al'jans [Medical Alliance]*. 2017; 3: 11-6. (In Russ)
3. Titova O.N., Suhovskaja O.A., Kulikov V.D., Kolpinskaja N.D. Adaptacionnyj potencial kurjashhij bol'nyh hronicheskij obstruktivnoj bolezni'ju legkih [Adaptation potential of Smoking patients with chronic obstructive pulmonary disease]. *Tyumen Medical Journal*. 2015; 17 (2): 48-51. (In Russ)
4. Titova O., Kozyrev A., Suhovskaja O. Vlijanie razlichnyh faktorov riska na techenie i prognoz bronhial'noj astmy [Influence of various risk factors on the course and prognosis of bronchial asthma]. *Vrach [Doctor]*. 2013; 6: 85-7. (In Russ)
5. Swarbrick M.A., Cook J.A., Razzano L.A., et al. Correlates of current smoking among adults served by the public mental health system. *J. Dual Diagn.* 2017; 13 (2): 82-90.
6. Perriot J., Underner M., Peiffer G., Dautzenberg B. Helping smoking cessation in COPD, asthma, lung cancer, operated smokers. *Rev. Pneumol. Clin.* 2018; 7: S0761-8417(18)30042-7. doi: 10.1016/j.pneumo.2018.03.008;
7. Wagnew F., Eshetie S., Alebel A., et al. Meta-analysis of the prevalence of tuberculosis in diabetic patients and its association with cigarette smoking in African and Asian countries. *BMC Res Notes*. 2018; 11 (1): 298. doi: 10.1186/s13104-018-3390-x
8. Amere G.A., Nayak P., Salindri A.D., et al. Contribution of smoking to tuberculosis incidence and mortality in high tuberculosis burden countries. *Am. J. Epidemiol.* 2018; Apr 7. doi: 10.1093/aje/kwy081
9. Manhapra A., Rosenheck R.J. Tobacco Use disorder among patients with smoking-related chronic medical disease: association

- with comorbid substance use disorders. *Addict Med.* 2017; 11 (4): 293-9. doi: 10.1097/ADM.0000000000000311
10. Zhou L., Wang G., Jia C., Ma Z. Being left-behind, mental disorder, and elderly suicide in rural China: a case-control psychological autopsy study. *Psychol Med.* 2018; 25: 1-7.
 11. Isaac V., Wu C.Y., McLachlan C.S., Lee M.B. Associations between health-related self-efficacy and suicidality. *Psychiatry.* 2018; 18 (1): 126. doi: 10.1186/s12888-018-1705-z
 12. Park S., Lee Y., Youn T., Kim B.S., Park J.I., Kim H., Lee H.C., Hong J.P. Association between level of suicide risk, characteristics of suicide attempts, and mental disorders among suicide attempters. *BMC Public Health.* 2018; 18 (1): 477.
 13. Singhal A., Ross J., Seminog O., Hawton K., Goldacre M.J. Risk of self-harm and suicide in people with specific psychiatric and physical disorders: comparisons between disorders using English national record linkage. *J. R. Soc. Med.* 2014; 107 (5): 194-204.
 14. Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б. Самоубийства и смертность от туберкулеза в России: сравнительный анализ временных серий. *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова.* 2017; 4: 599-611.
 15. Fleehtart S., Fan V.S., Nguyen H.Q., et al. Prevalence and correlates of suicide ideation in patients with COPD: a mixed methods study. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* 2014; 10: 1321-9. doi: 10.2147/COPD.S65507
 16. Tanskanen A., Tuomilehto J., Viinamäki H., et al. Joint heavy use of alcohol, cigarettes and coffee and the risk of suicide. *Addiction.* 2000; 95 (11): 1699-704.
 17. Schneider B., Lukaschek K., Baumert J., et al. Living alone, obesity, and smoking increase risk for suicide independently of depressive mood findings from the population-based MONICA/KORA Augsburg cohort study. *Affect Disord.* 2014; 152-154: 416-21. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.007
 18. Hemmingsson T., Kriebel D. Smoking at age 18-20 and suicide during 26 years of follow-up-how can the association be explained? *Int. J. Epidemiol.* 2003; 32 (6): 1000-4.
 19. Holma K.M., Holma I., Ketokivi M., Oquendo M.A., Isometsä E. The relationship between smoking and suicidal behavior in psychiatric patients with major depressive disorder. *Arch Suicide Res.* 2018; 8: 1-23. doi: 10.1080/13811118.2018.1480986
 20. Smith D.D., Munafo M. Why Is There a Link Between Smoking and Suicide? *Psychiatric Service.* 2015; 66 (3): 331.
 21. Iwasaki M., Akechi T., Uchitomi Y., Tsugane S. Japan Public Health Center-based Prospective Study on Cancer and Cardiovascular Disease (JPHC study) Group. Cigarette smoking and completed suicide among middle-aged men: a population-based cohort study in Japan. *Ann. Epidemiol.* 2005; 15 (4): 286-92.
 22. Leone F.T., Schnoll R. Reframing the varenicline question: have anecdotes and emotional filters clouded our decision making? *Lancet Respir. Med.* 2015; 3 (10): 736-7.
 23. Korhonen T., Sihvola E., Latvala A., et al. Early-onset tobacco use and suicide-related behavior - A prospective study from adolescence to young adulthood. *Addict Behav.* 2018; 79: 32-8. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.12.008
 24. Balbuena L., Tempier R. Independent association of chronic smoking and abstinence with suicide. *Psychiatr Serv.* 2015; 66 (2): 186-92. doi: 10.1176/appi.ps.201300509
 25. Evins A.E., Korhonen T., Kinnunen T.H., Kaprio J. Prospective association between tobacco smoking and death by suicide: a competing risks hazard analysis in a large twin cohort with 35-year follow-up. *Psychol Med.* 2017; 47 (12): 2143-54.
 26. Covey L.S., Berlin I., Hu M.C., Hakes J.K. Smoking and suicidal behaviours in a sample of US adults with low mood: a retrospective analysis of longitudinal data. *BMJ Open.* 2012; 2 (3): e000876. doi: 10.1136/bmjopen-2012-000876
 27. Durazzo T.C., Meyerhoff D.J., Mon A., Abé C., Gazdzinski S., Murray D.E. Associated with decreased regional brain n-acetylaspartate and glutamate levels. Chronic cigarette smoking in healthy middle-aged individuals. *Biol Psychiatry.* 2016; 79 (6): 481-8. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.03.029
 28. van Heeringen K., Mann J.J. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry.* 2014; 1 (1): 63-72. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70220-2
 29. Kandel ER, Kandel DB. Shattuck Lecture. A molecular basis for nicotine as a gateway drug. *N. Engl. J. Med.* 2014; 371 (10): 932-43.
 30. Huang Y.Y., Kandel D.B., Kandel E.R., Levine A. Nicotine primes the effect of cocaine on the induction of LTP in the amygdala. *Neuropharmacology.* 2013; 74: 126-34. doi: 10.1016/j.neuropharm.2013.03.031
 31. Pandey G.N. Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disord.* 2013; 15 (5): 524-41. doi: 10.1111/bdi.12089
 32. Sonal A., Raghavan V. Brain derived neurotrophic factor (BDNF) and suicidal behavior: A review of studies from Asian countries. *Asian J. Psychiatr.* 2018; 33: 128-32.
 - with comorbid substance use disorders. *Addict Med.* 2017; 11 (4): 293-9. doi: 10.1097/ADM.0000000000000311
 10. Zhou L., Wang G., Jia C., Ma Z. Being left-behind, mental disorder, and elderly suicide in rural China: a case-control psychological autopsy study. *Psychol Med.* 2018; 25: 1-7.
 11. Isaac V., Wu C.Y., McLachlan C.S., Lee M.B. Associations between health-related self-efficacy and suicidality. *Psychiatry.* 2018; 18 (1): 126. doi: 10.1186/s12888-018-1705-z
 12. Park S., Lee Y., Youn T., Kim B.S., Park J.I., Kim H., Lee H.C., Hong J.P. Association between level of suicide risk, characteristics of suicide attempts, and mental disorders among suicide attempters. *BMC Public Health.* 2018; 18 (1): 477.
 13. Singhal A., Ross J., Seminog O., Hawton K., Goldacre M.J. Risk of self-harm and suicide in people with specific psychiatric and physical disorders: comparisons between disorders using English national record linkage. *J. R. Soc. Med.* 2014; 107 (5): 194-204.
 14. Razvodovsky Y.E., Zotov P.B. Suicide and tuberculosis mortality: a comparative analysis of time series. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald.* 2017; 4: 599-611. doi: 10.23888/PAVLOVJ20174599-611 (In Russ)
 15. Fleehtart S., Fan V.S., Nguyen H.Q., et al. Prevalence and correlates of suicide ideation in patients with COPD: a mixed methods study. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* 2014; 10: 1321-9. doi: 10.2147/COPD.S65507
 16. Tanskanen A., Tuomilehto J., Viinamäki H., et al. Joint heavy use of alcohol, cigarettes and coffee and the risk of suicide. *Addiction.* 2000; 95 (11): 1699-704.
 17. Schneider B., Lukaschek K., Baumert J., et al. Living alone, obesity, and smoking increase risk for suicide independently of depressive mood findings from the population-based MONICA/KORA Augsburg cohort study. *Affect Disord.* 2014; 152-154: 416-21. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.007
 18. Hemmingsson T., Kriebel D. Smoking at age 18-20 and suicide during 26 years of follow-up-how can the association be explained? *Int. J. Epidemiol.* 2003; 32 (6): 1000-4.
 19. Holma K.M., Holma I., Ketokivi M., Oquendo M.A., Isometsä E. The relationship between smoking and suicidal behavior in psychiatric patients with major depressive disorder. *Arch Suicide Res.* 2018; 8: 1-23. doi: 10.1080/13811118.2018.1480986
 20. Smith D.D., Munafo M. Why Is There a Link Between Smoking and Suicide? *Psychiatric Service.* 2015; 66 (3): 331.
 21. Iwasaki M., Akechi T., Uchitomi Y., Tsugane S. Japan Public Health Center-based Prospective Study on Cancer and Cardiovascular Disease (JPHC study) Group. Cigarette smoking and completed suicide among middle-aged men: a population-based cohort study in Japan. *Ann. Epidemiol.* 2005; 15 (4): 286-92.
 22. Leone F.T., Schnoll R. Reframing the varenicline question: have anecdotes and emotional filters clouded our decision making? *Lancet Respir. Med.* 2015; 3 (10): 736-7.
 23. Korhonen T., Sihvola E., Latvala A., et al. Early-onset tobacco use and suicide-related behavior - A prospective study from adolescence to young adulthood. *Addict Behav.* 2018; 79: 32-8. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.12.008
 24. Balbuena L., Tempier R. Independent association of chronic smoking and abstinence with suicide. *Psychiatr Serv.* 2015; 66 (2): 186-92. doi: 10.1176/appi.ps.201300509
 25. Evins A.E., Korhonen T., Kinnunen T.H., Kaprio J. Prospective association between tobacco smoking and death by suicide: a competing risks hazard analysis in a large twin cohort with 35-year follow-up. *Psychol Med.* 2017; 47 (12): 2143-54.
 26. Covey L.S., Berlin I., Hu M.C., Hakes J.K. Smoking and suicidal behaviours in a sample of US adults with low mood: a retrospective analysis of longitudinal data. *BMJ Open.* 2012; 2 (3): e000876. doi: 10.1136/bmjopen-2012-000876
 27. Durazzo T.C., Meyerhoff D.J., Mon A., Abé C., Gazdzinski S., Murray D.E. Associated with decreased regional brain n-acetylaspartate and glutamate levels. Chronic cigarette smoking in healthy middle-aged individuals. *Biol Psychiatry.* 2016; 79 (6): 481-8. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.03.029
 28. van Heeringen K., Mann J.J. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry.* 2014; 1 (1): 63-72. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70220-2
 29. Kandel ER, Kandel DB. Shattuck Lecture. A molecular basis for nicotine as a gateway drug. *N. Engl. J. Med.* 2014; 371 (10): 932-43.
 30. Huang Y.Y., Kandel D.B., Kandel E.R., Levine A. Nicotine primes the effect of cocaine on the induction of LTP in the amygdala. *Neuropharmacology.* 2013; 74: 126-34. doi: 10.1016/j.neuropharm.2013.03.031
 31. Pandey G.N. Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disord.* 2013; 15 (5): 524-41. doi: 10.1111/bdi.12089
 32. Sonal A., Raghavan V. Brain derived neurotrophic factor (BDNF) and suicidal behavior: A review of studies from Asian countries. *Asian J. Psychiatr.* 2018; 33: 128-32.

33. Alomari M.A., Al-Sheyab N.A., Khabour O.F., Alzoubi K.H. Brain-derived neurotrophic factor in adolescents smoking water-pipe: The Irbid TRY. *Int. J. Dev. Neurosci.* 2018; 67: 14-8.
34. Neves C.D., Lacerda A.C.R., Lima L.P., et al. Different levels of brain-derived neurotrophic factor and cortisol in healthy heavy smokers. *Braz. J. Med. Biol. Res.* 2017; 50 (12): e6424.
35. Jamal M., Van der Does W., Elzinga B.M., et al. Association between smoking, nicotine dependence, and BDNF Val66Met polymorphism with BDNF concentrations in serum. *Nicotine Tob. Res.* 2015; 17 (3): 323-9. doi: 10.1093/ntr/ntu151
36. Zhang X.Y., Tan Y.L., Chen D.C., Tan S.P., Yang F.D., Zunta-Soares G.B., Soares J.C. Effects of cigarette smoking and alcohol use on neurocognition and BDNF levels in a Chinese population. *Psychopharmacology (Berl.)*. 2016; 233 (3): 435-45. doi: 10.1007/s00213-015-4124-6
37. Quaak M., van Schayck C.P., Postma D.S., et al. Genetic variants in the serotonin transporter influence the efficacy of bupropion and nortriptyline in smoking cessation. *Addiction*. 2012; 107 (1): 178-87. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03534.x
38. Picouto MD, Villar F, Braquehais MD. The role of serotonin in adolescent suicide: theoretical, methodological, and clinical concerns. *Int. J. Adolesc Med. Health.* 2015; 27 (2): 129-33. doi: 10.1515/ijamh-2015-5003
39. Atan Y., Akbaba M., Kul S., et al. Does the serotonin receptor gene (rs6313 and rs6314) polymorphism have a role in suicidal attempts? *J. Forensic Leg. Med.* 2018; 56: 32-6.
40. Ottenhof K.W., Sild M., Lévesque M.L., Ruhé H.G., Booij L. TPH2 polymorphisms across the spectrum of psychiatric morbidity: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018; 19 (92): 29-42.
41. Song M.F., Dong J.Z., Wang Y.W., et al. CSF miR-16 is decreased in major depression patients and its neutralization in rats induces depression-like behaviors via a serotonin transmitter system. *J. Affect. Disord.* 2015; 178: 25-31.
42. Young S.N. Elevated incidence of suicide in people living at altitude, smokers and patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma: possible role of hypoxia causing decreased serotonin synthesis. *J. Psychiatry Neurosci.* 2013; 38 (6): 423-6. doi: 10.1503/jpn.130002
43. Oquendo M.A., Sullivan G.M., Sudol K., et al. Toward a biosignature for suicide. *Am. J. Psychiatry.* 2014; 171 (12): 1259-77. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14020194
44. Jasiewicz A., Samochowiec A., Samochowiec J., et al. Suicidal behavior and haplotypes of the dopamine receptor gene (DRD2) and ANKK1 gene polymorphisms in patients with alcohol dependence-preliminary report. *PLoS One.* 2014; 9 (11): e111798. doi: 10.1371/journal.pone.0111798
45. Fitzgerald M.L., Kassir S.A., Underwood M.D., et al. Dysregulation of striatal dopamine receptor binding in suicide. *Neuropsychopharmacology.* 2017; 42 (4): 974-82.
46. Taylor G., McNeill A., Girling A., et al. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014; 348: g1151. doi: 10.1136/bmj.g1151
47. Gruzca R.A., Plunk A.D., Krauss M.J., et al. Probing the smoking-suicide association: do smoking policy interventions affect suicide risk? *Nicotine Tob Res.* 2014; 16 (11): 1487-94.
48. Franklin J.C., Ribeiro J.D., Fox K.R. et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017; 143 (2): 187-232.
49. Суховская О.А. Помощь при отказе от курения. *Доктор.Ру.* 2010; 6 (57): 41-4.
33. Alomari M.A., Al-Sheyab N.A., Khabour O.F., Alzoubi K.H. Brain-derived neurotrophic factor in adolescents smoking water-pipe: The Irbid TRY. *Int. J. Dev. Neurosci.* 2018; 67: 14-8.
34. Neves C.D., Lacerda A.C.R., Lima L.P., et al. Different levels of brain-derived neurotrophic factor and cortisol in healthy heavy smokers. *Braz. J. Med. Biol. Res.* 2017; 50 (12): e6424.
35. Jamal M., Van der Does W., Elzinga B.M., et al. Association between smoking, nicotine dependence, and BDNF Val66Met polymorphism with BDNF concentrations in serum. *Nicotine Tob. Res.* 2015; 17 (3): 323-9. doi: 10.1093/ntr/ntu151
36. Zhang X.Y., Tan Y.L., Chen D.C., Tan S.P., Yang F.D., Zunta-Soares G.B., Soares J.C. Effects of cigarette smoking and alcohol use on neurocognition and BDNF levels in a Chinese population. *Psychopharmacology (Berl.)*. 2016; 233 (3): 435-45. doi: 10.1007/s00213-015-4124-6
37. Quaak M., van Schayck C.P., Postma D.S., et al. Genetic variants in the serotonin transporter influence the efficacy of bupropion and nortriptyline in smoking cessation. *Addiction*. 2012; 107 (1): 178-87. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03534.x
38. Picouto MD, Villar F, Braquehais MD. The role of serotonin in adolescent suicide: theoretical, methodological, and clinical concerns. *Int. J. Adolesc Med. Health.* 2015; 27 (2): 129-33. doi: 10.1515/ijamh-2015-5003
39. Atan Y., Akbaba M., Kul S., et al. Does the serotonin receptor gene (rs6313 and rs6314) polymorphism have a role in suicidal attempts? *J. Forensic Leg. Med.* 2018; 56: 32-6.
40. Ottenhof K.W., Sild M., Lévesque M.L., Ruhé H.G., Booij L. TPH2 polymorphisms across the spectrum of psychiatric morbidity: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018; 19 (92): 29-42.
41. Song M.F., Dong J.Z., Wang Y.W., et al. CSF miR-16 is decreased in major depression patients and its neutralization in rats induces depression-like behaviors via a serotonin transmitter system. *J. Affect. Disord.* 2015; 178: 25-31.
42. Young S.N. Elevated incidence of suicide in people living at altitude, smokers and patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma: possible role of hypoxia causing decreased serotonin synthesis. *J. Psychiatry Neurosci.* 2013; 38 (6): 423-6. doi: 10.1503/jpn.130002
43. Oquendo M.A., Sullivan G.M., Sudol K., et al. Toward a biosignature for suicide. *Am. J. Psychiatry.* 2014; 171 (12): 1259-77. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14020194
44. Jasiewicz A., Samochowiec A., Samochowiec J., et al. Suicidal behavior and haplotypes of the dopamine receptor gene (DRD2) and ANKK1 gene polymorphisms in patients with alcohol dependence-preliminary report. *PLoS One.* 2014; 9 (11): e111798. doi: 10.1371/journal.pone.0111798
45. Fitzgerald M.L., Kassir S.A., Underwood M.D., et al. Dysregulation of striatal dopamine receptor binding in suicide. *Neuropsychopharmacology.* 2017; 42 (4): 974-82.
46. Taylor G., McNeill A., Girling A., et al. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014; 348: g1151. doi: 10.1136/bmj.g1151
47. Gruzca R.A., Plunk A.D., Krauss M.J., et al. Probing the smoking-suicide association: do smoking policy interventions affect suicide risk? *Nicotine Tob Res.* 2014; 16 (11): 1487-94.
48. Franklin J.C., Ribeiro J.D., Fox K.R. et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017; 143 (2): 187-232.
49. Суховская О.А. Помощь при отказе от курения. *Доктор.Ру.* 2010; 6 (57): 41-4. (In Russ)

SMOKING AND SUICIDE. REVIEW

O.A. Sukhovskaya

St. Petersburg Scientific Research Institute of Phthiopulmonology of the Russian Ministry of Health, Russia
First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia; ktc01@mail.ru

Abstract: The review is devoted to the analysis of data on the relationship between smoking and suicide. It is shown that smokers are much more likely to have chronic physical illnesses, mental disorders that can lead to depression and contribute to suicidal attempts. On the other hand, research results indicate that active smoking is associated with suicide and there is a correlation between a larger number of cigarettes smoked per day and higher suicide risks. In multivariate analyzes it was shown that a longer duration of smoking (≥ 41 years vs. ≤ 10 years) was associated with higher suicide risks for men (odds ratio (OR) = 2.26). Quitting smoking was associated with lower suicide risks (OR = 0.37), which decreased with an increase in the duration of abstinence from tobacco. In a large population-based study on a cohort of 16,282 pairs of twins for 35 years, the impact on the suicide risk of the status and intensity of smoking, marital status, employment and socioeconomic status, the presence of mental and physical illnesses and a higher death rate from suicides among smokers, than those who refused to use tobacco or never smoked. The observed association is

not associated with living conditions that increase the risk of suicide and not with the development of diseases caused by exposure to toxic components of tobacco smoke, in which depressive disorders that increase the risk of suicide develop. Chronic intoxication with components of tobacco smoke is an additional independent risk factor for suicide, the effect of which decreases with smoking cessation. In a multicenter study of the United States and Finland, an attempt was made to assess the contribution of TC to suicide, regardless of the indices of diagnosed and undiagnosed depression, excessive alcohol consumption, use of antidepressants, unemployment, marital status and other demographic characteristics. The authors believe that smoking increases the risk of suicide by 2.5 times. Smoking changes the changes in serotonergic signaling pathways, brain-derived neurotrophic factor (BDNF), which refers to neurotrophins – substances that stimulate and support the development of neurons. Possible pathogenesis of the effect of smoking on suicidal attempts is discussed: changes in synaptic activity and plasticity, serotonergic signaling pathways, neurotrophic brain factor, dopaminergic and glutamatergic neurotransmitter systems.

Keywords: suicide, smoking, dopamine, serotonin

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Суховская О.А. Табакокурение и суицид (обзор литературы). *Суицидология*. 2018; 9 (3): 92-98.
doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-92-98](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-92-98)

For citation: Sukhovskaya O.A. Smoking and suicide. Review. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 92-98. (In Russ)
doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-92-98](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-92-98)

УДК: 616.89-008.441.44

doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-98-103](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-98-103)

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ФАНТАЗИИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ

В.И. Крылов, К.Ю. Ретюнский, П.Б. Зотов

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

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

Контактная информация:

Крылов Владимир Иванович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1990-3313; AuthorID: 108602). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсами медицинской психологии и психосоматической медицины ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 197022, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8. Телефон: (812) 338-78-95, электронный адрес: krylov2056@mail.ru

Ретюнский Константин Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1509-4197; AuthorID: 420536). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 620028, Россия, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3. Телефон: (343) 214-86-71, электронный адрес: retiunsk@mail.ru

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: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Воображение относится к познавательным психическим процессам, форме отражения действительности, способной преобразовать существующие представления для создания новых образов. Активное воображение определяет произвольное возникновение фантазий, образов воображения, несуществующих в реальности в данный момент. Эмоции обуславливают образы воображения вне учёта реальности и критического контроля. Когнитивный компонент восстанавливает критический контроль мышления с учётом объективной реальности. Фантазирование рассматривается в качестве одного из механизмов «примитивной» психологической защиты, позволяющей ослабить эмоциональное напряжение вследствие внешних и внутренних конфликтов при утрате связи конструкций воображения с реальностью. Угнетённое настроение с сужением диапазона аффективного реагирования при депрессивных состояниях обеспечивает развитие суицидальных фантазий. Напротив, содержание фантазий может изменять эмоциональное состояние. Важным представляется вопрос о соотношении терминов «суицидальные мысли» и «суицидальные фантазии». «Суицидальные мысли» определяются как «представления (мысли) на тему своей смерти, неоформленные в осознанное желание лишения себя жизни», а «суицидальные фантазии как представления о возможном разрешении психотравмирующей с помощью собственной смерти, самоубийства без чёткого осознания и характера самопроизвольной суици-

дальной активности» (без желания лишиться себя жизни). Разграничение суицидальных мыслей и фантазий, а также оценка содержания и психопатологических особенностей фантазий имеет существенное значение для определения степени суицидального риска. В статье представлена классификация суицидальных фантазий на основании содержания, степени выраженности, устойчивости, зависимости от уровня и психопатологической структуры депрессии, особенностей жизненной ситуации. Феноменологический анализ переживаний больных с депрессиями позволяет выделить варианты суицидальных фантазий: фантазии, отражающие планируемые суицидные действия и фантазии, отражающие предполагаемую реакцию окружающих на суицидные действия. Суицидальные фантазии различаются в зависимости от степени тяжести депрессивных состояний и представлены широким диапазоном проявлений: от относительно неглубоких депрессий невротического и субпсихотического уровня. Дальнейшее изучение суицидальных фантазий у больных с депрессивными состояниями обусловлено необходимостью разработки методик психотерапевтического воздействия, основанного на клинико-психологическом анализе фантазий больных с депрессиями. Как следствие, возникает перспектива повышения эффективности превентивных и лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: суицидальные мысли и фантазии, определение, классификация

Психопатология воображения – один из наименее разработанных разделов семиотики психических расстройств. Воображение является познавательным психическим процессом преобразования существующих образов представлений и создание на этой основе новых образов. Как и другие психические процессы, воображение представляет собой одну из форм отражения действительности.

Неопределённое положение воображения в систематике психических процессов отражает условность разделения психической деятельности на отдельные компоненты. Согласно одной из точек зрения, воображение рассматривается в качестве самостоятельного психического процесса [1, 2, 3]. Согласно другой, воображение отождествляется с другими психическими процессами, и рассматривается как особая форма образного мышления или образной памяти [2, 3].

Образы воображения субъективны и не отчуждаемы, то есть принадлежат конкретному человеку и не существуют вне его сознания. Переживание воображаемого объекта сопровождается «осознанием его небытия во внешнем по отношению к сознанию индивида мире» [1, 2].

Традиционно принято выделять активное и пассивное воображение. Пассивное воображение характеризуется произвольностью, непреднамеренностью возникновения образов. Активное воображение, напротив, определяет произвольное, преднамеренное возникновение образов. Процесс воображения может быть продуктивным и репродуктивным. Репродуктивное воображение воспроизводит образы уже пережитых ранее процессов и явлений, создаёт «несуществующий образ реально существующего предмета». Продуктивное воображение формирует образы ранее не воспринимавшихся объектов и явлений.

Продуктом активного воображения являются фантазии. Под фантазиями в психологии по-

нимают образы воображения, которые не существуют и не могут быть созданы в реальности в данный момент. В фантазиях может преобладать эмоциональный или когнитивный компоненты. В первом случае образы воображения не подчиняются критическому контролю мышления, не учитывают реальность. Фантазии становятся своеобразной «дымовой завесой», скрывающей действительность. Во втором случае критический контроль мышления сохранён, фантазии «учитывают закономерности и тенденции развития объективной реальности» [2].

Фантазирование рассматривается в качестве одного из механизмов психологической защиты. Фантазии обеспечивают ослабление эмоционального напряжения, вызванного внешними и внутренними конфликтами. Основанием для отнесения фантазирования к «незрелой», «примитивной» защите является недостаточная связь продуктов воображения с «принципом реальности», «недостаточный учёт отделённости и константности объектов, находящихся вне собственного «я» [4].

Важнейшей характеристикой эмоций является их субъективный характер. Эмоции отражают предметы и явления не сами по себе, а в их отношении к субъекту. Это означает, что эмоции определяются как особенностями внешней по отношению к субъекту ситуации, так и внутренними потребностями субъекта. Проявлением субъективного характера эмоционального реагирования является возможность одних и тех же событий вызывать различные, иногда полярные эмоции.

Между эмоциями и воображением существует прямая и обратная связь. С одной стороны, эмоциональное состояние определяет содержание фантазий. Угнетённое настроение с сужением диапазона аффективного реагирования при депрессивных состояниях обеспечивает развитие суицидальных фантазий. С другой стороны, содержание фантазий может изменять эмоциональное состояние. Фантазии, в содержании

которых находят отражение желаемые представления при депрессивных состояниях невротического уровня, позволяют отвлечься от болезненных переживаний и способствуют улучшению настроения. Наличие выраженных и стойких суицидальных тенденций одна из причин, определяющих общемедицинское и социальное значение проблемы депрессий.

В работах отечественных психологов и психиатров наиболее часто используется концепция суицидального поведения, представленная в работах Г.А. Амбрумовой и В.А. Тихоненко. Так, под суицидальным поведением понимаются «внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни» [5]. К внутренним формам суицидального поведения относят антивитальные переживания, пассивные суицидальные мысли в виде представлений и фантазий, а также активные формы проявлений суицидальности в виде замыслов и намерений. Антивитальные переживания представляют собой общие абстрактные размышления об отсутствии ценности жизни, бессмысленности существования. Они находят отражение в следующих формулировках: «жизнь не имеет смысла», «не жизнь, а существование». При этом убежденность в целесообразности и желательности собственной смерти отсутствует.

Традиционное определение суицидальных фантазий сводится к *представлениям на тему собственной смерти, но без желания лишить себя жизни*. Позицию больного с суицидальными фантазиями отражают высказывания «моя жизнь ничего не стоит», «для меня лучше смерть, чем такая жизнь». Различие рассматриваемых феноменов заключается в том, что при суицидальных фантазиях вопрос жизни и смерти воспринимается не в общем абстрактном, а в конкретном индивидуально-личностном смысле.

Актуальным является и вопрос о соотношении терминов «суицидальные мысли» и «суицидальные фантазии». В глоссарии суицидологических терминов «суицидальные мысли» определяются как «представления (мысли) на тему своей смерти, неоформленные в осознанное желание лишения себя жизни», а «суицидальные фантазии как представления о возможном разрешении психотравмирующей с помощью собственной смерти, самоубийства без четкого осознания и характера самопроизвольной суицидальной активности» [6, 7].

Из приведенных определений следует, что термины суицидальные мысли и суицидальные фантазии рассматриваются как близкие, но не

идентичные понятия. Представленные дефиниции дают основания для двух подходов к толкованию терминов. Первый подход предполагает рассмотрение суицидальных фантазий в качестве частного варианта суицидальных мыслей. Иначе говоря, суицидальные мысли могут принимать форму как абстрактно-логических, так и наглядно-чувственных образов-представлений.

Второй подход предполагает противопоставление суицидальных мыслей и суицидальных фантазий. Согласно данной точке зрения, к суицидальным мыслям следует относить только категории абстрактно-логического познания-понятия, суждения, умозаключения, а к суицидальным фантазиям – категории, имеющие отношение к чувственному наглядно-образному познанию.

Существующие различия во взглядах во многом связаны с многозначностью термина «представление». Важно отметить, что не всякое представление является продуктом воображения. Наряду с образами или представлениями воображения существуют образы или представления памяти. Кроме того, включение чувственных образов в процесс мышления приводит к появлению у представлений свойств, присущих категориям, имеющим отношение к процессу мышления. В связи с этим, в литературе термины понятие и представления нередко используются как синонимы.

В работах психиатров и психологов когнитивной ориентации абстрактно-логические понятия обозначаются термином вербальные мысли, а наглядно-образные представления, в том числе, фантазии определяются термином ментальные или мысленные образы. При этом суицидальные переживания могут принимать форму как вербальных мыслей, так и ментальных образов.

Разграничение суицидальных мыслей и фантазий имеет существенное значение для определения степени суицидального риска. Появление чувственно окрашенных, детально проработанных суицидальных фантазий при депрессии указывает на высокую вероятность совершения больными суицида [4].

Оценка содержания и психопатологических особенностей фантазий имеет существенное значение для оценки степени суицидального риска. С одной стороны, фантазирование, снижая уровень эмоционального напряжения, может уменьшать вероятность совершения суицидальных действий, с другой, проигрывание в воображении планируемых действий может способствовать принятию решения об их реализации.

Суицидальные фантазии рассматриваются в качестве основного компонента пресуицидального синдрома. Классическое описание пресуицидального синдрома включает триаду признаков:

1. Ограничение контактов с окружающими.
2. Усиление агрессивности с инверсией агрессивных побуждений.
3. Суицидальные фантазии, возникающие вначале активно, затем спонтанно [8].

В качестве одной из составляющих синдрома пресуицидальной невовлечённости наряду с обвинениями в собственном адрес и адрес окружающих, переживанием одиночества выделяет «фантазирование о ситуации, которая должна сложиться после самоубийства» [4].

В описании К.П. Кискера и соавт. пресуицидальный синдром характеризуется тремя основными признаками:

1. Чувством одиночества, безысходности, бессмысленности существования.
2. Проявлениями ауто- и гетероагрессии («упреки в адрес окружающих соединяются с болезненным самоотречением»).
3. Бегством в мир фантазий.

При этом, по мнению авторов в фантазиях находит отражение «садомазохистское переживание последствий ситуации» [4].

В.В. Нечипоренко и В.К. Шамрей в структуре пресуицидального синдрома выделяют облигатные и факультативные признаки [6]. Под облигатными компонентами синдрома понимаются «универсальные симптомы», которые «являются общими для всех суицидентов». К числу облигатных относят суицидальные мысли, имеющие характер представлений, фантазий на тему собственной смерти.

На основании феноменологического анализа переживаний больных с депрессиями могут быть выделены следующие варианты суицидальных фантазий.

Фантазии, отражающие планируемые суицидные действия (отвечающие на вопрос, что нужно сделать для того чтобы умереть?)

Воображение рисует яркие образные картины самоповешения, отравления, падения с высоты, гибели в катастрофе. В фантазиях проигрываются необходимые подготовительные действия, идёт целенаправленный поиск подходящего способа самоубийства, благоприятных условий и времени для совершения суицида.

Чем выше степень содержательной проработки планируемых действий в фантазиях, тем выше степень суицидального риска. Если суи-

цидальный план продуман лишь в общих чертах, риск реализации суицидальных фантазий меньше, чем в тех случаях, когда суицидальный план проработан в деталях.

Фантазии, отражающие предполагаемую реакцию окружающих на суицидные действия (отвечающие на вопрос что будет, когда я умру?)

Сюжет фантазирования отражает реакцию ближайшего окружения на сообщение о смерти. Воображение рисует сцены траурных мероприятий: поминок, похорон. Ситуация прощания проигрывается в мельчайших подробностях. В похоронах участвуют родные и близкие, друзья, коллеги по работе. Все присутствующие на церемонии одеты в траурные одежды. Выступающие произносят покаянные речи, говорят о предвзятом, несправедливом отношении к больному.

Существенное значение для оценки степени суицидального риска имеет эмоциональная окраска фантазий. У большинства больных появление образов воображения сопровождается нарастанием тревоги, углублением депрессивного сдвига настроения. Реже фантазирование вызывает чувство облегчения, ослабление тревоги.

Содержание фантазий обычно свидетельствует о двойственном отношении больных к вопросам жизни и смерти. Как правило, одновременно присутствует готовность совершить самоубийство и желание спасительного постороннего вмешательства.

В большинстве случаев больные сами не сообщают о фантазировании, даже в случае непроизвольного, насильственного возникновения образов. Для выявления суицидальных фантазий необходим активный направленный расспрос. Изменение тематики фантазирования с появлением сюжетов, не связанных с проблемами жизни и смерти, указывает на благоприятное изменение в состоянии больного.

Суицидальные фантазии могут иметь различную степень выраженности и устойчивости в зависимости от уровня и психопатологической структуры депрессии, а также особенностей жизненной ситуации. Чаще всего суицидальные фантазии появляются при относительно неглубоких депрессивных состояниях невротического и субпсихотического уровня.

Суицидальное поведение больных с депрессиями невротического уровня представляет собой результат личностной переработки конфликтных переживаний. Суицидальные действия становятся для больного способом «разрешения» конфликта. Депрессивные

нарушения выступают в качестве предрасполагающего и способствующего фактора, создающего условия для формирования внутриличностных и межличностных конфликтов.

При депрессиях невротического уровня суицидальные фантазии окрашены чувством обиды, несправедливости, жалости к самому себе. Эгоцентрическая направленность вектора переживаний определяет сюжеты фантазий. В представлениях больных поведение лиц, вовлечённых в конфликтные отношения, свидетельствует об их раскаянии, сожалении. Фантазии аутоагрессивного содержания чередуются с фантазиями с гетероагрессивным сюжетом. В воображении проигрываются способы мести, агрессивных действий по отношению к обидчику.

В содержании фантазий находит отражение личностный смысл планируемых суицидальных действий. Желание получить помощь от окружающих часто окрашивает сюжет фантазий (суицид как призыв помощи). Родные, друзья, узнав о планах больного, своим участием предотвращают неблагоприятное развитие ситуации, помогают в разрешении проблем.

Личностный смысл суицидальных намерений может являться своеобразной формой протеста против «несправедливого» отношения окружающих (суицид как протест). В фантазиях больного проигрывается такое развитие ситуации, при котором лица, вовлечённые в конфликт, меняют свое отношение к больному.

Наконец, желание досадить, отомстить лицам, вовлечённым в конфликтные отношения, также может определять личностный смысл планируемого суицида («суицид как месть»). В этом случае в содержании фантазий проигрывается ситуация, складывающаяся после совершения планируемого суицида. «Недоброжелатели» испытывают чувство вины, раскаяния, угрызения совести в связи с «доведением» больного до самоубийства.

Увеличение удельного веса тревожного компонента в структуре гипотимного аффекта сопровождается изменением содержания и направленности переживаний. Переживание внешней угрозы находит отражение в фабуле вымыслов. Образы воображения приобретают новую таинственную окраску, выражают гнетущую, неопределённую угрозу, калейдоскопически сменяют друг друга.

Формирование сверхценных идей малоценности, безысходности, бесперспективности находит отражение в сюжетах фантазирования. Убежденность в собственной несостоятельности, неверие в возможность изменения ситуа-

ции к лучшему лежит в основе стремления больных к добровольному уходу из жизни. Личностный смысл планируемого суицида освобождение близких от лишних забот и нагрузок (суицид как избегание). В содержании фантазий обыгрываются жизненные ситуации, выявляющие «беспомощность», «ненужность», «никчемность» больных.

Суицидальное поведение при депрессиях часто связано с субъективной непереносимостью, тягостностью деперсонализационных нарушений. Фантазирование наблюдается в случаях парциальной ауто- и соматопсихической деперсонализации. При тяжелых депрессиях с тотальной деперсонализацией выпадение образного компонента основных психических процессов является препятствием для произвольного фантазирования. При ослаблении и утрате образного компонента мышления и памяти, аффективного резонанса отказ от неполноценного существования выражает личностный смысл планируемого суицида (суицид как избегание).

По мере утяжеления депрессивного состояния произвольные фантазии приобретают навязчивый либо овладевающий характер. При навязчивом фантазировании образы воображения возникают произвольно, помимо воли и желания больного. Попытки подавить, избавиться от возникающих образов не дают результата. Особенностью навязчивых фантазий при депрессиях является избирательность критического отношения к болезненным нарушениям. Понимание болезненного характера утраты контроля за содержанием переживаний сочетается с отсутствием критики к их содержанию.

При овладевающем фантазировании критическое отношение к образам воображения полностью утрачивается. Трансформация навязчивых фантазий в овладевающие свидетельствует об утяжелении депрессии.

При тяжелых депрессиях психотического уровня фантазии замещаются бредовыми депрессивными идеями. Суицидальные замыслы и намерения продиктованы первичным чувством вины, идеями самоуничтожения и самообвинения. Уход из жизни, по мнению больных, является «заслуженным наказанием» за «недостойное поведение». Самоубийство рассматривается как единственная возможность «искупления греха».

Таким образом, следует отметить необходимость дальнейшего изучения суицидальных фантазий у больных с депрессивными состояниями. Направленное психотерапевтическое воздействие, основанное на клинико - психоло-

гическом анализе фантазий больных с депрессиями, может способствовать повышению эф-

фективности превентивных и лечебно - реабилитационных мероприятий [9].

Литература:

1. Маклаков, А.Г. Общая психология. СПб.: Питер, 2001. 592 с.
2. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2002. 720 с.
3. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. СПб., 3-е изд., испр. и доп.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. 880 с.
4. Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Г.К. и соавт. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. М.: Алетейя, 1999. 504 с.
5. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения / Методические рекомендации. М., 1980. 55 с.
6. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики. СПб.: ВМА, 2007. 528 с.
7. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1978. С. 59-73.
8. Ringel E. The presuicidal syndrome. *Suicide and life-threatening behavior*. 1976; 3: 131-49.
9. Зотов П.Б. Акцентный подход в психокоррекционной работе с суицидентами. *Научный форум. Сибирь*. 2017; 3 (1): 79-80.

References:

1. Maklakov, A.G. Obshhaja psihologija [General psychology]. SPb.: Piter, 2001. 592 s. (In Russ)
2. Rubinshtejn, S.L. Osnovy obshhej psihologii [Basics of General psychology]. SPb.: Piter, 2002. 720 s. (In Russ)
3. Sidorov P.I., Parnjakov A.V. Klinicheskaja psihologija: uchebnik [Clinical psychology: textbook]. SPb., 3-e izd., ispr. i dop.: GJeOTAR- Media, 2010. 880 s. (In Russ)
4. Kisker K.P. Frajberger G., Roze G.K. i soavt. Psihijatrija. Psihosomatika. Psihoterapija [Psychiatry. Psychosomatics. Psychotherapy]. M.: Aleteja, 1999. 504 s. (In Russ)
5. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija [Diagnosis of suicidal behavior] / Metodicheskie rekomendacii. M., 1980. 55 s. (In Russ)
6. Nechiporenko V.V., Shamrej V.K. Suicidologija: voprosy kliniki, diagnostiki i profilaktiki [Suicide: clinical issues, diagnosis and prevention]. SPb.: VMA, 2007. 528 s. (In Russ)
7. Tihonenko V.A. Klassifikacija suicidal'nyh pojavlenij [Classification of suicidal manifestations] // Trudy Moskovskogo NII psihijatrii MZ RSFSR. M., 1978. S. 59-73. (In Russ)
8. Ringel E. The presuicidal syndrome. *Suicide and life-threatening behavior*. 1976; 3: 131-49.
9. Zotov P.B. Accentual approach to psycho-correction work with the suicides. *Scientific forum. Siberia*. 2017; 3 (1): 79-80. (In Russ)

SUICIDAL FANTASIES IN DEPRESSIVE CONDITIONS

V.I. Krylov¹, K.Yu. Retyunskiy², P.B. Zotov³

¹First Pavlov State Medical University of St. Petersburg, Russia, krylov2056@mail.ru

²Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia, retiunsk@mail.ru

³Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia, note72@yandex.ru

Abstract: Imagination refers to mental cognitive processes, a form of reflection of reality, capable of transforming existing ideas to create new images. Active imagination determines the arbitrary occurrence of fantasies, picturing images that do not exist in reality at the moment. Emotions cause images of outside of reality and critical control. The cognitive component restores the critical control of thinking in view of objective reality. Fantasy is considered as one of the mechanisms of "primitive" psychological defenses, which allows us to weaken the emotional tension due to external and internal conflicts in the loss of communication between imagination and reality. Depressed mood that narrows the range of affective response to gloomy states ensures the development of suicidal fantasies. And visa versa, the content of fantasies can change the emotional state. Another important question that rises is the relationship between the terms "suicidal thoughts" and "suicidal fantasies". "Suicidal thoughts" are defined as "representations (thoughts) on their death, unformed in the conscious desire to deprive themselves of life," while "suicidal fantasies" are seen as representations of a possible resolution of the psychotraumatic experience with the help of one's own death, suicide without a clear awareness and the character of spontaneous suicidal activity "(without the real desire to deprive oneself of life). The distinction between suicidal thoughts and fantasies, as well as an assessment of the content and psychopathological characteristics of fantasies, is essential for determining the degree of suicidal risk. The article presents a classification of suicidal fantasies based on the content, degree of severity, stability, dependence on the level and psychopathological structure of depression, and features of the life situation. Phenomenological analysis of experiences of patients with depression makes it possible to distinguish variants of suicidal fantasies: fantasies reflecting planned suicidal actions and fantasies reflecting the alleged reactions of others to suicidal actions. Suicidal fantasies differ depending on the degree of severity of depressive states and are represented by a wide range of manifestations: from the relatively shallow depressions of the neurotic and subpsychotic levels. Further study of suicidal fantasies in patients with depressive states is caused by the need to develop methods of psychotherapeutic influence based on the clinical and psychological analysis of fantasies of patients with depression. As a result, there is a prospect of increasing the effectiveness of preventive and therapeutic-rehabilitation measures.

Keywords: suicidal thoughts and fantasies, definition, classification

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Крылов В.И., Ретюнский К.Ю., Зотов П.Б. Суицидальные фантазии при депрессивных состояниях. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 98-103. doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-98-103](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-98-103)

For citation: Krylov V.I., Retyunskiy K.Yu., Zotov P.B. Suicidal fantasies in depressive conditions. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 98-103. (In Russ) doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-98-103](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-98-103)

САМОУБИЙСТВА В СТРУКТУРЕ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ ПОРЕФОРМЕННЫХ ДЕСЯТИЛЕТИЙ: ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ДИНАМИКА, ТЕНДЕНЦИИ

С.В. Богданов, А.А. Брагин, Ю.С. Гудова, А.С. Мамин, В.Г. Остапюк

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

Контактная информация:

Богданов Сергей Викторович – доктор исторических наук (SPIN-код: 2216-5663; AuthorID: 637726). Место работы и должность: профессор кафедры административного права и процесса ФГОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85. Электронный адрес: dr.bogdanov_sv@mail.ru

Брагин Александр Александрович – кандидат социологических наук (SPIN-код: 6519-4596; AuthorID: 700163). Место работы и должность: доцент кафедры административного права и процесса ФГОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85. Электронный адрес: bragin@bsu.edu.ru

Гудова Юлия Сергеевна – преподаватель кафедры иностранных языков и профессиональной коммуникации ФГОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85. Электронный адрес: bogdanova@bsu.edu.ru

Мамин Андрей Сергеевич – кандидат юридических наук (SPIN-код: 9395-1311; AuthorID: 690557). Место работы и должность: доцент кафедры административного права и процесса ФГОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85. Электронный адрес: mamin@bsu.edu.ru

Остапюк Владимир Григорьевич – кандидат юридических наук, доцент (SPIN-код: 3317-8912; AuthorID: 913561). Место работы и должность: заведующий кафедрой административного права и процесса ФГОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85. Электронный адрес: ostapyuk@bsu.edu.ru

Современная Россия имеет достаточно высокий уровень самоубийств, что является одним из факторов, который стимулирует проведение научных исследований данного социально разрушительного явления. В статье предпринята попытка рассмотреть развитие самоубийств в общей структуре насильственной и внезапной смертности населения Европейских губерний Российской империи в 1870-1893 гг. Этот период характеризуется как годы масштабных модернизационных процессов, что делает его схожим с событиями, происходящими в современной российской обществе. На основе обобщения значительных массивов статистической информации о смертности населения авторами выявлена доля различных видов насильственной и внезапной смерти населения в общем количестве умерших насильственным и внезапным образом. За данный хронологический отрезок вклады различных видов насильственной и внезапной смерти в общей структуре насильственной и внезапной смерти среди населения Европейской России изменялись незначительно: доля умирающих от скоропостижных причин – от 48 до 41%, погибавших от несчастных случаев – от 40 до 46%, от насильственных причин – от 12 до 13%. Характеризуя масштабы насильственной смертности в России пореформенного периода, необходимо учитывать то обстоятельство, что это цифры официальной полицейской статистики. В то же время две категории статистического учёта – «утонувшие» и «найденные мертвые тела» – вынуждают усомниться в полноте учёта всех фактов насильственной смерти. Выявлены особенности и основные показатели смертности населения от различных видов несчастных случаев, скоропостижной смерти и в результате насильственных причин. Среди умерших скоропостижно большая часть умирала от болезней и болезненных припадков, из которых практически одна треть становилась жертвами пьянства. Среди погибавших от несчастных случайностей на протяжении всех пореформенных десятилетий преобладали погибшие в результате утопления – около 40% от общего количества погибших в результате несчастных случаев, среди жертв насильственной смерти преобладали погибшие в результате умышленных убийств – 59% от общего количества умерших от данного вида смертности. Среди скончавшихся в результате насильственных и внезапных причин смерти в губерниях Европейской России мужчины составили около 78%, а женщины около 22%. Данное соотношение сохранялось на протяжении всех пореформенных десятилетий. Авторами так же рассмотрена динамика смертности населения от самоубийств, рассчитано их среднегодовое количество, выявлены темпы роста данного вида смерти. Установлено, что от самоубийств погибало около 41% от общего числа жертв насильственной смерти. При этом отмечалась прогрессивная динамика суицидальной активности россиян после отмены крепостного права: с 1722 человек, ежегодно погибавших от данной причины в 1870-1874 гг., до 2892 – в 1890-1893 гг. В структуре насильственной смертности населения на протяжении всего пореформенного периода количество погибших от убийств оказалось больше, нежели умерших от самоубийств. Однако, начиная с 1890 г. коэффициенты погибших от убийств и самоубийств начали постепенно выравниваться за счёт постепенного снижения первого показателя и, напротив, увеличения второго. В то же время за данный

хронологический отрезок существенных взлётов и падений коэффициентов смертности от убийств и самоубийств не было зафиксировано. Резкое усложнение жизненных реалий, которые в одночасье возникли перед многочисленной армией вчерашних крепостных, привели к возникновению неизвестных им ранее проблем экономического, социального и морально-психологического свойства, что спровоцировало рост смертности от самоубийств в пореформенный период.

Ключевые слова: Российская империя, пореформенный период, насильственная смертность, смертность от пьянства, самоубийство

Историческая суицидология – та отрасль научного знания, которая имеет свои специфические объекты, предмет и методы исследования. Настоящая статья написана как раз в данном стиле и подчинена его правилам. Обращение к исторической суицидологии во многом продиктовано стремлением разобраться с современным состоянием самоубийств как одним из наиболее разрушительных социальных явлений в современной России при помощи историко-сравнительного анализа. Предметом рассмотрения выступает динамика, особенности, условия устойчивого воспроизводства суицидальной активности среди населения страны на одном из противоречивых этапов развития государства – периода пореформенного развития второй половины XIX столетия. При этом смертность от самоубийств рассматривается в общей структуре смертности населения от насильственных и внезапных причин. Выбор временного отрезка – первые десятилетия после отмены крепостного права (1870-1893 гг.) – продиктован относительной схожестью с современным состоянием российского общества: масштабные реформы во всех сферах жизни, модернизационный рывок, переплетение многочисленных противоречий, где рядом с позитивными процессами соседствуют разрушительные явления, среди которых достаточно высокий уровень завершённых самоубийств.

Источники и методы.

Выяснение динамики и основных показателей смертности населения, в том числе и от насильственных причин (умышленных убийств и самоубийств) Российской империи второй половины XIX века, наталкивается на целый ряд сложностей, прежде всего, первичной статистической информации.

На протяжении пореформенных десятилетий неоднократно публиковались сведения о численности населения Российской империи в 1870-1894 гг. [1, 2, 3, 4, 5].

Сам же Центральный статистический комитет Министерства внутренних дел (далее – ЦСК МВД) Российской империи критически относился к сведениям о движении населения, получаемым из губернских статистическим комитетов. Как отмечалось в предисловии к

одному из статических сборников этого ведомства: «... ибо много раз имел случаи убеждаться в ненадёжности находящихся в настоящую минуту в обращении цифр населения, почему в среде его с давних пор выработалось убеждение, что этими цифрами можно пользоваться только в ожидании всеобщей переписи, без какой-либо проверки частного характера, даже при самых благоприятных обстоятельствах, не может дать вполне удовлетворительных результатов» [1].

В то же время в российском обществе, в одночасье получившему свободу после многовековой крепостной зависимости, остро ощущалась потребность в понимании многочисленных социальных проблем, одной из которых являлся достаточно высокий уровень смертности населения от насильственных причин. Как итог – появление трех статистических сборников:

1. Статистический временник. Серия II. Выпуск 19. «Умершие насильственно и внезапно в Европейской России в 1870-1874 гг.» [6].

2. Временник ЦСК МВД №35. «Умершие насильственно и внезапно в Европейской России в 1875-1887 гг.» [7].

3. Временник ЦСК МВД № 41. «Умершие насильственно и внезапно в Российской Империи в 1888-1893 гг.» [8].

Впервые заинтересованные граждане получили возможность посредством цифр увидеть ситуацию со смертностью российских подданных от насильственных и внезапных причин.

Для сопоставимости сведений о состоянии и динамике развития различных видов насильственной смерти, в том числе самоубийств, используются показатели, опубликованные в представленных выше статистических сборниках и охватывающие территорию 49 губерний Европейской части Российской империи в пореформенные десятилетия.

В качестве метода научного исследования использован анализ рядов динамики насильственной и внезапной смерти, что позволило выявить определённые закономерности в развитии различных видов насильственной смертности среди населения страны в обозначенный хронологический период.

Степень научной изученности.

Появление в России научных трудов, посвящённых различным аспектам смертности населения от самоубийств, в XIX веке шло чрезвычайно неравномерно. Если для начала этого столетия количество этих работ может быть охарактеризовано, как очень немногочисленное. При этом большинство из них носило событийно-описательный характер [9, 10, 11, 12].

Фактически до начала периода «великих реформ» особняком стояло единственное для всего предшествующего периода исследование смертности от самоубийств в Российской империи, принадлежавшее К.С. Веселовскому [13].

Ситуация с изучением насильственной смертности вообще, в том числе и самоубийств, начала кардинально меняться после 1861 года. В очень короткий промежуток времени проблематика суицида в российском обществе стала одной из наиболее часто публикуемой на страницах многочисленных как научных, так и публицистических изданий. Среди обилия работ по данной теме в центре внимания научной общественности оказались труды Ю.Ю. Гюбнера, И.Р. Пастернацкого, Н.В. Пономарева, А.В. Лихачева, П.Ф. Булацеля [14, 15, 16, 17, 18].

Новый взлёт интереса к проблемам самоубийств в России произошёл в начале XX столетия и был связан, прежде всего, с «эпидемией» детских суицидов. Инерция научного интереса к проблемам самоубийств вновь проявилась теперь уже в советской России в 1920-е гг. Однако этот кратковременный научный порыв был решительно свернут новым политическим руководством страны. Данная установка просуществовала фактически до краха СССР.

На рубеже XX-XXI вв. интерес к различным аспектам насильственной смертности в России пореформенного периода вновь обозначился в научных исследованиях отдельных российских и западных специалистов [19, 20, 21, 22].

Обсуждение.

Известный отечественный теоретик статистики Ю.Э. Янсон отмечал: «Трудно придавать полную веру всем фактам движения населения в Европейской России, но, тем не менее, надобно предполагать, что, по крайней мере, рождаемость и смертность в последние 30-40 лет у нас значительно увеличилась. В особенности поражает увеличение смертности, которая до конца прошлого столетия определялась в 20%, в 1816-20 гг. стояла на 23%, а в последние годы стоит выше 30 promille. Повидимому, кроме этой особенности наши ко-

эффициенты движения населения отличаются ещё крайней неустойчивостью: ни одно западноевропейское государство не представляет в средних цифрах по периодам таких внезапных переходов, какие представляет Россия» [23].

В то же время объективной реальностью пореформенного развития страны являлось то, что заметную роль в увеличении общих показателей смертности играла насильственная и внезапная смертность среди сельского и городского населения страны.

За первый период статистического наблюдения ЦСК МВД (1870-1874 гг.) общее количество умерших насильственно и внезапно составило 164436 человек. Из этого количества наибольшее количество умерло от несчастных случайностей – 77211 человек (46,9%), затем скончавшихся от скоропостижных смертей – 66947 (40,7%) и погибших от насильственных смертей – 20278 человека (12,3%).

Внутри каждого из видов насильственной и внезапной смерти среди населения губерний Европейской России наблюдались свои наибольшие показатели. Так, среди несчастных случаев наибольшее количество погибло от утопления – 31511 человек (40,8%), среди умерших скоропостижно большая часть скончались от болезней и болезненных припадков – 66947 человек, из которых 22529 человек – практически одна треть – умерли от пьянства. Среди жертв насильственной смерти наибольшее количество погибло от злонамеренных убийств – 11665 человек, что составило 57,5% от общего числа погибших от насильственных смертей.

В 1870-1874 гг. было зафиксировано 8613 фактов самоубийств. Таким образом, ежегодное число суицидов, регистрировавшихся органами полиции в 49-ти губерниях Европейской России в этот период, составило 1722 случая.

В расчёте на 10000 человек наличного населения в этот период ежегодно приходилось: в городах – 8,4 человек обоего пола, в том числе мужчин – 12,7 и женщин – 3,8; в сельской местности – 4,7 человек обоего пола, в том числе мужчин – 7,5 и женщин – 2,0. Результаты данных расчётов позволяют утверждать, что жители городов, как мужчины, так и женщины в первые пореформенные десятилетия умирали от насильственных и внезапных смертей чаще, нежели жители сельской местности.

Как отмечал в своем труде, посвящённом проблемам заболеваемости и смертности населения Костромской губернии, земский врач

И.С. Иванов: «Жизнь городская представляет более условий, при которых происходят апоплексии, смерть случайная и насильственная. Так, в городах умерло 3,98%, а в селах и деревнях 2,18%. По отношению к смерти от пьянства оказывается, что в городах умерло 10,1% всего числа умерших от умерших скоропостижно и от насильственных причин, а в селах и деревнях 19,2%. Но так как значительное большинство умерших от апоплексии представляют лица, злоупотреблявшие вином, то и в данном случае необходимо принять это обстоятельство во внимание, и тогда процент умерших от пьянства должен возрасти. При этом окажется, что число умерших от пьянства превзойдет тот процент, который исчислен ранее» [24].

Анализ территориальных особенностей насильственных и внезапных смертей свидетельствует, что в Малороссийских (Полтавской, Харьковской, Черниговской) и Юго-Западных губерниях (Волынской, Киевской, Подольской) были зафиксированы наибольшие доли женщин в общем количестве умерших насильственным и внезапным образом.

Количественные показатели насильственной смертности в сельской местности в абсолютном исчислении в этот период оказались значительно выше, нежели в городах. Так, за эти годы в сельской местности Европейской России погибло 16595 человек, что составило 81,8% от общего количества погибших от убийств, детоубийств и самоубийств. Безусловно, в стране, где подавляющее большинство населения проживало в сельской местности, абсолютные показатели насильственной смертности среди деревенских жителей были вполне закономерным явлением.

В то же время необходимо обратить внимание на следующее. Если не принимать в расчёт абсолютных цифр населения, то в городах женщины становились жертвами насильственной смерти реже, чем женщины, проживавшие в сельской местности, а мужчины, напротив, в селениях реже, чем в городах.

Наибольшее процентное отношение погибших от насильственной смерти к умершим от естественных причин среди мужчин в эти годы было зафиксировано в городах Вятской (6,4%) и Архангельской (6,1%) губерний. Затем следовали городские поселения Псковской (4,8%), Ярославской (4,7%), Вологодской (4,6%), Тверской (4,6%), Костромской (4,4%), Воронежской (4,4%) и Смоленской (4,1%) губерний, в которых был зафиксирован данный показатель свыше 4%. В остальных городах,

располагавшихся в Европейской части Российской империи, было зарегистрировано отношение числа умерших мужчин в результате насильственного воздействия к общему количеству умерших от естественных причин на уровне либо средних показателей (от 2 до 3,7%) или на самом низком уровне (от 0,6 до 1,9%).

Основные итоги второго статистического наблюдения за динамикой насильственной и внезапной смерти в 49 губерниях Европейской России оказались следующими. Всего за 1875-1887 гг. количество умерших насильственно и внезапно составило 536039 человек. Как и ранее, больше всего было зарегистрировано умерших от несчастных случаев – 237528 человек, что составило 44,3% от общего количества умерших от внезапных и насильственных смертей. Затем следовала группа людей, которые скончались скоропостижно – 202590 человека или 37,7% от всего количества умерших насильственно и внезапно. Количество жертв насильственной смерти составило 66992 человека или 12,4% от всех умерших насильственной и внезапной смертью. За этот же период впервые были представлены сведения о количестве обнаруженных мертвых тел, которые стали объектами судебно-медицинской экспертизы с целью выяснения причины смерти. Количество обнаруженных мертвых тел за данное тринадцатилетие составило 28929 человек или 5,6% от общего числа умерших насильственно и внезапно.

Среди умерших от несчастных случаев наибольшее количество умерло в результате утопления – 93011 или 39,1% от общего числа умерших от несчастных случаев. Среди погибших в результате насильственной смерти наибольшее число погибло от злоумышленных убийств – 39592 человека или 59% от общего количества умерших от насильственных смертей.

За данный тринадцатилетний период закончили жизнь самоубийством 21380 мужчин и 6020 женщин. В эти годы наблюдался неуклонный рост числа законченных самоубийств как среди мужчин (с 1428 человек в 1875 г. до 1801 человек в 1887 г.), так и среди женщин (с 355 человек в 1875 г. до 578 человек в 1887 г.).

С середины 1870-х и до конца 1880-х гг. среди жителей российских городов число случаев насильственной и внезапной смерти оказалось значительно больше по отношению ко всему числу случаев неестественной смерти, чем среди жителей сельской местности. В то

же время, что касается сельского населения, то среди всего числа неестественных смертей преобладали смерти от несчастных случаев.

Итак, за обозначенный хронологический отрезок на 100 умерших от насильственных смертей в городах Европейской части страны погибало 15,8 мужчин, а женщин – 17; в сельской местности среди мужчин – 12 человек, а женщин – 12,5. В целом по Российской империи этот показатель среди мужчин равнялся 12,6, а среди женщин – 13,1.

Доля россиян, умиравших от насильственных смертей среди общего количества умиравших скоропостижно и от несчастных случаев, оставалась довольно значительной. Так, в городах этот показатель составлял 16 человек на каждые 100 человек обоего пола, умиравших в течение года от насильственных, скоропостижных причин и несчастных случаев. Среди этих 16 человек жертвы убийств составляли 6,8 человек, самоубийств – 9,2 человека. Как видим, количество жертв самоубийств оказывалось больше, чем погибших от убийств. Среди жителей сельской местности этот показатель составил 12,2 человека, в том числе жертв убийств – 7,7, самоубийств – 4,5. Итак, в сельской местности в структуре насильственной смертности численно преобладали злоумышленные убийства над самоубийствами.

Как показывает статистика, число случаев насильственной смерти по отношению к общим итогам количества случаев неестественной смерти среди того и другого пола, среди женщин их оказывалось больше, чем среди мужчин. Однако число внезапных смертей среди женщин в городах оказалось меньше, нежели среди мужчин. Хотя в сельской местности этот показатель оказался несколько выше.

В расчёте на 10000 человек наличного населения того и другого пола в анализируемый период умирало в городах всего 0,98 человек, в том числе мужчин – 1,42, женщин – 0,50. Для сельской местности эти значения бы-

ли следующими: всего – 0,63, в том числе мужчин – 0,97, женщин – 0,30. По Российской империи эти показатели выглядели следующим порядком: среди мужчин – 1,03, женщин – 0,32 и обоих полов – 0,67.

Данные третьего статистического наблюдения ЦСК МВД за динамикой погибших показали, что за период с 1888 по 1893 гг. общее количество умерших насильственно и внезапно в 49 губерниях Европейской России составило 285244 человека. Общее количество умерших насильственным и внезапным образом распределились следующим образом: от несчастных случаев – 129774 (45,4%), от скоропостижных смертей – 105339 (36,9%) и жертв насильственной смерти – 39172 человека (13,7%). Количество найденных мертвых тел составило 10959 или около 4% от общего числа умерших насильственно и внезапно.

Внутри каждого из видов насильственной и внезапной смерти также были зафиксированы наибольшие показатели. Среди умерших от несчастных случаев наибольшую долю составили погибшие от утопления – 49639 (38,5%). Среди погибших от насильственных причин наибольшее число пришлось на жертв злоумышленных убийств – 21069 человек (53,7%).

В 1888-1893 гг. в расчёте на 10000 человек обоего пола в губерниях Европейской части Российской империи погибало в среднем: от убийств – 0,36, от самоубийств – 0,32, от последствий чрезмерного алкоголеупотребления – 0,46, скоропостижно – 1,43, от случайных причин – 2,27, от неизвестных причин – 0,18. Всего от неестественных причин смерти ежегодно в этот период умирало в среднем чуть более 5 человек.

После обработки первичной информации представляется возможным перейти к расчётам темпов роста / снижения смертности от самоубийств населения Европейской России за период с 1870 по 1893 гг. Исходная информация представлена в таблице 1.

Таблица 1

Анализ динамики смертности от самоубийств в 9 губерниях Европейской России в 1870-1893 гг.

Годы	Количество погибших от самоубийств, п	Абсолютный прирост/сокращение, п	Темпы роста / сокращения, %	Среднегодовые показатели количества погибших от самоубийств, п
1870-1874	8613	–	–	1722
1875-1879	9026	413	104,7	1805
1880-1884	11115	2089	123,1	2223
1885-1889	12593	1478	113,2	2519
1890-1893	11568	-1025	91,8	2892

Как видно из представленных выше показателей, количество российских граждан, совершивших самоубийство на протяжении данного хронологического периода, имело тенденцию к постоянному росту (сокращение количества погибших от самоубийств за 1890-1893 гг. в сравнении с предшествующим пятилетием было связано, прежде всего, с тем, что было учтено число самоубийств не за пять лет, а за три года). Рост суицидальной активности получил своё отражение в увеличении абсолютных показателей покончивших жизнь самоубийством. Рост среднегодовых показателей россиян, принявших решение о добровольном уходе из жизни, также свидетельствовал о том, то проблема самоубийства серьезно обострилась в пореформенный период.

Результаты.

Масштабное реформирование России с начала 1860-х гг. оказало своё воздействие на различные сферы жизни общества, в том числе и на такие показатели, как рождаемость и смертность. По мере углубления реформ происходило изменение в структуре смертности населения страны. Так, расчёты показывают, что смерти от различных несчастных случаев и от неизвестных причин (речь идёт о найденных мёртвых телах) в 1875-1887 гг. составили около половины всего числа случаев неестественной смерти, а другая половина распределилась между случаями насильственной смерти (убийства, самоубийства) и случаями скоропостижной смерти от различного рода болезней.

На протяжении 1870-1893 гг. наблюдалось постоянное увеличение числа жителей губерний Европейской России, умиравших в результате внезапных и насильственных смертей. Что касается смертности от несчастных случаев, то это количество находилось в диапазоне от 40 до 46% от общего числа умиравших насиль-

ственно и внезапно. Доля умиравших от насильственных смертей в общем количестве умиравших насильственно и внезапно составляла 12-13%. Причём этот показатель демонстрировал определённую устойчивость.

Более высокие показатели неестественной смертности среди женщин в сравнении с аналогичным показателем среди мужчин на протяжении всего пореформенного периода имели место в губерниях с большей плотностью населения.

Оперируя статистическими показателями, присланными губернскими статистическими органами в ЦСК МВД, где осуществлялась уже окончательная обработка полученного материала, необходимо сказать о том, что уже у современников, изучавших вопросы движения населения, система статистического учёта болезненности и причин смертности населения вызвала острую критику. Очень точно это выразил петербургский врач М.Н. Колпаков: «Указывая на смертность от алкоголизма, к сожалению, я должен сознаться, что не имею возможности привести точные цифры смертности от пьянства как для России, так в частности для Петербурга; ибо больничная статистика, хотя даёт верные цифры поступивших алкоголиков, но, в то же время, крайне не точна и сбивчива в определении исхода болезни, в особенности смертности» [25].

С 1875 г. в формах статистической отчётности была введена графа «Обнаружено мертвых тел», показатели которой год от года имели тенденцию к постоянному увеличению. Это являлось ещё одним аргументом, подтверждающим несовершенство и неполноту статистики смертности населения, в том числе и от насильственных причин в России на протяжении всего пореформенного периода.

Литература:

1. Сборник сведений по Европейской России за 1882 г. / Издание ЦСК МВД. СПб., 1884. 295 с.
2. Статистический временник Российской Империи. Серия 3. Выпуск 20. Движение населения в Европейской России за 1881 год. СПб., 1887. 385 с.
3. Сборник сведений по России 1896 г. / Издание ЦСК МВД. Статистика Российской Империи XL. СПб., 1897. 365 с.
4. Сборник сведений по России за 1883 г. / Издание ЦСК МВД. Статистический временник Российской Империи. Серия III. Вып. 8. СПб., 1886. 294 с.
5. Статистический временник Российской Империи. Серия 3. Выпуск 21. Движение населения в Европейской России за 1882 год. СПб. 1887. 391 с.

References:

1. Sbornik svedeniy po Yevropeyskoy Rossii za 1882 g. [Collection of information on European Russia for 1882] / Izdaniye TSSK MVD. SPb., 1884. 295 s. (in Russ)
2. Statisticheskiy vremennik Rossiyskoy Imperii. Seriya 3. Vypusk 20. Dvizheniye naseleniya v Yevropeyskoy Rossii za 1881 god [Statistical epoch of the Russian Empire. Series 3. Issue 20. The population movement in European Russia in 1881]. SPb., 1887. 385 s. (in Russ)
3. Sbornik svedeniy po Rossii 1896 g. [Collection of information on Russia in 1896] / Izdaniye TSSK MVD. Statistika Rossiyskoy Imperii XL. SPb., 1897. 365 s. (in Russ)
4. Sbornik svedeniy po Rossii za 1883 g. [Collection of information on Russia for 1883] / Izdaniye TSSK MVD. Statisticheskiy vremennik Rossiyskoy Imperii. Seriya III. Vyp. 8. SPb., 1886. 294 s. (in Russ)
5. Statisticheskiy vremennik Rossiyskoy Imperii. Seriya 3. Vypusk 21. Dvizheniye naseleniya v Yevropeyskoy Rossii za 1882 god [Statistical epoch of the Russian Empire. Series 3. Issue 21. The population movement in European Russia for 1882]. SPb. 1887. 391 s. (in Russ)

6. Статистический временник Российской Империи. Серия II. Выпуск 19. Умершие насильственно и внезапно в Европейской России в 1870-1874 гг. / ЦСК МВД. СПб., 1882. 305 с.
7. Статистический временник Российской Империи. №35. Умершие насильственно и внезапно в Европейской России в 1875-1887 гг. / ЦСК МВД. СПб., 1894. 67 с.
8. Статистический временник Российской Империи. № 41. Умершие насильственно и внезапно в Европейской России в 1888-1893 гг. / ЦСК МВД. СПб., 1897. 95 с.
9. Андросов В.П. Статистическая записка о Москве. М.: Тип. С. Селивановского, 1832. 185 с.
10. Аттенгофер Г. Медико-топографическое описание Санкт-Петербурга. СПб.: Отпечатано при Императорской Академии наук, 1820. 432 с.
11. Пушкарев И.И. Путеводитель по Санкт-Петербургу и окрестностям его. СПб.: Тип. Деп. внеш. торговли, 1843. 468 с.
12. Карнович Е.П. Санкт-Петербург в статистическом отношении. СПб.: Воен. тип., 1860. 143 с.
13. Веселовский К.С. Опыты нравственной статистики России. СПб.: Типография Министерства внутренних дел, 1847. 64 с.
14. Булацель П.Ф. Самоубийство с древнейших времен до наших дней: ист. очерк филос. воззрений и законодательств о самоубийстве. Ревель: печ. Эстлянд. губ. правл., 1884. 206 с.
15. Гюбнер Ю. Ю. Самоубийства в Санкт-Петербурге. Материалы для нравственной статистики. СПб.: Типография Имп. Акад. наук, 1868. 23 с.
16. Лихачев А.В. Самоубийство в Западной Европе и Европейской России: Сравнительное статистическое исследование. СПб.: Тип. М.М. Стасюлевича, 1882. 253 с.
17. Пастернацкий И.Р. Статистическое исследование самоубийств в С.-Петербурге за 1870, 1871 и 1872 годы. СПб.: Тип. Я. Трея, 1873. 29 с.
18. Пономарев Н.В. Самоубийство в Западной Европе и в России в связи с развитием умопомешательства: стат. исслед. СПб.: Тип. М.М. Стасюлевича, 1880. 84 с.
19. Богданов С.В. смертность от пьянства среди мужчин губерний центрального черноземья (1870-1893 гг.). *Научные ведомости БелГУ*. 2015; 33 (1): 100-5.
20. Миронов Б.Н. Социальная история России периода империи (XVIII-начало XX в.): В 2 т. 3-е изд., испр., доп. Т.1 Генезис личности, демократической семьи, гражданского общества и правового государства. СПб.: Дмитрий Буланин, 2003. 548 с.
21. Jukkala T., Mäkinen I.H., Stickley A. The historical development of suicide mortality in Russia, 1870-2007. *Arch. Suicide Res.* 2015; 19 (1): 117-30.
22. Stickley A., Mäkinen I.H. Homicide in the Russian Empire and Soviet Union: Continuity or Change? *British Journal of Criminology*. 2005; 45 (5): 647-70.
23. Янсон Ю.Э. Сравнительная статистика населения. СПб.: Тип. Дома Призрения Малолетних Бедных, 1892. 451 с.
24. Иванов И.С. Движение населения Костромской губернии в 1880 году и причины смертности: (с хромолит. карт. и диагр.). Кострома: Костромской губ. стат. ком., 1883. 699 с.
6. Statisticheskii vremennik Rossiyskoy Imperii. Seriya II. Vypusk 19. Umershnye nasil'stvenno i vnezapno v Yevropeyskoy Rossii v 1870-1874 gg. [Statistical epoch of the Russian Empire. Series II. Issue 19. Deaths violently and suddenly in European Russia in 1870-1874] / TSSK MVD. SPb., 1882. 305 s. (in Russ)
7. Statisticheskii vremennik Rossiyskoy Imperii. №35. Umershnye nasil'stvenno i vnezapno v Yevropeyskoy Rossii v 1875-1887 gg. [Statistical periodical of the Russian Empire. № 35. Those who died violently and suddenly in European Russia in 1875-1887] / TSSK MVD. SPb., 1894. 67 s. (in Russ)
8. Statisticheskii vremennik Rossiyskoy Imperii. № 41. Umershnye nasil'stvenno i vnezapno v Yevropeyskoy Rossii v 1888-1893 gg. [Statistical epoch of the Russian Empire. № 41. Those who died violently and suddenly in European Russia in 1888-1893] / TSSK MVD. SPb., 1897. 95 s. (in Russ)
9. Androsov V.P. Statisticheskaya zapiska o Moskve [Statistical note on Moscow]. M.: Tip. S. Selivanovskogo, 1832. 185 s. (in Russ)
10. Attengofer G. Mediko-topograficheskoye opisaniye Sankt-Peterburga [Medical and topographical description of St. Petersburg]. SPb.: Otpechatano pri Imperatorskoy Akademii nauk, 1820. 432 s. (in Russ)
11. Pushkarev I.I. Putevoditel' po Sankt-Peterburgu i okrestnostyam yego [A guide to St. Petersburg and its environs]. SPb.: Tip. Dep. vnesh. torgovli, 1843. 468 s. (in Russ)
12. Karnovich Ye. P. Sankt-Peterburg v statisticheskom otnoshenii [St. Petersburg in the statistical respect]. SPb.: Voen. tip., 1860. 143 s. (in Russ)
13. Veselovskiy K.S. Opyty npravstvennoy statistiki Rossii [Experiments of the moral statistics of Russia] SPb.: Tipografiya Ministerstva vnutrennikh del, 1847. 64 s. (in Russ)
14. Bulatsel' P.F. Samoubiystvo s drevneyshikh vremen do nashikh dnei: ist. ocherk filos. vozzreniy i zakonodatel'stv o samoubiystve [Suicide from ancient times to the present day: east. an essay on philos. views and suicide laws]. Revel': pech. Estlyand. губ. pravl., 1884. 206 s. (in Russ)
15. Gyubner Yu.Yu. Samoubiystva v Sankt-Peterburge. Materialy dlya npravstvennoy statistiki [Suicide in St. Petersburg from 1858 to 1867. Materials for moral statistics]. SPb.: Tipografiya Imp. Akad. nauk, 1868. 23 s. (in Russ)
16. Likhachev A.V. Samoubiystvo v Zapadnoy Yevrope i Yevropeyskoy Rossii: Sravnitel'noye statisticheskoye issledovaniye [Suicide in Western Europe and European Russia: A Comparative Statistical Study]. SPb.: Tip. M.M. Stasyulevicha, 1882. 253 s. (in Russ)
17. Pasternatskiy I.R. Statisticheskoye issledovaniye samoubiystv v S.-Peterburge za 1870, 1871 i 1872 gody [A statistical study of suicides in St. Petersburg for the years 1870, 1871 and 1872]. SPb.: Tip. YA. Treya, 1873. 29 s. (in Russ)
18. Ponomarev N.V. Samoubiystvo v Zapadnoy Yevrope i v Rossii v svyazi s razvitiyem umopomeshatel'stva: ctat. issled [Suicide in Western Europe and in Russia in connection with the development of insanity: stat. issled]. S-Pb.: Tip. M.M. Stasyulevicha, 1880. 84 s. (in Russ)
19. Bogdanov S.V. Smertnost' ot p'yanstva sredi muzhchin guberniy Tsentral'nogo Chernozem'ya (1870-1893 gg.) [Mortality from drunkenness among men from the provinces of the Central Chernozem (1870-1893)]. *Nauchnyye vedomosti BelGU*. 2015; 33 (1): 100-5. (in Russ)
20. Mironov B.N. Sotsial'naya istoriya Rossii perioda imperii (XVIII-nachalo XX v.): V 2 t. 3-ye izd., ispr., dop. T.1 Genезis lichnosti, demokraticheskoy sem'i, grazhdanskogo obshchestva i pravovogo gosudarstva [Social history of Russia during the period of the empire (XVIII-early XX century.): In 2 vol. 3rd ed., Rev., ext. T.1 Genesis of personality, democratic family, civil society and rule of law]. SPb.: Dmitriy Bulanin, 2003. 548 s. (in Russ)
21. Jukkala T., Mäkinen I.H., Stickley A. The historical development of suicide mortality in Russia, 1870-2007. *Arch. Suicide Res.* 2015; 19 (1): 117-30.
22. Stickley A., Mäkinen I.H. Homicide in the Russian Empire and Soviet Union: Continuity or Change? *British Journal of Criminology*. 2005; 45 (5): 647-70.
23. Yanson Yu.E. Sravnitel'naya statistika naseleniya [Comparative statistics of the population]. SPb.: Tip. Doma Prizreniya Maloletnikh Bednykh, 1892. 451 s. (in Russ)
24. Ivanov I.S. Dvizheniye naseleniya Kostromskoy gubernii v 1880 godu i prichiny smertnosti: (s khromolit. kart. i diagr.) [Movement of the population of the Kostroma province in 1880 and causes of death: (with chromolite maps and diagr.)]. Kostroma: Kostromskoy gub. stat. kom., 1883. 699 s. (in Russ)

25. Колпаков М.Н. К вопросу об алкоголизме в С.-Петербурге и о мерах общественной борьбы с ним в связи с устройством специальных лечебниц для алкоголиков: дис. на степень доктор медицины. СПб.: Экон. типо-лит., 1896. 127 с.

25. Kolpakov M.N. K voprosu ob alkogolizme v S.-Peterburge i o merakh obshchestvennoy bor'by s nim v svyazi s ustroystvom spetsial'nykh lechebnits dlya alkogolikov: dis. na stepen' doktor meditsiny [On the issue of alcoholism in St. Petersburg and the measures of social struggle against it in connection with the establishment of special clinics for alcoholics: dis. for a doctorate in medicine]. SPb.: Ekon. tipo-lit., 1896. 127 s. (in Russ)

SUICIDE IN THE STRUCTURE OF VIOLENT DEATHS OF THE POPULATION OF THE RUSSIAN EMPIRE IN THE POST-REFORM DECADES: KEY INDICATORS, DYNAMICS, TRENDS

S.V. Bogdanov, dr.bogdanov_sv@mail.ru

A.A. Bragin, bragin@bsu.edu.ru

J.S. Gudova, bogdanova@bsu.edu.ru

A.S. Mamin, mamin@bsu.edu.ru

V.G. Ostapyuk, ostapyuk@bsu.edu.ru

Belgorod State National Research University, Russia

Abstract:

Modern Russia has a fairly high level of suicide, which is one of the factors that stimulates the conduct of scientific researches on this socially destructive phenomenon. The article attempts to consider the development of suicides in the overall structure of violent and sudden mortality of the population of the European provinces of the Russian Empire in 1870-1893. This period is characterized as the years of large-scale modernization processes, which makes it similar to the events taking place in modern Russian society. Based on generalization of significant massifs of statistical information on the mortality of the population by authors, the share of various types of violent and sudden deaths of the population in the total number of people who died in a violent and sudden manner was revealed. For this chronological period, the contributions of various types of violent and sudden deaths in the general pattern of violent and sudden deaths among the population of European Russia have changed insignificantly: the proportion of dying from sudden causes ranging from 48 to 41%, death from accidents - from 40 to 46%, from violent reasons - from 12 to 13%. Characterizing the scale of violent deaths in Russia in the post-reform period, it is necessary to consider the fact that these figures are official police statistics. At the same time, two categories of statistical records - "drowned" and "found dead bodies" - force us to doubt the real full account of violent deaths. The features and the main indicators of the mortality of population from various types of accidents, sudden death and of violent causes have been revealed. Of those who died suddenly, majority died from diseases and painful seizures, of which almost one-third became victims of drunkenness. Among those killed by accidents during all the post-reform decades, those who died because of drowning prevailed – about 40% of the total number of deaths as a result of accidents; among the victims of violent death, 59% were killed as a result of willful murders. Among those who died because of violent and sudden causes of death in the provinces of European Russia, men accounted for about 78%, and women accounted for about 22%. This ratio persisted throughout all the post-reform decades. The dynamics of mortality of the population from suicides is considered, their average annual amounts are calculated, the growth rates of this type of death are revealed. It was established that about 41% of the total number of victims of violent death died from suicides. At the same time there was a progressive dynamic of suicidal activity of Russians after the abolition of serfdom: from 1722 people perished annually from this cause in 1870-1874 up to 2892 people in the years 1890-1893. In the structure of violent deaths of the population throughout the post-reform period, the number of deaths from murders was greater than those who died from suicides. However, since 1890, the death toll from homicides and suicides has gradually begun to level off due to a gradual decrease in the first indicator and an increase in the second. At the same time, within this period no significant ups and downs of mortality rates from murders and suicides were recorded. The dramatic complication of life's realities, which suddenly appeared before the numerous army of yesterday's serfs, led to the emergence of numerous economic, social and moral-psychological problems that triggered an increase in the death rate from self-murders in the post-reform period.

Key words: Russian Empire; the post-reform period; violent mortality; mortality from drunkenness; suicide

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Богданов С.В., Брагин А.А., Гудова Ю.С., Мамин А.С., Остапук В.Г. Самоубийства в структуре насильственной смертности населения Российской империи пореформенных десятилетий: основные показатели, динамика, тенденции. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 104-111.
doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-104-111](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-104-111)

For citation: Bogdanov S.V., Bragin A.A., Gudova J.S. Mamin A.S., Ostapyuk V.G. Suicide in the structure of violent deaths of the population of the Russian empire in the post-reform decades: key indicators, dynamics, trends. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 104-111. (In Russ) *doi:* [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-104-111](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-104-111)

СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ СРЕДИ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА. СООБЩЕНИЕ I*

П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, Е.Г. Скрябин, А.В. Ефанов, Н.А. Бородин, Т.В. Беспалова

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
БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», г. Ханты-Мансийск, 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: 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: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Скрябин Евгений Геннадьевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4125-9422, ORCID iD: 0000-0002-4128-6127, Researcher ID: J-1627-2018). Место работы и должность: профессор кафедры травматологии и ортопедии с курсом детской травматологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: (3452) 28-70-18. Электронный адрес: skryabineg@mail.ru

Ефанов Андрей Владиславович – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 9184-6049; ORCID iD: 0000-0003-3600-8162; Researcher ID: Q-4421-2018). Место работы и должность: доцент кафедры хирургических болезней с курсами эндоскопии и офтальмологии института непрерывного профессионального развития ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Бородин Николай Алексеевич – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 8581-6359; ORCID iD: 0000-0002-2760-0351; Researcher ID: Q-4611-2018). Место работы и должность: профессор кафедры хирургических болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Беспалова Татьяна Викторовна – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 7314-3598; ORCID iD: 0000-0002-3454-7587; Researcher ID: Q-4794-2018). Место работы и должность: профессор кафедры нормальной и патологической физиологии БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия». Адрес: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Мира, 40.

Представлен обзор литературы о риске суицидального поведения (СП) при различных соматических заболеваниях. Факторы, повышающие суицидальный риск. Показана связь между суицидами и тяжестью, длительностью (3-48 месяцев) физической болезни, частотой госпитализаций, косвенно указывающих тяжесть недуга. Риск СП выше у юных и пожилых, одиноких, при низком социально-экономическом (возможно, вследствие хронической болезни) уровне, больший – у женщин. Тесно связана с суицидами *депрессия* (у 60% жертв в общем населении), *злоупотребление ПАВ*. Хроническая боль в 2-3 раза увеличивает риск суицида в течение жизни. «Сильная боль» сопряжена с 5-кратным ростом риска суицида; 4% попыток суицида совершают из-за боли, а среди суицидентов 8,8% имели признаки хронической боли. У 80-95% онкологических больных регистрируется хроническая боль, а недостаточный болеутоляющий эффект является ведущим фактором суицидального риска среди данной категории пациентов (риск суицида выше в 4 раза). После инсульта в ближайшие 2 года риск повышен в 2,2 раза. Попытки суицида совершают 16-27% страдающих от фантомных болей. *Расстройство сна* – длительная бессонница, особо перемежающаяся ночными кошмарами, связана с повышением риска СП (от мыслей до действий) в 2-3 раза. Повышают риск СП *беспомощность и потеря самоконтроля*, особенно у привыкших управлять всеми аспектами своей жизни в отличие от приемлющих и приспособляющихся к немощи и сторонней помощи. *Диагноз* мучительного смертельного заболевания. Страх перед разрушительной «неизлечимой» болезнью, безнадежность и отчаяние чаще сопутствуют суициду, чем реальные страдания. *Низкое качество лечебно-профилактической помощи* – косвенно отражают уровни суицидов и парасуицидов, качество жизни пациентов в связи с фактической инвалидизацией, болями.

* Статья подготовлена на основе главы планируемого руководства по суицидологии под редакцией Б.С. Положего (с изменениями и дополнениями текста, включением новых данных литературы).

Низкое качество сообщений средств массовой информации – фактор риска для находящихся на грани суицида и перенимающих сценарий СП. *Суицидальные мысли* в течение жизни выявляются у 25% соматически больных, 35% – при ≥ 2 болезнях. При контроле демографических характеристик, депрессии, употребление спиртного, соматические болезни повышают в 1,3 раза вероятность суицидальных мыслей. *Суицидальные попытки* – важнейший прогностический фактор риска суицида – совершали 9% соматически больных и 16% при ≥ 2 болезнях против 5,5% в населении (юные и молодые). *Отказ от лечения*, в том числе пренебрежение врачебными рекомендациями.

Снижение суицидального риска связано с влиянием защитных факторов. *Антисуицидальные факторы* – чем их более, тем выше защитный барьер, менее риск СП. *Профессиональные факторы*: возможность профессионального роста, амбиции, занятость, поощряют приверженность к лечению. *Психосоциальная формальная и неформальная поддержка* близких, сотрудников, профессиональных служб, религиозной общины, клуба, группы самопомощи. Психиатрическое (антикризисное) лечение. *Религиозные убеждения* о грехе суицида и испытании жизненными невзгодами при сохранении надежды. *Психосоциальные последствия болезней и СП*. СП отражается на пациентах (жертве, других больных – случайных свидетелях), их близких и персонале, часто без целевой подготовки, в том числе в плане правильного реагирования на трагедию и проведение профилактических мероприятий (поственция). В заключении авторы делают вывод о том, что дальнейшие исследования связи СП с соматическими заболеваниями полезны для улучшения качества жизни, облегчения страданий пациентов и предотвращения СП.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, риск самоубийств, факторы риска, профилактика, соматические заболевания, соматическая патология

Снижение суицидальной смертности является сложной медико-социальной задачей, решение которой требует системного, междисциплинарного подхода. Ведущим принципом работы по предупреждению суицидального поведения (СП) является выделение групп высокого риска [1, 2].

Одной из таких категорий может служить соматическая патология. Клиническая практика и данные литературы свидетельствуют, с одной стороны, о высокой частоте телесных заболеваний, с другой – о возможном просуицидальном влиянии отдельных из них. Последнее может иметь важное значение для разработки превентивных мер.

Связь хронических телесных болезней и континуума СП показана при изучении диагнозов и катамнезов суицидентов, риска СП. Современные более доказательные работы опираются на популяционные выборки (электронные базы многолетних данных государственных регистров, охватывающих суммарно миллионы человек на протяжении десятков лет).

Соматические болезни в анамнезе повышают риск СП [3]. Показана связь между суицидами и тяжестью, длительностью (3-48 месяцев) физической болезни [4], частотой госпитализаций [4, 5], косвенно указывающих тяжесть недуга. Высок риск СП при психических расстройствах вследствие соматических и неврологических болезней [6] (F.06, F.07 МКБ-10). «В здоровом теле здоровый дух» – глупое изречение. *Здоровое тело – продукт здравого рассудка (Б. Шоу)*.

Суицид – трагический финал жизни безотнositельно состояния здоровья, но определенные «оси» соматической или неврологической

болезни – необходимая часть оценки риска СП с последующим планом лечения. В классификации мотивов и поводов СП – соматические заболевания, физические страдания и уродства [1].

По данным зарубежных исследователей [7] физическая болезнь названа причиной суицида в каждой пятой прощальной записке, чаще пожилыми (> 65 лет) мужчинами; по 30% жертв страдали раком и/или хронической болью, 12% – болезнями легких; 12% совершали и ранее попытки суицида. Отечественные авторы [8] приводят более высокие цифры – в 50,7% прощальных записок сообщается о невозможности выносить боль / болезнь. При этом лица 66-75 лет чаще основными мотивами суицида указывали «избегание» и «рациональный отказ».

Данные секционного материала (г. Киров), указывают, что на 100 завершённых суицидов наиболее часто причинами суицидального поведения являлись болезни системы кровообращения (27,1%), новообразования (26,3%), болезни органов дыхания (6,9%) и эндокринной системы (6,9%). У мужчин наиболее часто причиной суицида являлись заболевания системы кровообращения (30,0%), новообразования (27,7%), заболевания нервной системы (6,6%). У женщин – новообразования (23,0%), болезни системы кровообращения (20,5%) и эндокринной системы (15,3%) [9]. Анкетный опрос родственников суицидентов, проведённый ретроспективно этими же авторами [10], так же показал значительное преобладание мотивов, связанных с нарушением здоровья: у 47,5% лиц мужского пола (соматических заболеваний и алкоголизма) и у 48,4% лиц женского пола (соматических и психических заболе-

ваний). Обнаружено, что у мужчин наиболее частой причиной суицида являлись заболевания системы кровообращения (30%) с преобладанием сосудистых поражений головного мозга; у женщин – новообразования (23,0%) с преобладанием рака матки. На втором месте у суицидентов обоих полов были личностные и межличностные мотивы.

Интернисты – авангард выявления (в идеале) психических расстройств и риска СП. Половина жертв суицидов общалась с врачом общей практики в течение двух месяцев до суицида (суицидальной попытки). До 70% жертв суицида обращались за неотложной медицинской помощью, не связанной с СП [11, 12], предпочитая интернистов психиатрам. У большинства риск СП рутинно не определён.

Факторы риска СП.

Социально-демографические факторы.

Ряд доказанных факторов риска СП в общем населении – не так очевиден среди больных определёнными недугами. Риск СП выше у юных и пожилых, одиноких, при низком социально-экономическом (возможно, вследствие хронической болезни) уровне – затрудняющем доступ к высококачественной помощи. У молодых нет *выстраданного* опыта и навыков преодоления серьёзного недуга, они обычно не удовлетворены типовой помощью при тающей неформальной поддержке (потере друзей), перспектив жизни. Пожилые составляют известную группу высокого риска СП [13] под сочетанным гнётом соматических и психических расстройств (зачастую не выявленных и адекватно не леченных), бедности и одиночества.

Внимание привлекает «гендерный аспект» суицидологии. Так, мета-анализ 15 исследований [14] указал на бóльший риск СП (мысли и попытки) женщин и необходимость контроля факторов возраста и депрессии.

Предиспозиция. Больные, как и в общем населении, совершают СП при личностной уязвимости (низкой стрессоустойчивости, запускающей механизм развития соматических, душевных недугов и СП), согласно модели «стресс-уязвимость» [15]. Так, у жертв сексуального насилия в детстве выше риск психических, желудочно-кишечных расстройств, СП.

Психосоциальный и биологический дистресс. Любая болезнь – один из неизбежных жизненных (биологических) дистрессов, выявляющих лиц с «нетипичным» реагированием. Показана взаимосвязь неблагоприятных жизненных событий и СП без обратной связи с по-

зитивными: подарки и сюрпризы жизни не исключают СП.

Сопутствующие психические расстройства – в литературе обычно ставится сомнительный знак равенства с коморбидностью [16].

Депрессия тесно связана (по психологической аутопсии) с суицидами: у 60% жертв в общем населении. Расстройства депрессивного спектра у 45-70% (50%), клинические депрессии – 25-30% пациентов территориальной поликлиники [17].

Депрессия (особо нелеченая) повышает риск заболеваемости, неблагоприятного прогноза, связана с снижением выживаемости, возможно, из-за несоблюдения режима лечения, чувства безнадежности и деморализации. Депрессии объясняют 10-20% визитов к врачам общей практики, но приветствует помощь психиатра каждый третий, антидепрессивную терапию хотя бы месяц получает среди последних лишь каждый пятый [17].

Деморализация («капитуляция») – стойкая неспособность совладать с бессилием, беспомощностью (субъективной несостоятельностью), безнадежностью с потерей целей и смысла, достоинства жизни (духовное и экзистенциальное отчаяние). Никакое средство не поможет тому, кто сам отдал себя на заклятие (*С. Цвейг*).

Орасио Кирогоу преследовали несчастья: отец погиб на охоте, отчим застрелился, первая жена покончила с собой, писатель случайно убил лучшего друга. В последние годы страдал хронической депрессией, раком желудка. Отравился в 59 лет цианидом в богадельне. Незадолго до смерти писал о «слегка романтическом интересе к некоему фантастическому путешествию».

Злоупотребление ПАВ – типовой фактор риска СП. Само злоупотребление ПАВ – причина ряда сомато-неврологических болезней (служащих индикатором злоупотребления), может сопутствовать ему и выходить на передний план после излечения (затухания) последних. С злоупотреблением ПАВ (как хроническим саморазрушительным поведением) обычно сочетаются потенциально суицидогенные депрессия, импульсивность, агрессия, плохая переносимость, малая эффективность, уклонение от лечения.

Боль, острая и хроническая, повышает риск СП (от мыслей до суицидов) [18, 19].

Вряд ли больной или клиницист согласится с Цицероном: «Если боль мучительна, она не продолжительна, если продолжительна, то не мучительна», но «зубная боль сердца» (по Гейне), по

самоописаниям суицидентов, несравнима с «королем боли», почечной коликой.

Выводы затруднены в связи со сложностью оценки порога индивидуальной переносимости боли и формирования выборок. Хроническая боль 2-3 раза увеличивает риск суицида в течение жизни лиц 16-85 лет без психических расстройств или злоупотребления ПАВ [20]: 65% жертв суицида (в Австралии) страдали последний год жизни. Боли и эмоциональный дистресс взаимосвязаны [21], но «непереносимая» субъективно боль строго связана с СП [22] лишь без учёта микросоциального конфликта (по А. Амбрумовой). Сочетание с депрессией, видимо, делает боль непереносимой. «Сильная боль» сопряжена с 5-кратным ростом риска суицида; 4% попыток суицида совершают из-за боли [23].

Наибольший риск связан с хронической болью. 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 умерли от огнестрельных ранений и 16,2% от передозировки опиоидов [24].

Группы риска составляют больные раком, сахарным диабетом, неврологическими заболеваниями, перенесшие ампутации конечностей, и др.

Хроническая боль регистрируется у 80-95% онкологических больных на этапе прогрессирования опухолевого процесса, и, как правило, сосуществует с другими факторами риска СП: депрессией, безнадёжностью, спутанностью сознания, импульсивностью [25]. Недостаточный болеутоляющий эффект и отсутствие системного применения опиоидных анальгетиков является ведущим фактором суицидального риска среди данной категории пациентов [26, 27].

В зависимости от уровня ампутации и основной причины, приведшей к утрате конечности, частота фантомных болей и болей в культе в постампутиционном периоде достигает 80-90% [28, 29]. Присутствие болевых проявлений в дооперационном периоде повышает риск развития фантомных болей, часто плохо поддающихся лечению [30]. Для данного контингента характерны: алкогольный анамнез, тяжёлая, нередко, сочетанная соматическая и неврологическая патология, значительные ограничения к самообслуживанию и зависимость от окружаю-

щих, социальное неблагополучие [30, 31, 32]. У 17-27% пациентов в постампутиционном периоде выявляется депрессия, у 25,7% – расстройств сна [30, 33, 34]. Попытки суицида совершают 16-27% страдающих от фантомных болей [30, 32].

Высокий риск развития хронической боли после инсульта, но данный фактор нередко сочетается с ограничением способности к самообслуживанию, депрессией, тяжёлым течением и осложнениями сахарного диабета, снижением доходов, возрастом моложе 50-60 лет [35, 36]. Риск суицида после инсульта по сравнению с общей популяцией повышен в 2,2 раза [36]. Наиболее суицидоопасен период в течение первых двух лет после инсульта и сохраняется высоким в последующие 5 лет [35, 36]; как правило, не различается между пациентами мужского и женского пола [36].

Расстройства сна свойственны различным больным («Но чуток сон сердечников и психов / За окнами больничных корпусов». А. Твардовский).

... в последние три недели Михаил Булгаков ослеп, измученный ужасными болями, прекратил редактировать роман. Пришли дни молчаливого нравственного страдания. Слова медленно умирали в нём. Обычные дозы снотворного перестали действовать. И появились длиннющие рецепты, испещрённые кабалистическими латинизмами. По этим рецептам, превосходившим все полагающиеся нормы, перестали отпускать лекарства нашим посланцам: яд. А. Ларин. *Хроники Харона*.

Длительная бессонница, особо перемежающаяся ночными кошмарами, связана с повышением риска СП (от мыслей до действий) в 2-3 (7-8?) раз при контроле депрессии и безнадёжности; сама по себе может вызвать депрессию [37] и когнитивные расстройства. В свою очередь, депрессия и/или тревога, импульсивность, деморализация (потеря самоконтроля) – возможные причины бессонницы. Гиперсомния также суицидоопасна.

Когнитивные нарушения и спутанность способствуют импульсивности в основе несуйцидального аутоагрессивного поведения, которое следует отличать (но мало отличима в литературе) от «истинного» СП. Когнитивный дефицит (врождённый или приобретённый ввиду основной болезни и / или депрессии, нежелательных действий лекарств) препятствует рациональному выбору альтернатив и их прогнозу на фоне биологического и психосоциального дистресса. Особо тяжело переносится (при обострённой самокритике) на ранних этапах мыслительным и творческим типами личности.

«... зачем ты хочешь убить себя? Он помедлил немного, а потом сказал в своей старой манере говорить хорошо продуманное: – Как ты думаешь, что происходит с человеком, которому шестьдесят второй и которому становится ясно, что он не может написать обещанные книги, и, что он вообще не может ничего сделать из того, что он сам себе обещал в лучшие дни?» *А. Хотчнер. «Папа Хемингуэй»*

Функциональные ограничения (Что такое *болезнь*, как не стеснённая в своей свободе жизнь? *К.Маркс*) – важный предиктор суицида [38].

Долгая агония Аршила Горки. Пережил геноцид армян. За последние 2 года в пожаре погибли лучшие картины, оперирован (рак кишечника), жена изменила и забрала детей; но последняя капля – сломал «рабочую» руку в автоаварии. Повесился (44), о чём предупреждал друзей, спустя месяц.

Беспомощность и потеря самоконтроля (вплоть до неспособности опавления естественных нужд, дышать самостоятельно) повышают риск СП, особо у привыкших управлять всеми аспектами своей жизни в отличие от приемлющих и приспосабливающихся к немоги и сторонней помощи.

Понимаешь ли ты это? Я – диабетик! Я никогда не болел... Не могу жить таким образом... Мне стыдно... Я не могу быть больным...». *Кларенс Хемингуэй*

Дистресс сопряжён с ощущением потери самоконтроля, «Я». Зависимость от сторонней помощи и потребность контролировать обстоятельства смерти – предикторы желания ускорить смерть.

Время для себя и окружающих. Ощущение себя обузой питает чувство вины ОБ перед семьёй. *Согласно* межличностной теории, сочетанные «слов» принадлежности (неудовлетворённая основная потребность социальной связи) как одиночество, (само)изоляция, семейный разлад, ощущение обременения собой («я – источник трудностей близких, облегчение им – моя смерть) создают психологический контекст СП.

Отёк ног. Пора, а то уже не смогу. Все – здесь, стоит только протянуть руку, решиться. Боролся всю ночь. Пора. Понедельник, 18 ноября 1918 г., 37 лет, 4 месяца, 9 дней. Гораздо проще, чем думают. *Дю Гар «Семья Тибо»*

Диагноз мучительного смертельного заболевания. Стрессогенное жизненное событие – сам по себе ухудшает психосоциальное функционирование, увеличивает риск преждевременной смерти от СП и сердечно-сосудистых болезней. Пик риска СП в период установления диагноза. Инстинкт самосохранения иногда импульс к самоубийству. *Станислав Ежи Лец*

Страх перед разрушительной «неизлечимой» болезнью, безнадёжность и отчаяние чаще сопутствуют суициду, чем реальные страдания.

Не угрожает ли мне безумие? Если так, меня следует предупредить: между сумасшествием и смертью колебания быть не может, и мой выбор уже сделан». *Мопассан – врачу.*

Увы, страхи страдальца оказались не беспочвенными.

Один из моих пациентов, на лечение которого я потратил много труда, покончил с собой вследствие неизлечимой половой болезни. *З.Фрейд*

Часть суицидов совершают лица с неуточнённым диагнозом на фоне возможной депрессии, «форпоста-симптома» или сопровождающей нераспознанный процесс. Больные и их близкие проходят при благополучном сценарии череду стадий: от шоковой (диагноз понимается «черной меткой»), через стадии отрицания, вытеснения информации, агрессии и депрессии – к примирению, принятию судьбы. Ряд продолжен фазой активного совладания с болезнью. Даже восприятие болезни смертельной не исключает надежду, поддержанную успехом лечения.

Наиболее уязвимые к дистрессу и его последствиям больные выбирает суицид до лечения в связи со страхом неизлечимости и неминуемых физических мучений при дефиците непредвзятой информации или изначальном недоверии к ней.

Врачи выявили у жены переводчика и писателя Ланна "рак желудка". Не дожидаясь страшного конца, Ланн ввёл обоим смертельную дозу морфия. Жена умерла сразу; Ланн, привычный к морфию, – через несколько дней. Рака при вскрытии не было. После смерти пары в писательских кругах бытовал «выход Ланна»: самоубийство как единственный выход из сложившегося положения.

Низкое качество лечебно - профилактической помощи – косвенно отражают уровни суицидов (УС) и парасуицидов, качество жизни (КЖ) пациентов в связи с фактической инвалидизацией, болями. Малая доступность помощи, неразвитость стационарзамещающих учреждений, социальной поддержки, бригадного (полипрофессионального) подхода, нерациональная (фармако-) терапия с выбором морально устаревших, небезопасных («лечение не должно быть горше самой болезни») малоэффективных методов, пренебрежение к эластичным потребностям больных и их близких, целевой психосоциальной работой. Пока же пациенты и их семьи (увы, и часть профессионалов) заражены мифами, мало и неверно информированы о болезни («заразности рака», выборе лечения, прогнозе), что усугубляет отчаяние и отверже-

ние от близких. Примеры самых расхожих заблуждений, чреватых бедой, следующие:

– обсуждение темы СП «наведёт пациента на мысль», «заразит» СП (например, так считает большинство онкологов, но 82,5% онкологических больных с суицидальным поведением, отмечают, что открытое, доверительное обсуждение темы суицида с врачом, напротив, способствовало улучшению их самочувствия [39]);

– пациенты, неоднократно угрожающие самоубийством, на самом деле не хотят умирать (тем не менее, это не всегда так. Угрозы могут быть лишь этапом суицидальной динамики на пути к добровольному уходу, и, нередко, носят признаки «призыва о помощи» [40]);

– предыдущие попытки суицида означают, что пациент не настроен умереть (в действительности неудавшаяся попытка при истинном намерении умереть могла быть причиной убеждённости в достаточной летальности выбранного способа или вовремя оказанной помощи; в другом случае – отсутствие разрешения ситуации после покушения может подвинуть человека на выбор более brutального способа суицида и т.д.);

– депрессия – нормальная реакция на заболевание;

– желание умереть обычно у тяжелобольного (напротив, большинство людей хотят прожить свою жизнь сполна, но, как правило, нуждаются в соответствующей психологической поддержке и эффективном контроле основных тягостных проявлений соматической болезни – боль, одышка, ограничения самообслуживания и др.) [26];

– риск СП и депрессия сами по себе исчезнут – «время лечит» (возможно лишь при благоприятном стечении обстоятельств и разрешении стрессовой ситуации, что встречается редко);

– самоубийство происходит «вдруг», без предупреждения (в большинстве случаев суицидальное поведение – стадийный и динамичный процесс, требующий времени, имеет свои периоды развития и характерные клинические проявления, в том числе в виде высказываний, изменений эмоционального фона и поведения) [41, 42];

– коли человек настроен умереть – ничто и никто его не удержит (внедряемые во многих странах мира, в том числе и России, системы суицидальной превенции свидетельствуют об обратном – суицидальное поведение и суицидальная смертность – потенциально регулируемые показатели, как на индивидуальном, так и популяционном уровнях) [43];

– попытка самоубийства снижает риск будущих (напротив, суицидальная попытка, свидетельствует о возможности её повторения – «переступивший черту однажды...») [40, 42]. При изучении суицидального анамнеза важно идентифицировать или исключить сам факт покушения, что нередко представляет определённые сложности. В одних случаях пациенты могут скрывать или амнезировать суицидальные попытки в прошлом, в других (в 2 случаях из 10) заявленное покушение в действительности к суицидальному поведению отнесено быть не может [44];

– агрессия снижает риск СП (тем не менее, свойственная конкретному индивиду агрессивность может поменять вектор – с гетероагрессии на аутоагрессию – суицидальное поведение);

– договор о несовершении суицида с врачом надёжен (увы, как правило, подобный договор суицидентом обесценивается и не удерживает его от рокового поступка).

Низкое качество сообщений средств массовой информации (СМИ) – фактор риска для находящихся на грани суицида и перенимающих сценарий СП [45], среди которых – онкобольные.

Суицидальные мысли. Среди опрошенных в 1988-1994 гг. 7589 респондентов 17-39 лет у 16% выявлены суицидальные мысли в течение жизни, но у 25% соматически больных, 35% – при ≥ 2 болезнях [46]. При контроле демографических характеристик, депрессии, употребления спиртного, соматические болезни повышают в 1,3 раза вероятность суицидальных мыслей.

И всё ужаснее, все безумнее вопли мученика до предела чувствительной, до предела напряжённой и уже воспаленной нервной системы. «Облегчи себе эту муку: умри!» или: «Пистолет служит для меня источником относительно приятных мыслей» или: «Ужасные и почти непрестанные мучения заставляют меня с жадностью ждать конца, и по некоторым признакам разрешающий удар уже близок». Он уже не находит превосходных степеней выражения для страданий, звучат почти монотонно в пронзительности и непрерывности, ужасные, почти нечеловеческие вопли, несущиеся из «собачьей конуры существования». *С. Цвейг. Фридрих Ницше.*

Суицидальные попытки – важнейший прогностический фактор риска суицида (поведение в лучшем случае прогнозирует поведение в прошлом [40]): 27-50% риск в различных условиях лечения [23]. Попытки суицида совершали 9% соматически больных и 16% при ≥ 2 болезнях против 5,5% в населении (юные и молодые); рак и астма повышают риск более, чем вчетверо [46]; 60-80% больных сообщали о суицидальных

мыслях [39, 47], и $> \frac{1}{4}$ совершили попытки суицида [47]. Исследования суицидальных попыток худшего качества, чем определяющие связь болезней с суицидами. Соотношение суицидов и попыток вряд ли менее 1:25. Части совершивших попытки требуется медицинская помощь [43], и они становятся соматическими больными с суицидальным анамнезом.

Суициды. При неактуальности легализации эвтаназии в Российской Федерации в отличие от улучшения повседневной (паллиативной) помощи, привлечено внимание к рациональному суициду в конечной фазе неизлечимой болезни, монологическом (добровольная смерть как мотив и цель совпадают) и диалогическом (цель – самоубийство, мотив – привлечение внимания близких), к «инициаторам смерти», по E. Schneidman, ускоряющих её при отказе от необходимой помощи и лечения.

Отказ от лечения. По Э. Дюркгейму, суицид – результат положительного или отрицательного поступка пострадавшего, знающего об ожидавших его результатах. По N. Farberow, «непрямое саморазрушение» включает пренебрежение врачебными рекомендациями. Данные о суицидах приуменьшены в связи с малым выявлением намеренной передозировки с помощью семей и отказом от операций или парентерального питания, гидратации («пассивная суицидальность» терминального больного). Уклонение от лечения, романтизированное выдуманной историей (слоган фильма «Пока не сыграл в ящик», США, 2007, – «Оторвись напоследок»), связано не только с внутренней картиной болезни, но и балансом польза (контроль симптомов и течения болезни) / вред (нежелательные действия).

Большинство больных никогда не совершит суицид при «понятности» мотива в самых тяжких и безнадёжных обстоятельствах.

Антисуицидальные факторы – чем их более, тем выше защитный барьер, менее риск СП. **Антисуицидальные факторы личности** – установки и переживания: любовь к семье; чувство долга, ответственность перед детьми (малыми, не родившимися), пожилым родителям, домашним питомцам, боязнь физической боли (когда страшимся смерти, думаем, прежде всего, о боли, её обычной предшественнице. *Монтень*), стать калекой; зависимость от общественного мнения («позор» суицида); о жизненном предназначении; эстетические критерии (не быть омерзительным после гибели); творческие планы [48].

Моне (72) перенёс операции в связи с катарактой глаз; вновь обрёл зрение, но видел ультрафиолет

как голубой или лиловый цвет, отчего его картины обрели новые цвета.

Огюст Ренуар страдал ревматоидным артритом с 55 лет: «*Меня снова царапал хирург. Ещё одна операция состоится через неделю, за ней последует ещё одна и ещё ... нет ни малейшего улучшения, и я лишь всё больше и больше становлюсь калекой. А так аппетит у меня нормальный. Всё идет хорошо*». Привязывал кисть к руке, чтобы работать С. 71 лет прикован к инвалидному креслу: «*...Если уж выбирать между ходьбой и живописью, выбираю живопись*».

В депрессии истощены, прежде всего, факторы, требующие энергии (креативность) [1].

Сильные стороны личности определены навыками адаптивного совладания с дистрессом, решения проблем, пониманием себя, компетентностью, духовностью, открытостью в поиске, принятии, поиске резервов помощи.

У физика Стивена Хокинга (21) определён БАС, приведший к параличу. Врачи считали, что жить ему осталось 2,5 года. В 43 года после трахеостомии утратил речь. Подвижность сохранял лишь указательный палец на правой руке. Впоследствии подвижность осталась лишь в мимической мышце щеки, напротив которой закреплён датчик. С его помощью физик управлял компьютером, позволяющим ему общаться.

С детства россиянин знает о подвиге жизни Н. Островского.

Профессиональные факторы: возможность профессионального роста, амбиции, занятость ограничивают употребление спиртного в рабочие часы, поощряют приверженность к лечению.

Психосоциальная формальная и неформальная поддержка близких, сотрудников, профессиональных служб, религиозной общины, клуба, группы самопомощи. Психиатрическое (антикризисное) лечение. Факторы лечения: терапевтическая связь, лечение депрессии, обеспечение безопасности пациента, особые кризисные вмешательства [1, 49].

Религиозные убеждения о грехе суицида и испытании жизненными невзгодами при сохранении надежды. Важна сила веры, а не конфессия.

Психосоциальные последствия (бремя) медицинских болезней. СП – следствие невыносимой жизни в связи с физическими, психологическими и социальными причинами; порог терпимых страданий субъективен, и единственная причина может быть только ускоряющим фактором. СП отражается на пациентах (жертве, других больных – случайных свидетелях), их близких и персонале, часто без целевой подготовки, в том числе в плане правильного реагирования на трагедию и проведение

профилактических мероприятий (поственция) [50, 51]. Дополнительно учитывают снижение профессионального уровня, материального достатка и социального положения. Предстоит объективизировать бремя СП в широкой перспективе: (семьи, медицинских затрат в связи с суицидальной попыткой).

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Профилактика суицидального поведения. Методические рекомендации. М., 1980. 24 с.
2. Mann J.J., Apter A., Bertolote J., et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294: 2064-74.
3. Karmakar C., Luo W., Tran T. et al. Predicting risk of suicide attempt using history of physical illnesses from electronic medical records. *JMIR. Ment. Health*. 2016; 3: 19.
4. Qin P., Webb R., Kapur N., Sørensen H.T. Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study. *J. Intern. Med*. 2013; 273: 48-58.
5. Perry I.J., Corcoran P., Fitzgerald A.P. et al. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first national registry. *PLoS One*. 2012; 7: e31663.
6. Dennis B.B., Roshanov P.S., Bawor M. et al. Re-examination of classic risk factors for suicidal behavior in the psychiatric population. *Crisis*. 2015; 36: 231-40.
7. 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; 9: 14.
8. Ласый Е.В., Новодворская М.В. Анализ предсмертных записок лиц, умерших вследствие суицида. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2011; 4: 40-55.
9. Зыков В.В., Мальцев А.Е. Значение соматических заболеваний в возникновении суицидального поведения. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (3): 5-6.
10. Зыков В.В., Мальцев А.Е., Шешунов И.В. Анализ мотивов совершения самоубийств на судебно-медицинском материале. *Вестник судебной медицины*. 2017; 6 (3) 21-25.
11. De Leo D., Draper B.M., Snowdon J., Kölvés K. Contacts with health professionals before suicide: missed opportunities for prevention? *Compr. Psychiatry*. 2013; 54: 1117-23.
12. Luoma J.B., Martin C.E., Pearson J.L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am. J. Psychiatry*. 2002; 159: 909-16.
13. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение пожилых. *Суицидология*. 2017; 8 (1): 3-16.
14. Klinitzke G., Steinig J., Blüher M. et al. Obesity and suicide risk in adults – a systematic review. *J. Affect. Disord*. 2013; 145: 277-84.
15. Mann J.J., Waternaux C., Haas G., Malone K. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry*. 1999; 156: 181-9.
16. Turner J., Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. *West. J. Med*. 2000; 172: 124-8.
17. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети». *Социальная и клиническая психиатрия*. 1999; 9 (4): 5-9.
18. Fishbain D.A., Lewis J.E., Gao J. The pain suicidality association: a narrative review. *Pain Med*. 2014; 15: 1835-49.
19. Tang N.K., Crane C. Suicidality in chronic pain: A review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol. Med*. 2006; 18: 1-12.
20. Campbell G., Darke S., Bruno R., Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Aust. NZ. J. Psychiatry*. 2015; 49: 803-11.
21. Bair M.J., Robinson R.L., Katon W. et al. Depression and pain comorbidity: A literature review. *Arch. Intern. Med*. 2003; 163: 2433-45.
22. Edwards R.R., Smith M.T., Kudel I., Haythornthwaite J. Pain-

В целом, обобщая приведённые выше данные, можно сделать вывод о том, что дальнейшие исследования связи СП с соматическими заболеваниями полезны для улучшения качества жизни, облегчения страданий пациентов и предотвращения СП.

References:

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Profilaktika suicidal'nogo povedeniya [Prevention of suicidal behaviour]. Metodicheskie rekomendacii. M., 1980. 24 s. (In Russ)
2. Mann J.J., Apter A., Bertolote J., et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294: 2064-74.
3. Karmakar C., Luo W., Tran T. et al. Predicting risk of suicide attempt using history of physical illnesses from electronic medical records. *JMIR. Ment. Health*. 2016; 3: 19.
4. Qin P., Webb R., Kapur N., Sørensen H.T. Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study. *J. Intern. Med*. 2013; 273: 48-58.
5. Perry I.J., Corcoran P., Fitzgerald A.P. et al. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first national registry. *PLoS One*. 2012; 7: e31663.
6. Dennis B.B., Roshanov P.S., Bawor M. et al. Re-examination of classic risk factors for suicidal behavior in the psychiatric population. *Crisis*. 2015; 36: 231-40.
7. 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; 9: 14.
8. Lasyj E.V., Novodvorskaja M.V. Analiz predsmertnyh zapisok lic, umershih vsledstvie suicida [Analysis of suicide notes of persons who died as a result of suicide]. *Psihiatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija [Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology]*. 2011; 4: 40-55. (In Russ)
9. Zykov V.V., Malcev A.E. The importance of somatic diseases in the occurrence of suicidal behavior. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 15 (3): 5-6. (In Russ)
10. Zykov V.V., Malcev A.E., Sheshunov I.V. Analiz motivov sovershenija samoubijstv na sudebno-medicinskom materiale [Analysis of the motives of committing of suicides by the forensic material]. *Vestnik sudebnoj mediciny [Journal of forensic medicine]*. 2017; 6 (3) 21-25. (In Russ)
11. De Leo D., Draper B.M., Snowdon J., Kölvés K. Contacts with health professionals before suicide: missed opportunities for prevention? *Compr. Psychiatry*. 2013; 54: 1117-23.
12. Luoma J.B., Martin C.E., Pearson J.L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am. J. Psychiatry*. 2002; 159: 909-16.
13. Lyubov E.B., Magurдумова L.G., Tsuprun V.E. Suicide behavior in older adults. *Suicidology*. 2017; 8 (1): 3-16. (In Russ)
14. Klinitzke G., Steinig J., Blüher M. et al. Obesity and suicide risk in adults – a systematic review. *J. Affect. Disord*. 2013; 145: 277-84.
15. Mann J.J., Waternaux C., Haas G., Malone K. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry*. 1999; 156: 181-9.
16. Turner J., Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. *West. J. Med*. 2000; 172: 124-8.
17. Krasnov V.N. Nauchno-prakticheskaja programma «Vyjavlenie i lechenie depressij v pervichnoj medicinskoj seti» [Scientific and practical program " detection and treatment of depression in the primary medical network"]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and clinical psychiatry]*. 1999; 9 (4): 5-9. (In Russ)
18. Fishbain D.A., Lewis J.E., Gao J. The pain suicidality association: a narrative review. *Pain Med*. 2014; 15: 1835-49.
19. Tang N.K., Crane C. Suicidality in chronic pain: A review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol. Med*. 2006; 18: 1-12.
20. Campbell G., Darke S., Bruno R., Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Aust. NZ. J. Psychiatry*. 2015; 49: 803-11.
21. Bair M.J., Robinson R.L., Katon W. et al. Depression and pain comorbidity: A literature review. *Arch. Intern. Med*. 2003; 163: 2433-45.
22. 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: 272-9.
23. 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.
 24. 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.
 25. 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.
 26. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Томск, 2005. 46 с.
 27. Зотов П.Б. Суицидальное поведение и эффективность контроля боли у онкологических больных. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 9 (4): 70-2.
 28. Смирнов А.В. Ведущие клинические проявления у больных с посттравматической ампутацией голени. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 9 (5): 34-5.
 29. Шаповров Д.Ю., Сахнюк И.И. К характеристике болевых проявлений у больных с ампутацией нижней конечности. *Тюменский медицинский журнал*. 2008; 3-4: 106-7.
 30. 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/s12871-017-0359-6.
 31. Зотов П.Б. «Болевой анамнез» у больных, перенесших ампутацию: особенности и клиническое значение. *Академический журнал Западной Сибири*. 2014; 10 (1): 12-4.
 32. 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): 52-6. doi: 10.1097/MRR.0000000000000259.
 33. 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): 1404-10. doi: 10.1016/j.apmr.2015.04.001.
 34. 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: 26-7.
 35. 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.
 36. Harnod T., Lin C.L., Kao C.H. Risk of suicide attempt in poststroke patients: a population-based cohort study. *J. Am. Heart. Assoc.* 2018. Jan 10; 7 (2). pii: e007830. doi: 10.1161/JAHA.117.007830.
 37. Bernert R.A., Kim J.S., Iwata N.G., Perlis M.L. Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. *Curr. Psychiatry Rep.* 2015; 17: 554.
 38. Kaplan M.S., McFarland B.H., Huguet N., Newsom J.T. Physical illness, functional limitations, and suicide risk: a population-based study. *Am. J. Orthopsychiatry.* 2007; 77: 56-60.
 39. Зотов П.Б. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей-онкологов. *Суицидология*. 2011; 2 (4): 18-25.
 40. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 23-35.
 41. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения. *Академический журнал Западной Сибири*. 2010; 3: 35-7.
 42. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение II. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 18-26.
 43. Любов Е.Б., Паршин А.Н. Клинико-экономические исследования суицидального поведения. *Суицидология*. 2016; 7 (1): 11-28.
 44. Rogers M.L., Hom M.A., Dougherty S.P., et al. Comparing suicide risk factors among individuals with a history of aborted, interrupted, and actual suicide attempts. *Arch. Suicide. Res.* 2018. Oct; 10: 1-34. doi: 10.1080/13811118.2018.1522283.
 - related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain*. 2006; 126: 272-9.
 23. 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.
 24. 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.
 25. 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.
 26. Zotov P.B. Suicidal behavior of patients with advanced cancer [Suicidal behavior of patients with advanced cancer] (etiopatogenez, klinicheskie formy, optimizacija palliativnoj pomoshhi): Avtoref. diss. ... dokt. med. nauk. Tomsk, 2005. 46 s. (In Russ)
 27. Zotov P.B. Suicidal behavior and effectiveness of pain control in cancer patients. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (4): 70-2. (In Russ)
 28. Smirnov V. Leading clinical manifestations in patients with post-traumatic amputation of the Shin. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (5): 34-5. (In Russ)
 29. 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)
 30. 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/s12871-017-0359-6.
 31. Zotov P.B. "Pain anamnesis" in patients undergoing amputation: features and clinical significance. *Academic Journal of West Siberia*. 2014; 10 (1): 12-4. (In Russ)
 32. 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): 52-6. doi: 10.1097/MRR.0000000000000259.
 33. 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): 1404-10. doi: 10.1016/j.apmr.2015.04.001.
 34. 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: 26-7. (In Russ)
 35. 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.
 36. Harnod T., Lin C.L., Kao C.H. Risk of suicide attempt in poststroke patients: a population-based cohort study. *J. Am. Heart. Assoc.* 2018. Jan 10; 7 (2). pii: e007830. doi: 10.1161/JAHA.117.007830.
 37. Bernert R.A., Kim J.S., Iwata N.G., Perlis M.L. Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. *Curr. Psychiatry Rep.* 2015; 17: 554.
 38. Kaplan M.S., McFarland B.H., Huguet N., Newsom J.T. Physical illness, functional limitations, and suicide risk: a population-based study. *Am. J. Orthopsychiatry.* 2007; 77: 56-60.
 39. Zotov P.B. Suicidal behavior of cancer patients. The ratio of oncologists. *Suicidology*. 2011; 2 (4): 18-25. (In Russ)
 40. Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 23-35. (In Russ)
 41. Zotov P.B. Identification of clinical forms and classification of suicidal behavior. *Academic Journal of West Siberia*. 2010; 3: 35-7. (In Russ)
 42. Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation II. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 18-26. (In Russ)
 43. Lyubov E.B., Parshin A.N. The clinical and economic studies of suicidal behavior. *Suicidology*. 2016; 7 (1): 11-28. (In Russ)
 44. Rogers M.L., Hom M.A., Dougherty S.P., et al. Comparing suicide risk factors among individuals with a history of aborted, interrupted, and actual suicide attempts. *Arch. Suicide. Res.* 2018. Oct; 10: 1-34. doi: 10.1080/13811118.2018.1522283.

45. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I. *Суицидология*. 2012; 3: 20-9.
46. Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illness. *Arch. Intern. Med.* 2000; 160: 1522-6.
47. McGuire N.K. Inpatient suicide in the general medical setting: an integrative literature review. Montana: Montana State University, 2011.
48. Ефремов В.С. Основы суицидологии. СПб, 2004. 479 с.
49. Lewis D.S., Anderson K.H., Feuchtinger J. Suicide prevention in neurology patients: evidence to guide practice. *J. Neurosci. Nurs.* 2014; 46: 241-8.
50. Любов Е.Б. Клинико-социальное бремя близких жертвы суицида: если бы. *Суицидология*. 2017; 8 (4): 56-76.
51. Образцова А.С. О группе поддержки переживающих суицид близкого. *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (3): 72-4.
45. Lyubov E.B. Mass media and copycat suicidal behavior: Part I. *Suicidology*. 2012; 3: 20-9. (In Russ)
46. Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illness. *Arch. Intern. Med.* 2000; 160: 1522-6.
47. McGuire N.K. Inpatient suicide in the general medical setting: an integrative literature review. Montana: Montana State University, 2011.
48. Efremov V.S. Osnovy suicidologii [Basics of suicide]. SPb, 2004. 479 s. (In Russ)
49. Lewis D.S., Anderson K.H., Feuchtinger J. Suicide prevention in neurology patients: evidence to guide practice. *J. Neurosci. Nurs.* 2014; 46: 241-8.
50. Lyubov E.B. Clinical and social burden for suicide survivors: if i had dealt with it properly. *Suicidology*. 2017; 8 (4): 56-76. (In Russ)
51. Obraztsova A.S. support group experiencing the suicide of a close. *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (3): 72-4. (In Russ)

SOMATIC PATHOLOGY AMONG SUICIDE RISK FACTORS. REPORT I.

P.B. Zotov¹, E.B. Lyubov², E.G. Skryabin¹, A.V. Efanov¹, N.A. Borodin¹, T.V. Bespalova³

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

²Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbsky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

³Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Khanty-Mansiysk, Russia

Abstract: A review of the literature on the risk of suicidal behavior (SB) in various somatic diseases is presented. Factors increasing suicidal risk. The relationship between suicides and severity, duration (3-48 months) of physical illness, the frequency of hospitalizations indirectly indicating the severity of the disease is shown. The risk of SB is higher in young and old persons, that are lonely and have a low socioeconomic level (possibly due to a chronic disease); SB is higher in women. Depression (in 60% of the victims in the general population), *substance abuse* is closely associated with suicides. *Chronic pain* increases the risk of suicide by a factor of 2–3 over a lifetime. "Severe pain" is associated with a 5-fold increase in the risk of suicide; 4% of suicide attempts are initiated by pain, and 8.8% suicide attempters were registered to have signs of chronic pain. In 80-95% of oncological patients, chronic pain is recorded and the insufficient analgesic effect is the leading factor of suicidal risk among this category of patients (the risk of suicide is 4 times higher). Within 2 years after suffering a stroke, the risk of suicide increased 2.2 times. Attempts to commit suicide make up 16-27% of those suffering from phantom pains. *Sleep disorders* – prolonged insomnia, particularly intermittent nightmares, associated with increased risk of SB (from thought to action) by 2-3 times. *Helplessness and loss of control*, especially among those accustomed to manage all aspects of their lives, as opposed to accepting and adapting to weakness and external help, increase the risk of SB. *The diagnosis* of a painful lethal disease. Fear of a destructive "incurable" disease, hopelessness and despair more often accompany suicide than real suffering. The *low quality of treatment and preventive care* indirectly reflect the levels of suicides and parasuicides, the quality of life of patients in connection with actual disability and pain. *The low quality of media messages* is a risk factor for those on the verge of suicide and adopting the SB pattern. *Suicidal thoughts* are detected in 25% of patients who are somatically ill, 35% - in case of those suffering from ≥ 2 diseases. Of demographic characteristics, depression, alcohol consumption, somatic diseases increase the probability of suicidal thoughts by 1.3 times. *Suicide attempts*, the most important predictor of suicide risk, were made by 9% of patients who are somatically ill and 16% of those having ≥ 2 diseases versus 5.5% of the younger population. *Refusal of treatment*, including neglect of medical recommendations.

The reduction in suicidal risk is associated with the influence of protective factors. *Anti-suicidal factors* – the more there are of them, the higher is the protective barrier, the less is the risk of SB. *Professional factors*: opportunity for professional growth, ambition, employment encourage adherence to treatment. *Psychosocial formal and informal support* of relatives, employees, professional services, religious community, club, self-help group. Psychiatric (anti-crisis) treatment. *Religious beliefs* about the sin of suicide and experiencing the hardships of life while maintaining hope. *Psychosocial effects of diseases* and SB. The joint venture affects patients (the victim, other patients - casual witnesses), their relatives and staff, often without targeted training, including in terms of the proper response to the tragedy and the implementation of preventive measures (postvention). In conclusion, the authors state that further studies of the association of joint ventures with somatic diseases are useful for improving the quality of life, alleviating the suffering of patients and preventing joint ventures.

Keywords: suicide, suicidal behavior, suicide risk, risk factors, prevention, somatic diseases, somatic pathology

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Зотов П.Б., Любов Е.Б., Скрябин Е.Г., Ефанов А.В., Бородин Н.А., Беспалова Т.В. Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 112-121. doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-112-121](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-112-121)

For citation: Zotov P.B., Lyubov E.B., Skryabin E.G., Efanov A.V., Borodin N.A., Bespalova T.V. Somatic pathology among the factors of suicide risk. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 112-121. (In Russ) doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-112-121](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-112-121)

БОРИС СЕРГЕЕВИЧ ПОЛОЖИЙ (к 70-летию со дня рождения)

16 августа 2018 г. исполнилось 70 лет доктору медицинских наук, профессору, Заслуженному деятелю науки РФ Борису Сергеевичу Положему.

В 1972 г. окончил Томский медицинский институт, после окончания которого работал участковым психиатром, заведующим отделением Томской областной психиатрической больницы. В 1978 г. защитил кандидатскую диссертацию «Пограничные нервно-психические расстройства у студентов (клинико-эпидемиологические и реабилитационные аспекты)». В 1980 г. участвовал в создании Сибирского филиала Института психиатрии АМН СССР (ныне – Институт психического здоровья СО РАН). В 1981 г. был избран на должность руководителя отдела профилактической психиатрии этого института. В 1985 г. защитил докторскую диссертацию «Эпидемиология, клиника и профилактика нервно-психических расстройств у работников промышленности». С 1986 по 1993 гг. работал заместителем директора по науке НИИ психического здоровья Томского научного центра АМН СССР. С 1993 г. по настоящее время работает в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского МЗ РФ). С 1993 по 2017 гг. возглавлял в институте Отдел экологических и социальных проблем психического здоровья, с 2017 г. – Отдел клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала НМИЦПН им. В.П. Сербского.



В своей научной деятельности Б.С. Положий уделяет особое внимание новым или недостаточно разработанным разделам психиатрии. В частности, он является одним из основателей российской промышленной психиатрии, экологической психиатрии, этнокультуральной психиатрии. Б.С. Положему принадлежит большой вклад в современное развитие социальной психиатрии и клинической суицидологии. Им выполнены крупномасштабные клинико-эпидемиологические исследования психического здоровья работников различных отраслей промышленности (приборостроительной, газовой, металлургической, угольной, и др.), разработаны дифференцированные программы охраны психического здоровья работающих, формы и методы психопрофилактики на промышленном производстве. Изучены этнокультуральные особенности психических расстройств и суицидального поведения представителей финно-угорских, тюркских, монгольских этнических групп населения и малочисленных народов России. Б.С. Положим разработана оригинальная концепция суицидального поведения, методы дифференцированной профилактики самоубийств, региональные программы суицидологической помощи с учётом социально-экономического состояния регионов и этнокультурального состава населения.

Б.С. Положий является автором около 400 научных работ, в том числе, 16 монографий и руководств. Является членом редакционной коллегии активным автором журнала «Суицидология».

Среди научных работ – фундаментальные труды, как монография «Этнокультуральная психиатрия» (в соавторстве с академиком Т.Б. Дмитриевой), удостоенная премии РАМН им. В.М. Бехтерева за лучшую работу в области психиатрии и неврологии, уникальная монография «Суициды в России и Европе», подготовленная совместно с ведущими суицидологами 15 европейских стран. Под редакцией Б.С. Положего подготовлено первое российское «Руководство по социальной психиатрии», вышедшее в двух изданиях. Он является редактором и автором ряда ключевых глав первого российского «Национального руководства по суицидологии» (в печати).

Профессора Б.С. Положего отличают открытость, творческое мышление и уважительное отношение к коллегам, неизменный оптимизм в науке и жизни. В текущем году он принял активное участие в организации первого в РФ «Научно-практического центра профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних» при НМИЦПН им. В.П. Сербского и стал его руководителем.

Поздравляем юбиляра и желаем ему благополучия, крепкого здоровья, оптимизма и дальнейших творческих успехов!

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

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

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

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

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

4. Перед названием статьи указывается УДК.

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

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

7. К статье прилагается развёрнутое резюме объемом 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.

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

Для каждого автора целесообразно 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 в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

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

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

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

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

В списке литературы указываются:

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

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

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

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

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

Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки

текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия её требованиям журнала.

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

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