

Ю. В. Попов, А. А. Пичиков

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ



Ю. В. Попов, А. А. Пичиков

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ

Санкт-Петербург
СпецЛит
2017

УДК 159.99

П58

А в т о р ы:

Попов Юрий Васильевич — заместитель директора института по научной работе, руководитель отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор;

Пичиков Алексей Александрович — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева

Р е ц е н з е н т ы:

Нечипоренко Валерий Владимирович — доктор медицинских наук, профессор кафедры и клиники психиатрии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова;

Гречаный Северин Вячеславович — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета

Попов Ю. В., Пичиков А. А.

П58 Суицидальное поведение у подростков / Ю. В. Попов, А. А. Пичиков. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. — 366 с. — ISBN 978-5-299-00891-3.

В монографии рассматриваются наиболее важные аспекты, связанные с современным пониманием суицидального поведения у подростков. В рамках биопсихосоциального подхода описаны и проанализированы половые различия суицидального поведения юношей и девушек. Приведены современные принципы диагностики и профилактики суицидоопасных состояний у подростков. Даются рекомендации по фармакотерапии душевных расстройств, связанных с высоким суицидальным риском, а также по организации помощи молодым людям, совершившим суицидальную попытку.

Издание предназначено для врачей, медицинских сестер, медицинских психологов, педагогов, социальных работников, а для также широкого круга интересующихся данной проблемой читателей.

Авторы выражают благодарность за помощь в оформлении монографии А. В. Начатой.

УДК 159.99

ISBN 978-5-299-00891-3

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2017



*160-летию со дня рождения
академика В. М. Бехтерева
и 110-летию основанного
им психоневрологического института
посвящается*

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	6
Статья В. М. Бехтерева «О причинахъ самоубійства и о возможной борьбѣ съ нимъ».....	8
ВВЕДЕНИЕ	44
ГЛАВА 1. Современные взгляды на суицидальное поведение.....	49
ГЛАВА 2. Особенности суицидального поведения у подростков	77
ГЛАВА 3. Половые различия суицидального поведения у подростков	103
ГЛАВА 4. Диагностика суицидального поведения.....	154
ГЛАВА 5. Фармакотерапия и суицидальное поведение.....	204
ГЛАВА 6. Профилактика суицидального поведения.....	232
ГЛАВА 7. Организация суицидологической помощи	273
ПРИЛОЖЕНИЯ	302
ЛИТЕРАТУРА	333

ПРЕДИСЛОВИЕ

Есть лишь одна по-настоящему серьезная философская проблема — проблема самоубийства.

Решить, стоит или не стоит жизнь того, чтобы ее прожить, — значит ответить на фундаментальный вопрос философии.

Альбер Камю

Начало прошлого века ознаменовалось не только «тектоническими» сдвигами в истории и жизни народов, но и фундаментальными открытиями в различных областях науки и, в частности, медицины. Целая плеяда наших великих соотечественников принимала самое активное участие в создании новых научных направлений и школ, которые в дальнейшем стали корнями того могучего дерева, коим может быть обозначена российская наука на сегодняшний день. Одним из зачинателей отечественной психоневрологии стал В. М. Бехтерев. Фактически поставив сложнейшую задачу «познать человека», он не мог обойти вниманием и такой вопрос человеческого бытия, как стремление индивида к лишению себя жизни.

Одной из основополагающих работ того времени в области изучения суицидального поведения стала статья В. М. Бехтерева «О причинах самоубийства и о возможной борьбе с ним», опубликованная в 1912 г. и являвшаяся, по сути, стенографией его речи, произнесенной на съезде психиатров и невропатологов в Москве в сентябре 1911 г. В этой работе В. М. Бехтерев обозначил круг наиболее значимых вопросов в области суицидологии, которые только с началом XX в. были лишь частично разрешены. В определенной степени этот труд способствовал усилению интереса к данной проблеме и со стороны других ученых того времени. В первую очередь это касается работы известнейшего социолога П. А. Сорокина под названием «Самоубийство как общественное явление» (1913), а также лекции (опубликованной в 1913 г.) «О самоубийствах» первого русского нобелевского лауреата И. П. Павлова. Размышления этих авторов о важнейших вопросах суицидального поведения с точки зрения психоневрологии (биопсихосоциальный подход), социологии (влияние

общественной формации и конфликтов), физиологии высшей нервной деятельности (потеря «рефлекса цели» как причина суицидального поведения) прекрасно дополняются работами из области юриспруденции — «Самоубийство в законе и жизни» А. Ф. Кони (1898) и философии — «О самоубийстве (психологический этюд)» Н. А. Бердяева (1931). Вместе они являются «золотым фондом» отечественной суицидологии и служат источником размышлений и новых идей для современного исследователя.

Продолжая традиции, заложенные В. М. Бехтеревым, сотрудники отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста нашего института и в настоящее время продолжают научные изыскания в этой области. Основоположник подростковой психиатрии в нашей стране профессор А. Е. Личко уже в своих первых книгах, являющихся до сих пор актуальными для специалистов, работающих с подростками (Психопатии и акцентуации характера у подростков, 1977; Подростковая психиатрия, 1979), достаточно подробно осветил проблему суицидального поведения у молодежи. Ученик А. Е. Личко и один из авторов настоящего издания еще в 1978 г. опубликовал свою первую работу по суицидам у подростков, а другой соавтор в 2015 г. успешно защитил кандидатскую диссертацию на эту тему. Фактически около 40 лет проблемы подростковой суицидологии остаются в центре внимания и обозначают одно из основных направлений работы отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, скромные результаты которой и предлагаются вниманию читателя.

Также для нас является большой честью, предворяя данную работу, предоставить читателю возможность познакомиться с текстом статьи В. М. Бехтерева «О причинах самоубийства и о возможной борьбе с нимъ», уже давно ставшей библиографической редкостью.

Директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, президент Российского общества психиатров, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор

Н. Г. Незнанов

ПСИХО-НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ИНСТИТУТЪ.

О причинахъ самоубійства

И

о возможной борьбѣ съ нимъ.

Акад. В. М. БЕХТЕРЕВА.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Т-во Художественной Печати", Ивановская, 14.

1912.

О ПРИЧИНАХ САМОУБИЙСТВА И О ВОЗМОЖНОЙ БОРЬБЕ СЪ НИМЪ

По многочисленнымъ описаніямъ катастрофъ съ человѣческими жертвами, случающихся время отъ времени по непредвидѣннымъ обстоятельствамъ, всякому хорошо извѣстно, какъ борется человѣкъ за свою жизнь, какія усилія онъ употребляетъ для того, чтобы спасти себя отъ гибели, и между тѣмъ тотъ же самый человѣкъ, который такъ боролся за свою жизнь, когда его готова была поглотить стихія, кончаетъ иногда тѣмъ, что самъ, не задумываясь, бросается въ воду или беретъ за револьверъ, схватываетъ ножъ или ядъ и этимъ путѣмъ прекращаетъ свою жизнь, которой онъ еще недавно такъ дорожилъ. Быть можетъ, еще день тому назадъ, а иногда даже нѣсколько часовъ прежде, человѣкъ, кончившій самоубійствомъ, отвернулся бы съ ужасомъ отъ того, кто предложилъ бы ему покончить съ собою.

И что особенно замѣчательно: если попытка самоубійства не удалась, то въ большинствѣ случаевъ спасенный испытываетъ извѣстное довольство, заявляетъ желаніе жить, въ случаѣ бывшаго отравленія съ усердіемъ принимаетъ лѣкарства, словомъ, ведетъ себя, какъ человѣкъ, дорожащій своею жизнью, отказываясь отъ повторенія своей попытки.

Это, по крайней мѣрѣ, относится къ огромному большинству лицъ, дѣлавшихъ попытки къ самоубійству. Душевно-больные въ этомъ случаѣ, конечно, не идутъ въ счетъ.

Итакъ, не загадочно ли, что инстинктъ самосохраненія, являющійся однимъ изъ основныхъ инстинктовъ человѣческой природы, ибо онъ начинается съ появленіемъ на свѣтъ, проявляясь съ первымъ глоткомъ материнскаго молока, въ зависимости отъ тѣхъ или другихъ условий въ человѣкѣ подавляется, и на сцену выдвигается какъ-бы роковая потребность совершенно противоположнаго характера, потребность безпощаднаго самоуничтоженія, потребность истребить себя во что бы то ни стало.

Но эта потребность является лишь временною; неудавшаяся попытка уже вновь возвращаетъ инстинктъ жизни и заботу о ней.

Вотъ загадка, которая еще не разрѣшена современной наукой. Если сама жизнь есть неразгаданный сфинксъ, то этотъ сфинксъ, безъ сомнѣнія, становится для насъ еще загадочнѣе, коль скоро мы остановимся хотя бы на минуту на вопросѣ о самоубійствѣ и его причинахъ, которыя, какъ извѣстно, не щадятъ даже и дѣтскаго возраста.

Къ сожалѣнію, насколько общія причины самоубійствъ уже намѣчены статистикой, индивидуальныя причины, т. е. причины, лежащія въ самой личности человѣка, еще мало изучены, и вотъ почему. До сихъ поръ главнымъ матеріаломъ изслѣдованія самоубійства являлись статистическія данныя съ обрывками свѣдѣній объ индивидуальныхъ причинахъ самоубійства, — данныя, въ которыхъ главнымъ матеріаломъ для выясненія причинъ служатъ результаты полицейскаго дознанія, показанія родственниковъ или окружающихъ лицъ или, наконецъ, показанія самого самоубійцы, изложенныя имъ въ оставленной запискѣ.

Но кто не знаетъ, въ какой мѣрѣ можно довѣрять въ такихъ случаяхъ полицейскимъ дознаніямъ. Да и указанія родственниковъ развѣ могутъ дать больше того, что говоритъ имъ ближайшій поводъ, повлекшій за собою самоубійство.

Еще менѣ можно довѣрять запискамъ самихъ самоубійцъ, хотя этимъ пользуются многіе. Въ такомъ случаѣ, какъ лишеніе себя жизни, возможно ли строгое взвѣшиваніе самимъ лицомъ всѣхъ данныхъ, приведшихъ къ катастрофе, — данныхъ, которыя часто для самого самоубійцы остаются даже и неизвѣстными или, по крайней мѣрѣ, недоступными для его оцѣнки (напр., при наслѣдственномъ расположеніи, алкоголизмѣ и пр.).

Да и можетъ-ли быть вообще производима оцѣнка индивидуальныхъ причинъ, поведшихъ къ самоубійству, человѣкомъ за нѣсколько минутъ до наложенія на себя рукъ, — человѣкомъ, который, несомнѣнно, долженъ испытывать известную эмоцію и предъ которымъ ярче всего выступаетъ ближайшій внѣшній моментъ, а между тѣмъ, послѣдній нерѣдко является ничѣмъ инымъ, какъ только поводомъ, настоящія же причины давно подготовили самоубійство, которое наступаетъ неизбежно, разражаясь уже роковымъ образомъ при данномъ поводѣ. Очевидно, что послѣдній здѣсь играетъ роль легкаго толчка, сваливающего большой камень съ высоты, который давно уже подмывала вода и который давнымъ давно грозилъ паденіемъ.

Вотъ почему всѣмъ тѣмъ субъективнымъ мотивамъ, которые указываются въ статистикахъ самоубійствъ, не слѣдуетъ придавать того значенія, которое имъ придаютъ въ настоящее время.

Если статистика указываетъ какъ на причину самоубійства на стыдъ или страхъ, безнадежную любовь или разочарованіе въ жизни, то нужно помнить, что дѣло идетъ здѣсь лишь о ближайшихъ поводахъ къ самоубійству, а ничуть не о дѣйствительныхъ причинахъ, которыя часто лежатъ гораздо глубже и нерѣдко представляютъ собою цѣлую совокупность неблагопріятно сложившихся условий.

Числа самоубійствъ, которыя при сопоставленіи со строго провѣренными объективными данными даютъ соотвѣтственные выводы, раскрываютъ намъ дѣйствительныя соотношенія между количествомъ самоубійствъ и социальными катаклизмами, между количествомъ самоубійствъ и экономическими бѣдствіями, между количествомъ самоубійствъ и развитіемъ алкоголизма въ странѣ и т. п.

Точно также отношеніе количества самоубійствъ къ возрастамъ и полу, отношеніе его къ семейному и общественному положенію, предпочтительные способы самоубійства въ разныхъ условіяхъ и т. п. — все это легко провѣряется и подсчитывается статистикой.

Но слѣдуетъ имѣть въ виду, что какъ ни важенъ статистическій методъ, онъ не можетъ освѣтить всѣ условія, приводящія къ самоубійству, и въ особенности не можетъ раскрыть полностью индивидуальныя его причины, не учитываемыя статистическимъ путемъ.

Ихъ можно раскрывать лишь путемъ тщательнаго выясненія всѣхъ обстоятельствъ, предшествующихъ акту самоубійства, путемъ всесторонняго освѣщенія жизни даннаго лица и его наслѣдственныхъ условій, а, гдѣ возможно, при сохраненіи жизни покушавшагося на самоубійство, и путемъ подробнаго изслѣдованія его нервно-психическаго состоянія и вообще всего организма.

Вотъ почему, кромѣ обычнаго въ данномъ случаѣ статистическаго метода изслѣдованія самоубійства, подсчитывающаго массовые результаты, должно имѣть въ виду еще и клинической методъ индивидуальнаго изслѣдованія самихъ самоубійць.

Для этой цѣли врачи, которымъ приходится имѣть дѣло съ изслѣдованіемъ самоубійствъ, должны собирать тщательнѣйшимъ образомъ анамнезъ¹ самоубійцы, а если дѣло кончилось благополучно и человекъ остался живымъ, или, по крайней мѣрѣ, остается жить нѣкоторое время, онъ самъ долженъ быть подвергнутъ врачебному изслѣдованію, столь-же всестороннему, какъ изслѣдуется или, по крайней мѣрѣ, какъ долженъ быть изслѣдуемъ всякій вообще больной.

Собравши всѣ вообще свѣдѣнія о данномъ лицѣ, а тѣмъ болѣе имѣвъ возможность самого его изслѣдовать всесторонне, не трудно будетъ выяснитъ дѣйствительныя индивидуальныя причины самоубійства тамъ, гдѣ онъ остаются на первыхъ порахъ скрытыми или гдѣ указываются причины, которыя никакъ не могутъ быть признаны имѣвшими въ указанномъ отношеніи существенное значеніе.

Возьмите, напримеръ, недавнее самоубійство извѣстнаго художника Крыжицкаго. Могло ли кого-либо удовлетворить объясненіе, что художникъ палъ жертвою клеветы, когда эту клевету онъ могъ самъ легко разсѣять? Да и величіе его таланта могло ли пострадать отъ тѣхъ гнусныхъ нападокъ, которыя были направлены противъ его личности? Ясно, что дѣйствительныя причины лежатъ не въ этихъ поводахъ, которые статистика занесла бы въ свой реестръ, какъ причину самоубійства, а въ самой личности художника, которая, очевидно, давно, уже носила въ себѣ слѣды неустойчивости характера, что и явилось въ данномъ случаѣ основною причиною, приведшей къ самоубійству, клевета же сыграла лишь роль капли, переполнившей чашу.

Отсюда ясно, что безъ клиническаго метода изслѣдованія, къ которому изъ болѣе новѣйшихъ относятся работы Лебедева², Розанова³, Гапр'а, Stelzner'a и др., невозможно раскрыть всѣ причины самоубійства, какъ невозможно вполне изучать причины какого-либо болѣзненнаго расстройства путемъ одной лишь статистики, не изучая въ подробности всѣхъ вообще обстоятельствъ, предшествовавшихъ данному заболѣванію въ отдѣльныхъ случаяхъ и не подведя этимъ путемъ соотвѣствующихъ итоговъ.

Не лишено значенія и выясненіе самаго способа и обстоятельствъ самоубійства, такъ какъ въ отдѣльныхъ случаяхъ, правда, несчастныхъ, способъ самоубійства можетъ говорить за совершеніе его подъ вліяніемъ душевной болезни.

Такъ, напримеръ, жестокій, медленный и вообще необычный способъ самоубійства, иногда своеобразная бьющая въ глаза обстановка самоубійства, многократное повтореніе попытокъ на самоубійство, отсутствіе внѣшнихъ поводовъ къ самоубійству и недостатокъ раскаянія при совершенной попыткѣ можетъ говорить уже за самоубійство подъ вліяніемъ душевной болезни или временныхъ приступовъ душевнаго расстройства.

Этотъ методъ изслѣдованія обстоятельствъ, сопровождавшихъ самоубійство, и способа его совершенія можетъ быть названъ судебно-медицинскимъ методомъ изслѣдованія самоубійства.

Въ этомъ направленіи по отношенію къ душевно-больнымъ сдѣланы наблюденія уже рядомъ психіатровъ, между прочимъ, извѣстнымъ Grisinger'омъ, Moreau, Morselli и другими.

По Briere de Voismont'у, душевно-больные самоубійцы буд-то бы не склонны оставлять записки. Но этотъ фактъ имѣть во всякомъ случаѣ условную цѣну и получаетъ значеніе лишь въ сопоставленіи со всѣми другими данными.

Наконецъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣло кончилось смертью, необходимо еще пополнить собранныя свѣдѣнія результатами вскрытія. Но этотъ методъ, которымъ уже пользовались нѣкоторые авторы (въ числѣ ихъ упомянемъ о Landerberger'ѣ, Heller'ѣ, Brosch'ѣ и др.), получаетъ значеніе лишь въ томъ случаѣ, когда могутъ быть открыты какіе-либо признаки патологическаго состоянія мозговыхъ функцій, отсутствіе же положительныхъ находокъ не можетъ говорить ни противъ душевной болѣзни, какъ причины самоубійства, ни за нее.

Дѣло въ томъ, что, если мы будемъ имѣть дѣло даже съ несомнѣнными душевно-больными, то и въ этомъ случаѣ по изслѣдованію мозга только въ случаяхъ, сопровождающихся органическими пораженіями мозговой ткани, можетъ быть опредѣлена душевная болѣзнь. Во многихъ же другихъ случаяхъ при существованіи душевной болѣзни безъ тонкаго микроскопическаго изслѣдованія нельзя открыть вообще никакихъ измѣненій мозга, да и эти микроскопическія измѣненія не носятъ обыкновенно столь характерныхъ особенностей, чтобы они могли говорить только за душевную болѣзнь и исключать всякое другое болѣзненное состояніе (напримѣръ, острую инфекцію, отразившуюся на мозгѣ).

Тѣмъ не менѣе, нельзя умалять значенія этого метода тамъ, гдѣ путемъ вскрытія мозга открываются несомнѣнные слѣды душевной болѣзни, ибо они удостовѣряютъ иногда фактъ душевной болѣзни, который иначе не могъ быть констатированъ никакимъ инымъ способомъ (напримѣръ, при отсутствіи родныхъ и близкихъ знакомыхъ, могущихъ дать свѣдѣнія о личности самоубійцы). Однако, число самоубійць, относительно которыхъ посмертное изслѣдованіе даетъ несомнѣнныя указанія на бывшую душевную болѣзнь, невелико. Heller, напримѣръ, опредѣляетъ его лишь въ 5,3 % всѣхъ случаевъ самоубійствъ.

Слѣдуетъ, однако, имѣть въ виду, что вскрытіе можетъ открывать не только одни несомнѣнные признаки душевной болѣзни, но и тѣ или другія уклоненія или измѣненія мозга, его оболочекъ и другихъ частей организма, которыя имѣютъ лишь относительное значеніе, но тѣмъ не менѣе не представляются ничего не значущими.

По-видимому, къ такимъ именно уклоненіямъ и измѣненіямъ относится статистика Brosch'a, который на 327 солдатъ-самоубійць австрійской арміи нашель въ 101 случаѣ измѣненія мозга и его оболочекъ, нерѣдко еще и наряду съ измѣненіями другихъ органовъ⁴.

Итакъ, при изслѣдованіи причинъ самоубійствъ мы должны имѣть въ виду три и даже четыре метода: статистическій, клинической, судебно-медицинскій и патолого-анатомическій, при чемъ каждый имѣетъ свое особое значеніе и служитъ дополненіемъ одинъ другому. Поэтому-то, чего не можетъ дать статистическій методъ, можетъ раскрыть намъ клинической методъ, а гдѣ клинической методъ не даетъ полныхъ результатовъ, можетъ дать иногда положительные результаты судебно-медицинскій и патолого-анатомическій методы, которые во всякомъ случаѣ являются важнымъ дополненіемъ клиническому изслѣдованію.

Но несомнѣнно, что вопросы самоубійства наиболѣе полно могутъ быть освѣщены только при содѣйствіи всѣхъ упомянутыхъ методовъ изслѣдованія, а не какого-либо одного изъ нихъ.

Теперь посмотримъ, что даетъ намъ статистическій методъ изслѣдованія въ отношеніи изученія причинъ самоубійства.

Не подлежитъ сомнѣнію, что этотъ методъ впервые освѣтилъ цѣлый рядъ общихъ внѣшнихъ условій, которыя оказываютъ существенное вліяніе на развитіе самоубійства.

Прежде, когда господствовало воззрѣніе о свободной волѣ, казалось кощунственнымъ съ точки зрѣнія нравственныхъ воззрѣній искать въ самоубійствѣ, какъ и въ другихъ дѣяніяхъ человѣка, какой-либо законности, ибо воля, предполагалось, должна сама себя опредѣлять, не будучи зависимой отъ внѣшнихъ условій. Однако, статистика давно разрушила эту иллюзію и установила непреложнымъ рядомъ цифръ, что самоубійство есть актъ, подчиняющійся такой же законности, какъ и всѣ другія дѣянія человѣка.

Первоначальныя изслѣдованія въ этомъ отношеніи принадлежатъ извѣстному основоположнику статистическаго метода Quetelet⁵, имѣвшему въ своемъ распоряженіи данныя относительно 30 тыс. самоубійствъ и установившему закономѣрное распредѣленіе самоубійствъ по возрастамъ, поламъ и государствамъ. Затѣмъ Guerry⁶ имѣлъ въ своемъ распоряженіи данныя о 60 тыс. самоубійствъ, Wagner⁷ — о 120 тыс., а Morselli⁸ — уже о 300 тыс. самоубійствъ. Изъ другихъ статистическихъ изслѣдованій заслуживаютъ упоминанія работы Kayser'a, Lisle'я, Marc d'Espigne'a, Le Roy, Legoyt и др.

Нечего говорить, что и позднѣе мы имѣемъ цѣлый рядъ статистическихъ изслѣдованій относительно самоубійствъ, между которыми отмѣтимъ изслѣдованія Gutstadt'a⁹, Oettingen'a¹⁰, Masaryk'a¹¹, Пономарева¹², А. Лихачева¹³, Хлопина¹⁴, а также Roth'a, Voctio,

v. Мауг'а, Durkheim'а, Krose, Веселовскаго, Ф. Аттенгофера, Заблоцкаго-Десятковскаго, Ольхина, и другихъ, о которыхъ будетъ упомянуто въ нижеслѣдующемъ изложеніи: изъ позднѣйшихъ же русскихъ изслѣдователей заслуживаютъ упоминанія, кромѣ Хлопина, Липскій, Фалькнеръ, Зубовъ, Жбанковъ, Горошко, Островскій, Цедербаумъ, Григорьевъ, Гордонъ и др.

Статистика, подсчитывая число самоубійствъ, распредѣляетъ послѣднія по времени года, по мѣсяцамъ, по разнымъ частямъ сутокъ, по соотношенію съ температурными и географическими колебаніями, по этнографическимъ и географическимъ условіямъ, по плотности населенія, по социально-экономическимъ даннымъ, по степени образованности, по характеру религіозныхъ вѣрованій, по профессіямъ, по условіямъ мѣстности и окружающей среды, по объективнымъ качествамъ личности, по семейному и общественному положенію, по возрасту и полу и т. п.; она указываетъ на частоту того или иного способа самоубійства, указываетъ вліяніе на выборъ этого способа различныхъ условій, ближайшій внѣшній поводъ самоубійства и пр. Словомъ, статистика выясняетъ намъ опредѣленные соотношенія между различными факторами и самоубійствомъ, устанавливая такимъ образомъ извѣстную законность въ развитіи самоубійства при данныхъ условіяхъ.

Не входя во всѣ частности этихъ соотношеній, отмѣтимъ, что статистика устанавливаетъ совершенно различное количество самоубійствъ у различныхъ націй.

Въ то время, какъ у итальянцевъ число самоубійцъ на 1 милл. жителей достигаетъ всего 36, у англичанъ оно выражается цифрой 66, у французовъ — 150, у датчанъ — 258¹⁵.

Въ то же время не подлежитъ сомнѣнію, что самоубійства усиливаются и ослабѣваютъ въ связи съ измѣненіемъ общественныхъ условій жизни современнаго человѣчества. Вообще признается непреложной истиной, что самоубійство или, точнѣе, склонность къ самоубійству стоитъ въ обратномъ отношеніи къ матеріальному благосостоянію общества. Однако, должно имѣть въ виду, что дѣло идетъ здѣсь не объ общемъ богатствѣ страны, а главнымъ образомъ о неравномѣрномъ распредѣленіи матеріальнаго довольствія въ населеніи и особенно о количествѣ обездоленнаго класса людей. Во всякомъ случаѣ, самоубійства увеличиваются вмѣстѣ съ увеличеніемъ человѣческихъ страданій и уменьшаются вмѣстѣ съ повышеніемъ матеріальнаго и нравственнаго благосостоянія общества.

При этомъ изъ всѣхъ данныхъ, которыя отмѣчаются статистикой, однимъ изъ важнѣйшихъ, безъ сомнѣнія, является вы-

воду, что самоубійства почти во всѣхъ странахъ, за небольшимъ, впрочемъ, исключеніемъ, прогрессивно возрастають. Такъ, по Oettingen'у (Ueber Selbstmord, стр. 11–12), въ европейскомъ населеніи въ 1875 г. на 1 милл. населенія приходилось 80 самоубійствъ, въ 1876 г. — 85, въ 1878 г. — 97. Хотя по отдѣльнымъ государствамъ масса невзгодъ распредѣляется различно, выражаясь соотвѣтствующимъ рядомъ цифръ, но по Oettingen'у почти вездѣ наклонность къ самоубійству прогрессивно растеть.

Wagner, собравъ число самоубійствъ въ целомъ рядѣ государствъ Европы за 26 лѣтъ, также приходитъ къ выводу, что въ большинствѣ случаевъ въ населеніи обнаруживается тенденція къ увеличенію самоубійствъ, при чемъ внезапныя повышенія съ послѣдующими паденіями числа самоубійць объясняются дѣйствіемъ приводящихъ причинъ, каковы война, революція, неурожай и т. п.

Возрастаніе это въ нѣкоторыхъ странахъ идетъ очень быстро. Такъ, въ Пруссіи за 10 лѣтъ, начиная съ 1869 по 1878 г., число самоубійствъ увеличилось съ 13 (въ 1869 г.) до 17 (въ 1878 г.) на 100 000¹⁶. Во Франціи, напримѣръ, въ 1878 г. цифра самоубійствъ, равнявшаяся 6434, или 17 на 100 000, оказалась на 512 больше количества самоубійствъ, бывшихъ въ 1877 г., на 630 больше цифры 1876 г. и на 962 больше цифры 1875 г.¹⁷

То же возрастаніе числа самоубійствъ мы встрѣчаемъ въ Австріи, Англіи, Россіи, Америкѣ и въ другихъ менѣе значительныхъ государствахъ¹⁸.

Правда, нѣкоторые авторы, какъ Gutstadt и Salomon, дѣлали попытки оспаривать значеніе этого факта, при чемъ первый въ объясненіе вышеуказанныхъ цифръ ссылаясь на прогрессивное увеличеніе населенія, а второй — на тотъ фактъ, что будто бы возрастаніе самоубійствъ происходитъ только въ городахъ вмѣстѣ съ стремленіемъ населенія въ болѣе крупныя центры, а въ селахъ и деревняхъ цифра самоубійствъ будто бы даже уменьшается, но эти возраженія уже давно опровергнуты.

Между прочимъ Wagner доказалъ, что иногда въ селахъ и деревняхъ замѣчается даже значительно большій процентъ самоубійствъ, нежели въ городахъ.

Въ особенности же изслѣдованія Morselli, собравшаго огромный матеріалъ о самоубійствахъ въ разныхъ странахъ Европы съ 1816 г., установили, какъ непреложную истину, прогрессивное возрастаніе числа самоубійствъ въ Европѣ и притомъ относительно большее по сравненію съ увеличеніемъ населенія.

Однако, имѣются и исключенія изъ общаго правила, что представляется особенно поучительнымъ. Такое исключеніе составляетъ, между прочимъ, наша непосредственная сосѣдка, Норвегія.

Въ Норвегіи число самоубійствъ начало понижаться, начиная съ пятилѣтія 1851–55 г., что можетъ быть поставлено въ связь, между прочимъ, съ принятіемъ меръ противъ пьянства, приведшихъ къ оздоровленію населенія.

Изъ другихъ условій, оказывающихъ вліяніе на развитіе самоубійствъ, отмѣтимъ выясненное данными статистики вліяніе климата.

Morselli на основаніи цифръ доказаль, что въ Европѣ поясъ найвысшаго количества самоубійствъ занимаетъ полосу, идущую отъ сѣверо-востока Франціи къ восточной границѣ Германіи и расположенную между 47–57° широты и 20–40° долготы. Полоса эта представляетъ поверхность около 1 милл. кв. километровъ. Удаляясь отъ этой полосы, наиболѣе «самоубійственной», какъ къ сѣверу, такъ и къ югу, мы встрѣчаемся все съ большимъ и большимъ уменьшеніемъ числа самоубійствъ.

Не подлежитъ, однако, сомнѣнію, что вліяніе климата столь существенно переплетается вездѣ и всюду съ социально-экономическими и иными условіями, что для многихъ случаевъ выдѣлить его представляется дѣломъ крайне труднымъ.

Далѣе, неоспоримымъ на основаніи данныхъ статистики является также вліяніе времени года на самоубійства.

Такъ, въ Европѣ приходится наибольшее число самоубійствъ на теплое время года, на весну и лѣто, тогда какъ зимою оно меньше, что обратно естественной смертности населенія, которая зимою является наибольшею. Такимъ образомъ, относительная высота температуры воздуха находится въ прямомъ соотношеніи съ количествомъ самоубійствъ. Высокая внѣшняя температура вообще признается опасною для человѣчества въ смыслѣ склонности къ самоубійству. Въ этомъ сходятся наблюденія Morselli, Wagner'a, Foedere, Duglase'a и др.

Само собою разумѣется, что и здѣсь нужно имѣть въ виду сложность условій, связанныхъ съ весеннимъ и лѣтнимъ періодами, и въ томъ числѣ условій социально-экономическаго характера, которыя приводятъ къ возрастанію самоубійствъ, но нельзя отрицать, что и сама температура, возбуждая нервную систему, вызывая измѣненіе обмѣна веществъ и обуславливая повышенный приливъ крови къ мозгу, можетъ непосредственно дѣйствовать на его отправленія, вызывая большое количество самоубійствъ.

Вліяніє соціально-економічних умовіє являєтьє найбільше разработаннымъ отдѣломъ вопроса о самоубійствѣ, въ виду чего намъ нѣтъ надобности долго останавливаться на этомъ предметѣ. Мы укажемъ, что статистика устанавливаетъ, какъ общій фактъ, что развитіє самоубійствъ обнаруживается въ сравнительно малой мѣрѣ у дикарей и въ особенно большой мѣрѣ у народовъ цивилизованныхъ. Однако, было бы заблужденіемъ признавать, что самоубійство среди дикарей, какъ принято было еще недавно думать, составляетъ исключительную рѣдкость, такъ какъ новѣйшія данныя говорятъ въ этомъ отношеніи иное¹⁹. Далѣе, извѣстно, что у дикарей число самоубійствъ возрастаетъ при соприкосновеніи съ цивилизованными народами²⁰, при распространеніи среди нихъ алкоголя и т. п.

Что цивилизованные народы страдаютъ всего больше отъ самоубійствъ, вполне понятно, ибо современная цивилизація есть аристократка и благами ея пользуется въ сущности меньшинство населенія, у огромнаго же большинства послѣдняго развивается только стремленіє къ плодамъ цивилизаціи, остающееся, однако, неудовлетвореннымъ, а неудовлетворенность есть уже одинъ изъ поводовъ къ самоубійству.

Съ другой стороны, и въ населеніи, пользующемся плодами цивилизаціи, вмѣстѣ съ развитіемъ послѣдней растутъ и потребности, а вмѣстѣ съ тѣмъ въ такой мѣрѣ осложняются жизненныя условія, что неудовлетвореніє тѣхъ или другихъ желаній является слишкомъ частымъ явленіемъ.

Къ тому же, при густотѣ населенія и развитіи общественной жизни, съ одной стороны, наиболее ярко выступаетъ размѣръ неудовлетворенности, такъ сказать, ярче освѣщается социальная несправедливость, и, съ другой стороны, вслѣдствіє служебнаго, классоваго и экономическаго неравенства, слишкомъ часто обнаруживается попраніє правъ менше сильнаго болѣе сильнымъ въ социальномъ смыслѣ элементомъ.

Наконецъ, и самая культура, увеличивая потребности, вводитъ челоуѣка въ тяжелую борьбу за существованіє, въ которой онъ, естественно, скорѣе и гибнетъ.

Въ цивилизованныхъ странахъ общественныя условія, вліяющія на развитіє самоубійства, какъ извѣстно, складываются изъ разныхъ факторовъ, въ числѣ которыхъ отмѣтимъ по ихъ особенно выдающемуся значенію вліяніє экономическихъ умовіє. Хотя такіе авторы, какъ Morselli и Masaryk, не отмѣчаютъ правильнаго соотношенія между общимъ экономическимъ положеніемъ страны и самоубійствомъ, но у насъ еще А. В. Лихачевъ (1, cit) уста-

новиль, что после почти каждого неурожая, сказывающагося въ послѣдующіе годы общео дороговизно продуктово, количество самоубійствъ съ постоянствомъ возрастаетъ.

Нужно имѣть при этомъ въ виду, что человекъ можетъ свыкаться съ самой тяжелой жизненной обстановкой, если эти условія подготавлиются постепенно, но быстрое измѣненіе привычныхъ условій или даже предвидѣніе этихъ условій для многихъ является непереносимымъ и должно быть признано однимъ изъ важныхъ моментовъ, содѣйствующихъ развитію самоубійствъ. Крахи, разоренія, денежные потери и т. п. условія должны быть поставлены въ эту категорію явленій.

Кромѣ того, замѣчено, что страны съ наивысшею промышленностью даютъ въ то же время и высшее количество самоубійствъ, что, очевидно, должно быть поставлено въ связь съ большимъ развитіемъ фабричнаго пролетаріата въ странѣ и съ возможностью частыхъ финансовыхъ разореній, а также съ существованіемъ неудовлетворительныхъ условій соотношенія между предпринимателями и наемщиками.

Morselli устанавливаетъ также вліяніе развитія желѣзнодорожной сѣти съ количествомъ самоубійствъ. Въ странахъ съ большимъ развитіемъ желѣзнодорожной сѣти и количество самоубійствъ больше.

Здѣсь, какъ надо думать, важную роль играетъ, благодаря улучшеннымъ путямъ сообщенія, большая эмиграція населенія изъ сель въ города, благодаря чему развивается оторванность извѣстной части населенія отъ своего очага, приводящая нерѣдко въ безвыходное положеніе лицъ, оставившихъ родной кровъ.

Какъ это, такъ и цѣлый рядъ другихъ условій обуславливаютъ увеличеніе самоубійствъ по сравненію съ сельскимъ населеніемъ въ большихъ городахъ, гдѣ классовыя, служебныя и экономическія отношенія между людьми вообще значительно сложнѣе, нежели въ деревнѣ, гдѣ наряду съ богатствомъ и роскошью развиты въ огромной степени паразительная бѣдность и нищета, гдѣ и столкновенія интѣресовъ между людьми должны быть чаще, нежели въ условіяхъ сельской жизни.

Само собою разумѣется, что и здѣсь дѣло не обходится безъ исключеній, но несомнѣнно одно, что огромные промышленные центры всегда соперничаютъ между собою по числу самоубійствъ. Такъ, на примѣръ, во Франціи на 1 милл. населенія въ деревенскихъ условіяхъ приходится 112 самоубійствъ, въ городскомъ населеніи — 167, а въ Парижѣ — 328²¹.

То же можно доказать и относительно промышленных центров других стран и в том числе Петербурга и Москвы. Так, в Петербурге и трех промышленных и дачных уездах: Петербургском, Царскосельском и Петергофском за 2 года 1879–1880 г. число самоубийств на 1 милл. населения было 179, тогда как на всю остальную губернию падало всего 22 самоубийства (Лихачев).

Далее, алкоголизм и самоубийство представляют собою два тесно связанные друг с другом явления. Замечено даже, что в странах, потребляющих слабые, мало содержащая алкоголь вина, как в Италии и Испании, число самоубийств меньше по сравнению со странами, где потребляются более крепкие напитки, как Англия и Германия.

Нечего говорить, что пауперизм, прямое следствие алкоголизма, должен увеличивать размеры самоубийства везде и всюду, где он дает о себе знать наиболее чувствительным образом.

Труднее учитывается значение политических событий, ибо влияние народных волнений обычно сочетается с таким числом других факторов, что не представляется возможным учесть количество самоубийств, относящееся исключительно на счет политических событий.

Однако, известно, что во Франции вслед за событиями 70–71 г. число самоубийств значительно увеличилось в 1872, 1873 и 1874 г.²²

Есть основание полагать, что в годы революционных волнений число самоубийств не увеличивается благодаря тому, что на сцену выдвигается общественное движение, связанное с осуществлением надежд и возбуждающее стеническую эмоцию, но число самоубийств возрастает в следующие годы, когда общее возбуждение утихает, когда наступает разочарование, когда приходится оценивать утраты.

Кроме того, нарушение личных отношений к окружающим лицам, столь частое в исход политических движений и приводящее к разного рода нравственным моментам, также должно быть принято во внимание, как условие, приводящее к развитию самоубийства.

Само собою разумется, что религиозные верования, общественное и семейное положение, профессия, занятия и др. условия не остаются без того или другого влияния на самоубийство, как равно не остаются без существенного влияния на самоубийство пол и возраст. Так, известно, что во всех странах мужчины погибают от самоубийства много чаще женщин, при чем в больших

городахъ кончаеѣт самоубійствомъ относительно большее число женщинъ, нежели въ селахъ и деревняхъ. Что касается возраста, то по статистическимъ даннымъ оказываеѣтсѣя, что самоубійство растеѣт къ пожилому возрасту и только въ глубокой старости количество самоубійствъ снова нѣсколько понижаетсѣя.

Но здѣсь мы не будемъ останавливаться на этихъ факторахъ, какъ уже прочно установленныхъ статистикой. Упомянемъ лишь, что соблазнъ и благопріятная обстановка также должны быть приняты здѣсь во вниманіе.

Доступность яда въ домашней обстановкѣ, напримѣръ, искусной эссенціи, сѣрныхъ спичекъ и т. п. создаютъ, несомнѣнно, благопріятныя условия для самоубійства именно путемъ отравы этими веществами.

Къ сожалѣнію, статистика менѣе всего даетъ намъ данныхъ относительно наслѣдственныхъ условий самоубійць.

Статистика, правда, указываетъ на очень высокое развитіе самоубійства среди заключенныхъ преступниковъ, среди которыхъ обыкновенно признаеѣтсѣя не мало лицъ съ неблагопріятной наслѣдственностью. Но здѣсь, въ особенности въ обстановкѣ заключенія послѣ совершения преступленія, мы встрѣчаемсѣя съ такой сложностью условий, что выдѣлить значеніе наслѣдственности, какъ фактора, содѣйствующаго самоубійству, представляеѣтсѣя совершенно невозможнымъ. Мы сталкиваемсѣя въ этомъ случаѣ съ факторомъ, который менѣе всего можетъ быть учитываемъ статистическимъ путемъ, ибо статистика намъ говоритъ, что подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ условий происходитъ въ странѣ столько-то самоубійствъ, что подъ вліяніемъ такихъ-то условий число самоубійствъ увеличивается или убываетъ; но она не говоритъ намъ или, по крайней мѣрѣ, не можетъ съ точностью опредѣлить, почему въ цифровомъ рядѣ самоубійствъ оказываеѣтсѣя тотъ, а не другой, скажемъ просто — Петръ, а не Иванъ, или наоборотъ. Поэтому-то, какъ мы уже и говорили, для оцѣнки фактора наслѣдственности, какъ и вообще для оцѣнки различныхъ индивидуальныхъ условий, долженъ быть выдвинутъ другой, именно клинической методъ изслѣдованія самоубійства, который однако еще очень мало использованъ изслѣдователями.

Спросимъ теперь себя: что такое самоубійство съ точки зрѣнія клинической? Есть-ли это дѣяніе челоѣка душевно-больного или челоѣка здороваго въ душевномъ отношеніи?

Хотя уже изстари было извѣстно, что люди кончали жизнь самоубійствомъ не только подъ вліяніемъ душевно-болѣзненныхъ состояній, но и подъ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ жизненныхъ

условій при отсутствіи душевнаго заболѣванія, однако, позднѣе, вмѣстѣ съ развитіемъ психіатріи, стала выдвигаться точка зрѣнія на самоубійство, какъ на результатъ психоза.

Это мнѣніе беретъ начало со времени Esquirol'я, признавшаго, что только человекъ, находящійся въ бреде, можетъ покончить съ собою. Съ этого времени и до настоящаго литература богата разными мнѣніями и изслѣдованіями психіатровъ, касавшихся въ своихъ работахъ отношенія помѣшательства къ самоубійству. Въ числѣ этихъ работъ упомянемъ объ изслѣдованіяхъ Falret, Winslow'a, Grisingera'a, Burdin'a, Briere de Boismont'a, Willaeile'a, Krafft-Ebing'a, Краепелин'a, Лебедева, Сикорскаго, Ковалевскаго, Чижга и др. Должно имѣть въ виду, что еще недавно мнѣніе Esquirol'я считалось довольно распространеннымъ, особенно между психіатрами, но въ послѣднее время защитники этого мнѣнія, въ числѣ которыхъ можно указать на Gaupp'a, Stelzner'a и др., начали постепенно рѣдѣть, и съ разныхъ сторонъ стали раздаваться голоса противъ отождествленія самоубійства съ проявленіемъ душевной болѣзни.

Нѣкоторые же изъ авторовъ стали даже впадать въ другую крайность, выдвигая мнѣніе о рѣзкой разницѣ между самоубійствомъ и душевными болѣзнями, что будто бы оба явленія существуютъ самостоятельно и независимо другъ отъ друга, а не относятся одно къ другому, какъ причина къ следствію.

Между этими двумя крайними мнѣніями и вращается современная научная мысль въ данномъ вопросѣ.

Однако, если первое воззрѣніе уже не раздѣляется многими изъ современныхъ авторовъ въ виду явнаго противорѣчія его фактамъ повседневной жизни, которые доказываютъ, что самоубійствомъ кончаютъ нерѣдко люди, душевной болѣзни которыхъ за нѣсколько часовъ до ихъ самоубійства никто бы не могъ допустить, то и второе мнѣніе, которое говоритъ о рѣзкой разницѣ между душевной болѣзню и самоубійствомъ, не можетъ быть признано достаточно убѣдительнымъ, ибо не подлежитъ сомнѣнію, что самоубійство есть актъ, настолько выходящій изъ ряда обыкновенныхъ дѣйствій человека, что представляется невозможнымъ допустить, чтобы онъ могъ происходить, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, вполне спокойно и обдуманно.

Дѣйствительно, несомнѣнные факты убѣждаютъ, что этотъ актъ имѣетъ въ извѣстномъ рядѣ случаевъ прямое и непосредственное отношеніе къ душевнымъ болѣзнямъ, служа однимъ изъ ихъ проявленій.

Въ этомъ отношеніи наиболѣе убѣдительными должны быть цифровыя данныя, относящіяся къ душевно-большимъ, кончившимъ самоубійствомъ или сдѣлавшимъ попытки къ этому.

Уже Esquirol, основатель мнѣнія о самоубійствѣ, какъ проявленіи душевной болѣзни, отмѣчаетъ, что изъ 1898 душевно-больныхъ женщинъ, бывшихъ предметомъ наблюденія въ Парижскомъ госпиталѣ Салпетриерѣ, 198 совершали попытки къ самоубійству, что составляетъ около 10 %.

Другими психіатрами даются въ этомъ отношеніи еще большія цифры; такъ, въ работѣ Violon'a приводится рядъ авторовъ, по даннымъ которыхъ наклонность къ самоубійству у душевно-больныхъ колебалась отъ 10 % до 30 % общаго ихъ количества. Изъ 776 больныхъ самого Violon'a въ 129 случаяхъ обнаруживалась наклонность къ самоубійству, при чемъ въ 91 случаѣ отмѣчались попытки къ самоубійству.

Итальянскій психіатръ Alberti за время отъ 1896 до 1905 г. въ Цезарскомъ госпиталѣ на 1872 больныхъ считаетъ 226 больныхъ съ попытками къ самоубійству, иначе говоря 12,07 %, тогда какъ въ здоровомъ населеніи самоубійствомъ кончаютъ всего 0,004 %.

По отчетамъ главнаго медицинскаго инспектора съ 1903 по 1908 г. на общее число 228 929 больныхъ попытокъ къ самоубійству сдѣлано 2923 и произошло 94 самоубійства.

По даннымъ Алексѣевской больницы въ Москвѣ на общее число 7756 больныхъ съ 12 мая 1894 г. по 1 января 1911 г. были отмѣчены попытки къ самоубійству у 176 больныхъ.

Если мы обратимся къ статистикѣ собственно самоубійствъ, совершенныхъ душевно-большими, то найдемъ, что по прусской статистикѣ за время съ 1878 по 1897 г. чрезъ всѣ заведенія для душевно-больныхъ Пруссіи прошло въ общей сложности 839,771 чел., изъ нихъ самоубійствъ было 553, общее-же число умершихъ равнялось 63,664; такимъ образомъ, на общее число пользованныхъ приходится 0,066 % самоубійствъ. Вообще-же въ Германіи на общее средне-суточное число 22,184 больныхъ приходится 17 самоубійствъ, или 0,07 % слишкомъ.

Статистика Англій и Валлиса по Vengam'у говоритъ, что съ 1890 до 1902 г. на 788,000 больныхъ было 201 самоубійство или 0,25 %.

По русской статистикѣ (докторъ Игнатъевъ. Даже изъ нашей клиники) въ значительномъ числѣ больницъ приходится на общее число пользованныхъ больныхъ 0,33–0,44 % самоубійства.

Наконецъ, по даннымъ Л. Прозорова (Совр. Псих. 1911 г. Июль) на 7756 больныхъ Алексѣевской больницы съ 12 мая 1894 по 1 ян-

варя 1911 г. было 8 случаевъ попытокъ на самоубійство, кончившихся смертельно.

Объ послѣднія цифры больше по сравненію съ данными прусской статистики, что говорить не въ пользу нашихъ заведеній для душевно-больныхъ.

Что касается формъ душевной болѣзни, то, по Бѣлякову²³, «наибольшій контингентъ самоубійствъ даютъ меланхолики, первично помѣшанные, алкогольные психозы (въ особенности delirium tremens potatorum) и больные, у которыхъ на общемъ фонѣ душевнаго расстройства преобладаютъ насильственные представления».

Спрашивается, какое же количество самоубійствъ собственно въ населеніи падаетъ на душевно-больныхъ. Имѣющіяся въ этомъ отношеніи данныя сводятся къ тому, что около $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ всѣхъ вообще самоубійствъ совершается душевно-больными. По крайней мѣрѣ на этихъ приблизительно цифрахъ сходятся многія изъ статистикъ.

Посмотримъ, въ какой-же пропорціи обнаруживается тенденція къ самоубійству у душевно-больныхъ по отношенію къ здоровымъ.

По Л. Прозорову: «Если считать количество больныхъ въ населеніи равнымъ 3 на 1000 и принять, что около $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ общаго числа самоубійствъ въ населеніи падаетъ на душевно-больныхъ, живущихъ въ населеніи, то мы найдемъ, что тенденція къ самоубійству у послѣднихъ свыше, чемъ въ 100 разъ больше выражена, чѣмъ у здоровыхъ»²⁴.

При этомъ нельзя не принять во вниманіе, что многіе случаи скоропроходящихъ психическихъ расстройствъ, эпилепсіи и слабо выраженныхъ проявленій психозовъ, вѣроятно, еще ускользаютъ отъ статистики, но и при всемъ томъ цифра, выражающая тенденцію къ самоубійству, въ 100 разъ большую у душевно-больныхъ, нежели у здоровыхъ, показываетъ, что неправильно исключать всякое соотношеніе между самоубійствомъ и проявленіями душевной болѣзни, какъ дѣлаютъ нѣкоторые.

Нѣтъ надобности говорить, что, когда рѣчь идетъ о душевной болѣзни, то подъ этимъ понимаютъ уже вполне опредѣлившуюся болѣзнь. Но нельзя забывать, что, кромѣ душевныхъ болѣзней, мы должны имѣть въ виду еще и такъ называемые патологическіе аффекты, которые при извѣстныхъ условіяхъ особенно легко развиваются у лицъ,отягченныхъ неблагоприятной наслѣдственностью или пріобрѣвшихъ къ нимъ расположеніе въ теченіе жизни по разнымъ поводамъ (алкоголизмъ, неврастенія, болѣзненные процессы въ легкихъ, сердца и т. п.).

И вот, рассматривая ряд имѣющихся и въ моемъ распоряженіи данныхъ, приходится признать, что самоубійство совершается во многихъ случаяхъ въ состояніи угнетающаго аффекта, развивающагося по разнымъ поводамъ, индивидуально различнымъ, причемъ часто пытавшіеся на самоубійство впоследствии не могутъ даже дать себѣ ясный отчетъ о томъ моментѣ, въ которомъ они совершали свое дѣло, откуда слѣдуетъ, что аффектъ въ этихъ случаяхъ, постепенно нарастая, достигалъ степени патологическаго, когда человекъ, находившійся подъ вліяніемъ гнетущихъ условій, въ концѣ концовъ утрачивая самообладаніе и не отдавая себѣ уже яснаго отчета, совершалъ надъ самимъ собою кровавое дѣло.

Но угнетающій аффектъ, и не достигая степени патологическаго, обычно сопутствуется мрачными мыслями вплоть до идеи о самоубійствѣ, которая развивается здѣсь на подобіе навязчивой идеи, приводящей къ осуществленію самоубійства, особенно при доступности соотвѣствующихъ средствъ.

Здесь принадлежатъ, напримѣръ, самоубійства отъ потери близкихъ родственниковъ, самоубійство вслѣдъ за случайнымъ убійствомъ другого, особенно близкаго человека, самоубійство отъ проигрыша, разоренія и т. п.

Нерѣдко поводомъ къ развитію аффекта, ведущаго къ самоубійству, являются разнорѣчія во взглядахъ и потребностяхъ въ семьѣ между супругами, а также между старшими и младшими ея членами. Тѣ или другія столкновенія здѣсь, а равно и въ обществѣ, нерѣдко обуславливаютъ развитіе угнетающихъ аффектовъ, что можетъ повлечь за собою самоубійство.

Вообще необходимо имѣть въ виду, что въ качествѣ повода къ развитію угнетающихъ аффектовъ, а след. и къ самоубійству, ведетъ нерѣдко неудовлетворенность жизненными условіями, вслѣдствіе дурного обращенія, вслѣдствіе личныхъ столкновеній, компрометирования чести, вслѣдствіе какихъ-либо несчастныхъ случайностей, причиняющихъ тѣ или другіе физическіе недостатки, вслѣдствіе неудачной любви, вслѣдствіе страха передъ неизлѣчимою болезнью и т. п.

При этомъ внѣшній поводъ, приводящій къ самоубійству, можетъ быть до чрезвычайности незначителенъ, ибо все зависитъ отъ развивающагося аффекта угнетающаго характера, вызваннаго даннымъ поводомъ и влекущимъ за собою появленіе мрачной мысли о самоубійствѣ на подобіе мимолетной навязчивой идеи.

Проаль²⁵ сообщаетъ, напр., о мальчикѣ 13 лѣтъ, который, живя у своего дяди-ювелира, прорвалъ дыру въ салфеткѣ и, услышавъ угрозу тѣлеснымъ наказаніемъ, выстрѣлилъ себѣ дважды въ го-

лову. Eulenburg²⁶ передает, что 16-лѣтній мальчикъ, не будучи въ состоянїи видѣть пьянаго отца, утопился, оставивъ матери записку соотвѣтствующаго содержанія. Тотъ же авторъ сообщаетъ о самоубійствахъ дѣвушекъ изъ-за косоглазія, изъ-за потери волосъ и т. п.

Moreau сообщаетъ о случаѣ самоубійства мальчика изъ-за потери трехъ случайно выбітыхъ зубовъ²⁷.

По Baer'у²⁸ 14-лѣтняя дѣвушка бросилась въ рѣку послѣ того, какъ обварила себѣ лицо кипяткомъ и была встрѣчаема насмѣшками своихъ товарокъ.

Подобныхъ примѣровъ имѣются тысячи и нѣтъ надобности ихъ умножать²⁹. Точно также нѣтъ надобности приводить здѣсь примѣры многочисленныхъ самоубійствъ, случающихся вслѣдствіе ревности, несчастной любви и неизлѣчимой болѣзни, въ виду ихъ общеизвѣстности.

Нельзя также не обратить вниманія на состояніе школы, какъ на причину самоубійства. Школа, особенно средняя, съ ея схоластическимъ характеромъ обученія, съ сухимъ формализмомъ и бездушнѣйшей требовательностью при полномъ исключенїи индивидуализированія въ занятіяхъ, какъ извѣстно, вводитъ въ статистику особую рубрику въ причинахъ самоубійствъ, называемыхъ «школьными».

Примѣры легко пояснять, о какихъ собственно причинахъ здѣсь идетъ рѣчь. Мальчикъ 12 лѣтъ кончилъ висѣлицей изъ-за страха передъ началомъ занятій (Siegert. Das problem d. Kinderselbstmorde. Leipzig. 1893, стр. 12). Мальчикъ 14 лѣтъ вѣшается вслѣдствіе трудности заучиванія заданныхъ ему измѣреній (Baer. D. Selbstmord im kindlichen Lebensalter. Leipzig, стр. 62)...

Въ одной изъ баварскихъ школъ 10-лѣтняя дѣвочка утопилась вслѣдствіе того, что инспекторъ передъ всѣмъ классомъ ударилъ ее по обнаженной части спины (Baer, l. cit.).

Далѣе слѣдуютъ дурныя отмѣтки и провалы на экзаменахъ, неполученіе ожидаемой награды, какъ обычныя причины школьныхъ самоубійствъ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что вышеуказанные моменты дѣйствуютъ сильнѣе всего у лицъ, предрасположенныхъ къ аффектамъ, вслѣдствіе наслѣдственности и другихъ условій, у лицъ вообще нестойкихъ въ нервно-психическомъ отношеніи и слабохарактерныхъ.

Отсюда понятно, почему самоубійство совершается иногда по самымъ незначительнымъ поводамъ, иногда даже изъ-за потери нѣсколькихъ копеекъ. Если почва уже заранѣе подготов-

лена наследственностью, алкоголизмом или другими неблагоприятными в смысле здоровья условиями, тогда всякий толчок, способный вызвать угнетающий аффект, может при благоприятных условиях привести къ самоубийству.

Въ концѣ концовъ, если мы примемъ во вниманіе, что въ числѣ самоубійц, кромѣ 30% душевно-больныхъ (по Крѣпелину), мы имѣемъ еще огромный рядъ лицъ, совершившихъ самоубійство въ состояніи аффекта угнетающаго характера, часто именно сопутствующаго навязчивой тенденціи къ самоубійству, то останется, сравнительно говоря, немного случаевъ, относительно которыхъ придется рѣшать вопросъ, совершено ли самоубійство вполне обдуманно и спокойно, какъ рѣшаютъ, напр., другіе вопросы жизни всѣ лица, находящіеся въ «здоровомъ умѣ и твердой памяти», или же и эти самоубійцы должны быть зачислены въ категорію лицъ, на которыхъ воздействовали, если не аффектъ, то иные психическіе моменты.

Въ этомъ случаѣ должно имѣть въ виду, что, кромѣ угнетающаго аффекта, есть и другіе необычные психическія состоянія, которые могутъ приводить къ самоубійству.

Сюда относится, напримѣръ, психическая зараза въ формѣ подражанія и внушенія, которыя при подходящихъ условіяхъ могутъ обусловить цѣлыя эпидеміи самоубійствъ.

Такія эпидеміи извѣстны уже въ древнія времена, но онѣ случались и позднѣе и случаются по сіе время. Изъ болѣе извѣстныхъ упомянемъ о Версальской эпидеміи 1793 г., Руанской 1806 г. и Штутгардской 1811 г.³⁰

Что по отношенію къ самоубійству играетъ роль заразы, это давно извѣстно, и литература о самоубійствѣ богата убѣдительными примѣрами этого рода, на которыхъ я не нахожу нужнымъ здѣсь долго останавливаться. Упомяну лишь объ извѣстномъ случаѣ въ 1772 г. въ домѣ инвалидовъ во Франціи, въ которомъ въ одинъ день повѣсилось 15 чел.

Къ вліянію заразы должны быть отнесены, между прочимъ, случаи, когда нѣсколько человекъ послѣдовательно вѣшаютъ на одномъ и томъ же крюкѣ или бросаются въ воду въ опредѣленномъ излюбленномъ мѣстѣ. Примѣромъ могутъ служить, кромѣ извѣстной будки Наполеона, Лизинъ Прудъ въ Москвѣ въ періодъ особой популярности повѣсти Карамзина и современная Иматра, гдѣ, быть можетъ, играетъ извѣстную роль и обычное для многихъ, особенно нервныхъ лицъ, навязчивое стремленіе бросаться внизъ при смотрѣніи съ высоты.

Роль внушенія также не можетъ быть исключена изъ условій, вліяющихъ на самоубійство. Оно дается и чтеніемъ о случаяхъ

самоубійства, и словеснымъ внушеніемъ при самоубійствѣ вдвоемъ или въ массѣ лицъ.

Какъ подъ вліяніемъ чтенія книгъ съ описаніемъ индѣйской жизни совершаются юными школьниками побѣги въ Америку, а при чтеніи описанія замѣчательныхъ преступленій гимназистами совершаются преступныя дѣйствія, такъ въ другихъ случаяхъ подъ вліяніемъ чтенія о самоубійствѣ совершаются самыя самоубійства. Извѣстенъ примѣръ, какъ 17-лѣтняя девушка Фанни Шнейдеръ изъ Вильгельмсгафена покончила съ собою, открывъ газовый рожокъ и продолжая въ то же время чтеніе романа, который, какъ она ранѣ говорила своимъ знакомымъ, возбуждалъ въ ней стремленіе такъ же «прекрасно» умереть, какъ описано въ этомъ романѣ. Уже будучи мертвой, она держала еще въ правой рукѣ книжку своего романа³¹. Извѣстно также, сколько молодыхъ жизнью унесъ въ свое время романъ Гете «Страданія молодого Вертера».

Примѣръ самоубійства массы лицъ подъ вліяніемъ словеснаго внушенія представляетъ между прочимъ случай самопогребенія 25 тираспольскихъ раскольниковъ, гдѣ роль внушающаго лица сыграла извѣстная Виталія³².

Извѣстные изъ исторіи случаи массовыхъ самосожженій нашихъ раскольниковъ, преслѣдуемыхъ властями, самоубійство жителей Тира послѣ завоеванія его Александромъ Македонскимъ, самоубійство 500 конфуціанцевъ, вслѣдствіе сожженія врагомъ ихъ священныхъ книгъ и др. коллективныя самоубійства, безъ сомнѣнія, также необъяснимы безъ соотвѣтствующей проповѣди и внушенія, несмотря на присутствіе другихъ реальныхъ моментовъ, вліявшихъ на рѣшеніе окончить жизнь добровольной смертью.

Еще недавно въ Петербургѣ произошло самоубійство трехъ дѣвушекъ при обстановкѣ, которая не оставляла сомнѣній въ томъ, что здѣсь значительную роль въ отношеніи печальнаго исхода сыграло взаимное внушеніе.

Нечего и говорить, что въ случаяхъ, подобныхъ только что приведенному, дѣло идетъ обыкновенно о лицахъ, которыя отличаются излишней нервностью, такъ какъ извѣстно, что подражаніе и подчиненіе внушенію составляетъ чаще всего удѣлъ лицъ, отличающихся особенной впечатлительностью.

Заслуживаетъ особаго вниманія, что благопріятной почвой для дѣйствія внушенія и развитія угнетающихъ аффектовъ оказывается общее пессимистическое настроеніе умовъ. Вотъ почему распространеніе самоубійства въ разныя эпохи колеблется также и въ зависимости отъ тѣхъ или иныхъ религіозныхъ воззрѣній и

общественных настроений. Этим объясняется относительная частота самоубийства у древних греков со времени эпикурейцев и стоиков, а также у римлян — под влиянием знакомства с теми же учениями, сравнительная редкость самоубийства в средние века, когда христианство торжествовало свою победу над языческим миром, усиленное развитие самоубийств в эпохи реакций и общественного пессимизма, приводящего многих к унынию и скорби.

Возникает затѣмъ вопросъ, можетъ ли быть совершенно самоубийство, какъ спокойно обдуманнй актъ, иначе говоря — можетъ ли человекъ располагать своею жизнью по своему усмотрѣнію въ такой мѣрѣ, чтобы хладнокровно разсчитать необходимость покончить съ собою и выполнить свое намѣреніе. Иначе говоря: возможно ли самоубийство безъ угнетающаго аффекта, его обычно обуславливающаго, безъ навязчивой идеи о самоубийствѣ или безъ подражанія и внушенія.

Вопросъ, поставленный такимъ образомъ, если и можетъ привести къ положительному разрѣшенію, то лишь для сравнительно небольшого числа случаевъ.

Можно указать, прежде всего, на примѣры древнихъ стоиковъ, будто бы кончавшихъ жизнь подъ влияніемъ презрѣнія къ смерти, если на жизненномъ пути встрѣчались тѣ или другія препоны.

Правда, нельзя забывать, что возрѣніе представляетъ собою извѣстное направленіе мыслей, которое, безъ сомнѣнія, играетъ извѣстную роль и въ опредѣленіи характера поступковъ человека, но всѣ дѣйствія, которыя затрагиваютъ жизненные интересы человека, не могутъ происходить безъ извѣстной эмоціи, безъ аффекта, а, слѣдовательно, можно съ вѣроятностію полагать, что и стоики, кончавшіе жизнь самоубийствомъ, кончали ее при обстоятельствахъ развившагося подъ влияніемъ тѣхъ или иныхъ условий гнетущаго аффекта. Самъ Зенонъ, основатель школы стоиковъ, кончилъ самоубийствомъ, какъ извѣстно, подъ влияніемъ страданій, отъ полученнаго имъ перелома пальца ноги.

Можно указать еще на вліяніе пессимизма, приводящаго къ самоубийству; но пессимизмъ и самъ по себѣ есть результатъ угнетеннаго настроенія, развивающагося нерѣдко подъ вліяніемъ соответственныхъ фізіологическихъ условий или тяжелыхъ психическихъ моментовъ; слѣдовательно, и здѣсь моментъ аффекта при самоубийствѣ не исключенъ.

Наконецъ, за хладнокровный расчетъ съ жизнью, повидимому, говоритъ месть самоубийствомъ, особенно распространенная на востокѣ среди японцевъ, китайцевъ и извѣстная также у нашихъ инородцевъ (вотьяковъ, черемисовъ и др.), когда обиженный

человѣкъ вѣшаетъ на воротахъ или у порога дома своего обидчика. Казалось бы, здѣсь все обдуманно, здѣсь есть сознательная цель — изъ своего самоубійства сдѣлать дѣйствительную месть, но самому акту здѣсь предшествовала обида, которая всегда вызываетъ тяжелый душевный аффектъ.

Такимъ образомъ, воззрѣніе, обычай, повѣрье здѣсь опредѣляютъ только обстановку самоубійства, само же самоубійство и здѣсь происходитъ въ зависимости отъ угнетающаго аффекта.

То же мы можемъ отмѣтить и во многихъ другихъ случаяхъ кажушейся обдуманности самоубійства. Основой и здѣсь окажется угнетающій аффектъ, вызванный тѣмъ или инымъ обстоятельствомъ, и лишь обстановка самоубійства создана опредѣленнымъ направлениемъ мыслей, придавая тѣмъ самымъ самоубійству внѣшнюю форму обдуманности.

Тѣмъ не менѣе, нельзя вполне исключить возможность, что въ отдѣльныхъ случаяхъ самоубійство можетъ происходить вполне обдуманно по общественнымъ мотивамъ (самоубійство Ликурга) или изъ опредѣленныхъ философскихъ или религіозныхъ воззрѣній, даже изъ расчета (напримѣръ, съ цѣлью оставить наслѣдство семьѣ въ видѣ страховой преміи и т. п.).

Здѣсь можно указать, между прочимъ, на религіозный и общественный культъ добровольнаго самоубійства у древнихъ народовъ, о которомъ повѣствуетъ намъ исторія древнихъ племенъ Европы, что, повидимому, свидѣтельствуетъ о сравнительной частотѣ строго обдуманныхъ случаевъ самоубійства въ прежнее время, особенно по религіознымъ основаніямъ. Но нельзя забывать, что въ подобныхъ случаяхъ самоубійствъ по религіознымъ и общественнымъ мотивамъ можетъ играть роль еще одинъ факторъ: это — взаимное внушеніе и самовнушеніе, поддерживаемое культомъ, вслѣдствіе чего и здѣсь о строгой обдуманности самоубійства врядъ ли можетъ идти рѣчь.

Далѣе, въ указанномъ отношеніи заслуживаютъ вниманія также клубы самоубійць, извѣстные даже въ древнемъ Египтѣ во времена Клеопатры и время отъ времени открываемые и въ позднейшій періодъ, напр., въ Берлинѣ въ 1819 г., въ Вѣнѣ въ 1824 г. и въ послѣднее время въ Соединенныхъ Штатахъ Америки. Но и эти клубы, очевидно, привлекаютъ къ себѣ лицъ эксцентричныхъ, уже отмѣченныхъ печатью неблагопріятной наслѣдственности, и пессимистовъ, которые подъ влияніемъ этого уже давно носятся съ мыслью о самоубійствѣ, какъ со своего рода навязчивой идеей.

Итакъ, при самоубійствѣ и попыткахъ къ самоубійству дѣло идетъ, съ одной стороны, о душевно-больныхъ, что доказано при-

близительно в $\frac{1}{3}$ или $\frac{1}{4}$ случаев, с другой — об обширной группе лиц, хотя и душевно-здоровых, но, благодаря тем или другим условиям, склонных к нарушению своего психического равновесия и легко впадающих в аффект угнетающего свойства, лишаящих их самообладания, а также о лицах, склонных к подчинению психической заразе и внушению.

Остальную, во всяком случае, относительно очень небольшую категорию самоубийств должны составлять лица, совершающие акт самоубийства, повидимому, вполне обдуманно, а иногда даже из того или иного расчета.

Обращаясь специально к переживаемому нами времени в России, нельзя не признать огромной прирост самоубийства за последний период, — прирост, особенно отмечаемый в столицах и других больших городах, где имеется возможность собрать более или менее точные статистические данные.

Еще недавно мы пережили целую эпидемию самоубийств в Петербурге и его окрестностях, которая не закончилась и по настоящее время.

Достаточно ознакомиться с цифровыми данными, приводимыми в трудах доктора Хорошко (о детских самоубийствах) и докторов Григорьева, Гордона, Островского и др., чтобы видеть, какой скачок за последнее время сделала Россия или, по крайней мере, большие ее центры в смысле развития самоубийства, причем последнее стало распространяться с огромною силою среди подростков и даже детей.

Теперь спросим себя, какие причины могут объяснять увеличение у нас самоубийств за последнее время.

Не имея возможности говорить о возрастании душевных болезней за последнее время, как фактор, возможно, мы, тем не менее, не можем не обратить внимания на переполнение существующих лечебных заведений для душевно-больных в такой мере, что дальнейшее помещение душевно-больных стало в них крайне затруднительным, а это не может не влечь за собою увеличения самоубийств душевно-больными, остающимися на свободе.

С другой стороны, нельзя отрицать, что в настоящее время несомненно увеличилась нервность населения, выражающаяся у многих развитием неврастения, истерии и психастении, чему причиной может служить несколько условий.

Въ числѣ первыхъ необходимо имѣть въ виду наследственность, такъ какъ наше поколѣніе есть продуктъ конца 70-хъ годовъ, съ которыми совпадаетъ для Россіи періодъ военного времени, и начала 80-хъ годовъ — періода политическихъ тревогъ и опасеній.

Другимъ условіемъ, вліяющимъ на развитіе нервности населенія, должно быть признано развитіе алкоголизма. Особенно вреднымъ надо признать развившееся за послѣднее время потребленіе водки безъ одновременнаго введенія въ желудокъ пищевыхъ продуктовъ — и при томъ потребленіе часто большими количествами сразу.

Дальнѣйшимъ условіемъ, вліяющимъ въ томъ же смыслѣ, являются недавнія событія военного и политическаго характера, оставившія глубокой слѣдъ въ населеніи, до сихъ поръ еще считающемся съ послѣдствіями 1904, 1905 и 1906 гг. и слѣдующаго за ними періода.

Неоспоримо далѣе, что важной причиною увеличенія самоубійства явились соціальныя и экономическія условія послѣдняго времени.

Въ отношеніи соціальныхъ условій нужно принять во вниманіе обострившуюся классовую и политическую рознь умовъ, ставящую въ извѣстныхъ случаяхъ въ безвыходное положеніе отдѣльныхъ лицъ, разочарованіе на почвѣ политической борьбы, развитіе новыхъ стремленій, связанныхъ съ политическими переворотами, и невозможность ихъ осуществленія.

Въ числѣ экономическихъ условій должны быть поставлены на первомъ планѣ вздорожаніе жизни, безработица и забастовки. Примѣромъ можетъ служить недавно бывшая въ Петербургѣ и его окрестностяхъ забастовка рабочихъ, которая повлекла за собою массу самоубійствъ среди рабочаго населенія въ ближайшій за нею періодъ времени.

Деклассация и мѣстная эмиграція служатъ также важными моментами въ развитіи самоубійствъ. Вызванный вздорожаніемъ жизни отливъ рабочаго населенія изъ своихъ семей на отхожіе промыслы и огромный наплывъ молодежи въ большіе города для полученія образованія, особенно при необезпеченности ея, явились за послѣднее время новымъ моментомъ для развитія самоубійствъ.

Этотъ моментъ представляетъ собою условіе, связанное одной стороной съ экономическимъ положеніемъ населенія, другой стороной — съ психическимъ условіемъ одиночества и невозможностью въ тяжелую минуту найти помощь совѣтомъ и деньгами.

Наконецъ, и школа увеличиваетъ ряды самоубійствъ. Въ этомъ отношеніи можно сослаться на обстоятельное, основанное на

официальных данных Мин. Нар. Просв. исследование проф. Хлопина³³, по которому число самоубийств среди гимназистов и реалистов с течением времени несомненно увеличивается: с трехлѣтія 1898—95 г. по трехлѣтіе 1901—03 г. оно возросло въ отношеніи 100 : 166. При этомъ оказывается, что самоубійства среди учащихся въ мужскихъ учебныхъ заведеніяхъ происходятъ приблизительно въ три раза чаще, нежели среди остального населенія Россіи всѣхъ возрастовъ и состояній.

Что и система образованія имѣетъ значеніе въ развитіи самоубійствъ, это доказывается тѣмъ, что по изслѣдованіямъ того же автора самоубійства среди классиковъ встрѣчаются нѣсколько чаще, нежели среди реалистовъ, при чемъ среди ближайшихъ причинъ покушеній на самоубійство среди учащихся въ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ обоого пола, по автору, первое мѣсто принадлежитъ педагогическимъ причинамъ. Это — лучшее доказательство, что значительная часть такъ называемыхъ школьныхъ самоубійствъ обязана своимъ происхожденіемъ, главнымъ образомъ, самой школѣ, а не какимъ-либо инымъ условіямъ.

Приведенныя нами данныя тѣмъ более наводятъ на размышленія, что дѣло идетъ въ этомъ случаѣ, главнымъ образомъ или почти исключительно, о дѣтскихъ самоубійствахъ.

Нельзя не принять во вниманіе также внушающаго вліянія извѣстнаго сорта литературы, какъ бы толкающей юношество на развратъ и самоубійство, — литературы, полной мрака и безнадежности, которая естественно подавляетъ духовную сферу юношества, а потому, несомнѣнно, въ извѣстной мѣрѣ содѣйствуетъ самоубійству въ населеніи.

Наконецъ, нужно принять во вниманіе значеніе примѣра и подражанія. Заразительное вліяніе самоубійства общеизвѣстно, и въ каждой эпидеміи этотъ моментъ играетъ ту или иную роль, вслѣдствіе чего нѣтъ надобности на этомъ предметѣ долѣе останавливаться.

Вотъ главные моменты въ развитіи самоубійствъ за послѣднее время въ условіяхъ русской жизни.

Должно при этомъ имѣть въ виду, что самоубійство почти никогда не бываетъ результатомъ какой-либо одной причины, а въ громадномъ большинствѣ случаевъ — цѣлой совокупности дѣйствовавшихъ въ разное время причинъ, среди которыхъ даже трудно бываетъ опредѣлить, какая изъ нихъ имѣла болѣе важное значеніе.

Въ концѣ концовъ, несомнѣнно, что въ такихъ случаяхъ каждая причина сыграла ту или другую роль въ развитіи самоубійства,

которое, какъ я уже говорилъ ранѣе, является роковымъ и неизбѣжнымъ слѣдствіемъ всѣхъ вообще предшествующихъ неблагопріятныхъ условий и лишь разрѣшается подъ дѣйствіемъ послѣдняго момента, какъ извѣстнаго толчка, легко сдвигающаго подмытый уже камень.

Если теперь задать вопросъ, какъ бороться съ самоубійствами, то, прежде всего, необходимо имѣть въ виду, что нѣкоторыя условия таковы, что ихъ нельзя «сдвинуть съ мѣста» за короткій періодъ времени. Таковы, напримѣръ, социальныя, экономическія условия, явленія деклассации и т. п.

Тѣмъ не менѣе, къ устраненію ихъ необходимо стремиться во что бы то ни стало. Война, это пугало современнаго націонализма, развѣ она неизбѣжна? Развѣ нѣтъ средствъ разрѣшать жизненные вопросы между отдѣльными людьми не кулачнымъ правомъ, а на основаніи опредѣленныхъ законоположеній? Такъ почему же признается многими утопіей введеніе юридическихъ, договорныхъ нормъ и арбитража въ отношеніяхъ между народами?.. Цивилизованные народы, повидимому, инстинктивно стремятся къ мирному сожителству, и во многихъ изъ тѣхъ случаевъ, гдѣ прежде непремѣнно вспыхнула бы война, мы видимъ уже нынѣ мирное разрешеніе вопроса путемъ переговоровъ.

Оставимъ доводы тѣхъ ложныхъ мессій, которые утверждаютъ, что лишь война рождаетъ геройство, что человѣчество нравственно измельчаетъ безъ войнъ. Для развитія мужества, для подвиговъ геройства останется еще обширное и благородное поле дѣятельности въ борьбѣ съ природой и даже въ общественной дѣятельности; но зато здѣсь не будетъ крови другого столь же полезнаго члена общества и семьи, находящагося лишь внѣ поля нашего зрѣнія, почему эта кровь почти не волнуетъ насъ, какъ кровь, которую мы видимъ вблизи, о которой мы слышимъ и противъ виновника которой мы невольнo негодуемъ.

Но отправьтесь простымъ зрителемъ на поля сраженій, и вы разитесь чувствомъ отвращенія къ убійству, и не только своихъ, но и такъ называемаго врага или непріятели, въ которомъ вы увидите того же человѣка, близкаго вамъ, если не по крови, то по своему образу и духу.

Я глубоко убѣжденъ, что съ улучшеніемъ международныхъ сношеній, съ установленіемъ болѣе тѣсныхъ отношеній между отдѣльными членами различныхъ народовъ, когда народы вообще будутъ ближе знать другъ друга, а въ особенности — съ развитіемъ

культуры народовъ, войны прекратятся сами собою, и нужно только стремиться къ тому, чтобы время мирнаго сожителства народовъ наступило возможно скорѣе.

Но не менѣе, — а, быть можетъ, еще болѣе важно, — по возможности устранить или смягчить борьбу внутри отдѣльныхъ государствъ, смягчить въ предѣлахъ возможности тяжелыя условія взаимоотношеній между людьми, устранить между ними классовыя перегородки, въ тоже время, въ предѣлахъ возможности, равномернѣе распределить между ними жизненныя блага.

Измѣненіе условій общественно-экономическаго характера въ благопріятную сторону несомнѣнно можетъ уменьшить тенденцію къ самоубійству, какъ въ этомъ убѣждаютъ довольно значительныя колебанія цифры самоубійствъ по годамъ, обнаруживающіяся въ статистикѣ каждаго государства.

Это налагаетъ на всѣхъ вообще лицъ обязанности стремиться всемирно къ смягченію жизненныхъ условій, къ болѣе равномерному распределенію земныхъ благъ между людьми, и каждый, кто пользуется ими въ большей мѣрѣ, не долженъ забывать, что вмѣстѣ съ этимъ кто-то другой или даже многіе пользуются ими въ гораздо меньшей степени, что, можетъ быть, этотъ недочетъ въ жизненныхъ благахъ другого способенъ довести его до жизненной драмы.

Никто и никогда не долженъ упускать изъ виду того обстоятельства, что перевѣсъ благъ въ одномъ направленіи непременно сопровождается недочетомъ ихъ въ другомъ направленіи, и такъ какъ на этомъ неравенствѣ основана драма жизни другого, то естественно, что и тотъ, кто имѣетъ больше жизненныхъ благъ и въ то же время желаетъ быть нравственно спокойнымъ, долженъ стремиться вмѣстѣ съ другими къ возможно большому уравнию и жизненныхъ средствъ, и правъ между людьми — въ соотвѣтствіи съ условіями, лучше обезпечивающими ихъ сообщество.

Съ другой стороны, необходимо всемирно усилить взаимопомощь между людьми, о которой вообще люди легко забываютъ. Говорятъ, жизнь есть борьба; но человѣческая жизнь невысказана безъ сообщества людей, а если это такъ, то каждый долженъ работать въ интересахъ этого сообщества, устраняя жизненныя невзгоды тамъ, гдѣ онѣ обнаруживаются.

Съ этою цѣлью необходимо поддерживать всѣ общественныя начинанія, клонящіяся къ осуществленію взаимопомощи между людьми, какъ страхованіе различныхъ видовъ, установленіе болѣе близкаго участія всѣхъ членовъ въ интересахъ дѣла, надъ созиданіемъ котораго они работаютъ, установленіе болѣе правиль-

ныхъ взаимоотношеній между работодателями и людьми труда и т. п.

Съ этою цѣлью должно быть направлено вниманіе на развитіе общественныхъ организацій, создающихъ условия здороваго общества и взаимопомощи, а также на созданіе учрежденій, способствующихъ укрѣпленію вообще здоровья, особенно же на общества, преслѣдующія цѣли нравственнаго и физическаго оздоровленія.

Далѣе необходимо всемѣрно бороться съ неблагопріятными условиями такъ называемой деклассации, т. е. выведенія челоуѣка силою вещей изъ среды ему близкихъ, его семьи и общества его друзей.

Не говоря о томъ, что стремленія всего цивилизованнаго челоуѣчества должны быть направляемы на возможное ослабленіе централизаціи культурныхъ учрежденій, привлекающихъ къ себѣ ищущую знанія молодежь, и на возможное приближеніе къ населенію нашихъ высшихъ школь и университетовъ, что лежитъ, между прочимъ, и въ идеѣ народныхъ университетовъ, — здѣсь прежде всего могутъ быть направлены мѣры, съ одной стороны, къ возможному облегченію условий отхожаго промысла или жизненныхъ условий юношества, получающаго образованіе на сторонѣ, съ другой — къ возможному устраненію развивающихся въ связи съ этимъ условий одиночества. Въ этомъ отношеніи крайне необходима поддержка тѣхъ общественныхъ организацій, которыя преслѣдуютъ обѣ вышеуказанныя цѣли. Необходима, повторяемъ, вообще поддержка всякаго рода организацій, содѣйствующихъ взаимопомощи, а равно духовному общенію между товарищами. Особенно большую роль въ этомъ отношеніи могутъ и должны сыграть всевозможныя кооперативныя общества и союзныя организаціи.

Къ числу важныхъ условий успѣшности борьбы съ тенденціей къ самоубійству принадлежитъ, между прочимъ, возможное уменьшеніе въ населеніи алкоголизма соответствующими мѣрами общественнаго законодательнаго характера. Ослабленіе самоубійства при уменьшеніи алкоголизма въ населеніи доказывається несомнѣнными цифрами, какъ показываетъ Скандинавская статистика. Слѣдовательно, уже борьба съ алкоголизмомъ, то или другое ослабленіе этого зла объщаетъ вѣрно уменьшеніе цифръ самоубійствъ.

Къ тому же, уменьшеніе алкоголизма способно оказать не только непосредственное вліяніе на уменьшеніе самоубійствъ: поднимая населеніе экономически и оздоравливая не только его само-

го, но и потомство, оно приводит къ дальнѣйшему уменьшенію цифры самоубійствъ въ будущемъ, какъ это и показываютъ страны, гдѣ цѣлымъ рядомъ общественныхъ и законодательныхъ мѣръ достигнуто уменьшеніе алкоголизма въ населеніи.

Далѣе, для уменьшенія числа самоубійствъ, совершаемыхъ душевно-больными, необходимо озаботиться возможно большимъ числомъ заведеній и патронажей для душевно-больныхъ, въ увеличеніи которыхъ у насъ въ Россіи чувствуется острая нужда.

Менѣ всего въ средствахъ борьбы съ самоубійствомъ можно рассчитывать на разныя карательныя мѣры противъ самоубійцъ и покушавшихся на самоубійство, какъ убѣждаетъ въ томъ вся исторія безуспѣшной борьбы съ самоубійствомъ путемъ репрессіи, направленной противъ личности самоубійцъ. Въ этомъ отношеніи полнымъ анахронизмомъ звучать статьи русскаго законодательства, лишающія самоубійцъ христіанскаго погребенія, а ихъ духовныя завѣщанія — юридической силы, ибо не доказано, чтобы такія репрессивныя мѣры когда-либо предупредили хотя бы одно самоубійство.

Далѣе, въ цѣляхъ предупрежденія самоубійства, необходимо всемѣрно поддерживать развитіе всевозможныхъ видовъ благотворенія, которое у насъ, къ сожалѣнію, все еще мало развито и мало организовано.

Благотвореніе, какъ извѣстно, имѣетъ въ виду, главнымъ образомъ, смягчить наиболее тягостныя условія жизни, устранить острую нужду тамъ, гдѣ она выдвигается самою жизнью.

Мы уже видѣли выше, что въ каждомъ почти случаѣ самоубійство является результатомъ цѣлой совокупности причинъ, приводящихъ — всѣ вмѣстѣ — къ роковой развязкѣ, при чемъ послѣдній непосредственный поводъ къ самоубійству является, хотя бы объективно, и слабѣйшей причиной, но, во всякомъ случаѣ, — тою каплей, которая переполняетъ чашу.

И вотъ это-то обстоятельство и создаетъ благопріятныя условія для индивидуальной борьбы съ самоубійствомъ даже тамъ, гдѣ въ общей совокупности причинъ, приводящихъ къ самоубійству, играютъ такіе факторы, какъ общественныя, политическія и экономическія условія, наслѣдственность и алкоголизмъ и т. п., ибо во всѣхъ этихъ случаяхъ къ окончательной развязкѣ приводитъ послѣдняя капля, переполняющая чашу, и достаточно эту каплю устранить или предупредить, чтобы предупредить и самоубійство.

Съ этимъ вмѣстѣ, очевидно, открывается обширная роль благотворенія и вообще личныхъ усилій отдѣльныхъ членовъ общества въ дѣлѣ уменьшенія числа самоубійствъ, ибо всяко-

му понятно, что прежде, чѣмъ капля переполнить чашу, можетъ явиться помощь со стороны и предупредить подготавливающееся несчастье.

Самоубійство, какъ мы видѣли, въ огромномъ большинствѣ случаевъ есть крайняя и послѣдняя реакція человѣка на тѣ жизненныя невзгоды, которыя его окружаютъ, и мы должны въ предѣлахъ силъ каждаго бороться противъ этихъ невзгодъ, а гдѣ устраненія этихъ невзгодъ достигъ невозможно, тамъ необходимо всемѣрно заботиться о томъ, чтобы скрасить условія жизни своихъ собратьевъ насколько это возможно, насколько это зависитъ отъ нашихъ средствъ.

Пусть жизнь блеснетъ для насъ не долго,
Но счастливы, кто изъ насъ умретъ
Съ сознаниемъ праведнаго долга
И чью-нибудь слезу утретъ.

Несомнѣнно, что есть случаи, гдѣ жизненныя условія слагаются столь неблагоприятно для человѣка часто по его же винѣ, что самоубійство въ такихъ случаяхъ является какъ бы естественной расплатой за то, съ чѣмъ не мирится проснувшаяся въ человѣкѣ совесть. Но нельзя забывать, что и въ этихъ случаяхъ самоубійство не смываетъ грѣховъ, смерть не смываетъ безчестія, — она только устраняетъ ихъ виновника отъ взоровъ публики, отъ наказанія.

По здоровомъ размышленіи и здѣсь всегда окажется лучшимъ выходомъ не смерть, а покаяніе и неустанная забота о томъ, чтобы загладить прошлое своею дѣятельностью на общую пользу.

Въ этомъ посильномъ трудѣ на общую пользу долженъ найти умиротвореніе своей мутящейся душѣ и человѣкъ, раскаявшійся въ своей прошлой жизни, кто бы онъ ни былъ въ дѣйствительности, ибо трудъ на общую пользу есть долгъ, обязанность каждаго, а исполненіе долга всегда дѣйствуетъ успокаивающимъ образомъ на человѣка, вызывая въ немъ новый подъемъ энергіи.

Но, помимо всего вышесказаннаго, помимо всѣхъ вышеприведенныхъ мѣръ борьбы съ самоубійствомъ, которыя по возможности устраняли бы или, по крайней мѣре, смягчали бы внѣшнія условія существованія людей, необходимо заботиться и о личномъ совершенствованіи человѣка.

Необходимо при этомъ имѣть въ виду, что дѣло идетъ здѣсь не о простой образованности, ибо образованность еще не предполагаетъ ни нравственнаго, ни эстетическаго воспитанія, а между тѣмъ въ этомъ — вся суть, ибо распространеніе простой образованности, какъ показываетъ статистика, идетъ даже параллельно съ развитіемъ числа самоубійствъ.

Дѣло не столько въ самой образованности, которая при всей ея пользѣ для человѣчества родить и усиливаетъ потребности, сколько въ созданіи характеровъ, въ развитіи самодѣтельности, въ приученіи къ планомѣрному труду и переносливости различнаго рода испытаній, въ развитіи чувства долга и необходимости помощи другимъ во всѣхъ вообще случаяхъ. Долгъ и помощь другимъ должны быть идеализированы, они должны войти въ плоть и кровь учащагося, должны сдѣлаться второй его натурой.

Словомъ, на ряду съ образованностью, школа должна имѣть своею цѣлью воспитаніе человѣка, — и даже воспитаніе ничуть не въ меньшей мѣрѣ, нежели образованіе. Девизомъ школы должны быть не образованіе только, но образованіе и воспитаніе, — и даже, прежде всего, воспитаніе, а затѣмъ образованіе.

Поэтому реформа школы въ духѣ ея оздоровленія, въ смыслѣ введенія въ ея программу эстетическаго, нравственнаго и физическаго воспитанія является въ дѣлѣ борьбы съ самоубійствомъ одною изъ настоятельнѣйшихъ потребностей времени, промедленіе съ которой отражается гибельно на многихъ и очень многихъ изъ нашей молодежи.

Необходима перестройка учебнаго дѣла въ томъ смыслѣ, чтобы въ школѣ умственные способности детей не насилывались, а развивались соответственно индивидуальности; нужно, чтобы школа не подрывала душевнаго и физическаго здоровья и выпускала не измученныхъ неврастениковъ, а людей, сильныхъ духомъ и тѣломъ. Нечего говорить, что въ школѣ должна быть введена строгая индивидуализація въ занятіяхъ, при которой утрачиваютъ свое безусловное значеніе какъ система отѣтокъ, такъ и экзамены, требующіе въ настоящее время столько кровавыхъ жертвъ въ формѣ самоубійствъ.

Нельзя также упускать изъ виду, что задачею всякой школы должно быть прививаніе будущему поколѣнію и обществу нравственныхъ идеаловъ болѣе возвышеннаго и болѣе ободряющаго характера.

Какъ бы ни была мрачна дѣйствительность, человѣкъ никогда не долженъ предаваться унынію и отчаянію. Онъ долженъ видѣть идеаль жизни не въ роскоши, а въ скромности, не въ праздности, а въ трудѣ, не въ умѣ только, но и въ сердцѣ. Девизъ этотъ долженъ быть общимъ, и онъ долженъ подавлять губящій жизнь пессимизмъ, не дающій человѣчеству ничего вообще, кромѣ гнетущаго мрака и смерти.

Борьба съ пессимизмомъ должна сдѣлаться всеобщей, она должна быть предметомъ самаго внимательнаго отношенія педагоговъ,

какъ высшихъ и среднихъ, такъ и низшихъ школъ. Прививаніе своимъ воспитанникамъ лучшихъ общественныхъ идеаловъ, вѣра въ которые въ современномъ обществѣ стала ослабѣвать, должно быть вообще первѣйшей задачей школы.

Вмѣстѣ съ этимъ, долженъ быть поддерживаемъ въ нашей молодежи, какъ и вообще въ людяхъ, возможный оптимизмъ. Нужно, чтобы человѣкъ вѣрилъ въ совершенствованіе человѣчества, вѣрилъ въ его будущее и въ грядущее торжество разума и идеаловъ. Нужно, чтобы эта вѣра ничуть не колебалась, когда человѣкъ встрѣчается съ кажущимся крушеніемъ идеаловъ, когда, по его мнѣнію, лучшіе общественные идеалы нагло и непристойно попираются.

Человѣкъ долженъ всегда вѣрить и не имѣть основанія не вѣрить въ окончательное торжество разума — того разума, который и создалъ идею добра на землѣ, а это дѣлаетъ непоколебимой и вѣру его въ торжество лучшихъ общественныхъ идеаловъ, ибо высшій разумъ и зло несовмѣстимы другъ съ другомъ.

Кто колеблется подъ напоромъ жизненныхъ условій, кто чувствуетъ надъ собою непомѣрную тяжесть современнаго жизненнаго режима и готовъ подъ его тяжестью пасть и кончить самоубійствомъ, тотъ ни на минуту не долженъ забывать, что бывали въ жизни человѣчества еще болѣе мрачныя эпохи и тѣмъ не менѣе онѣ миновали, и не только миновали, но даже способствовали возрожденію человѣческаго духа. И это возрожденіе было обязано именно тѣмъ борцамъ, которые стойко держались въ жизненныхъ условіяхъ и не отступали ни передъ какими испытаніями, оно обязано ихъ вѣрѣ въ идеалы и неустанной борьбѣ за лучшее будущее.

Будемъ же и мы полны этой вѣры въ лучшее свѣтлое будущее, которое наступитъ непремѣнно и наступитъ скоро, ибо за мракомъ ночи должно слѣдовать утро, и оно будетъ тѣмъ радостнѣе, чѣмъ мрачнѣе и длиннѣе была ночь.

Хотѣлось бы закончить эту бесѣду однимъ стихотвореніемъ, которое напомнитъ разочарованному о возможномъ выходѣ изъ тѣхъ тяжелыхъ условій, которыя «гнутъ его спину» и влекутъ его въ пропасть, къ смерти, къ самоубійству:

Желалъ ты, другъ, въ одно мгновенье
Закончить жизни тяжкій путь,
Навѣкъ прервавъ ея теченье
И думалъ тихо такъ заснуть,
Уставъ въ борьбѣ, растративъ силы..

Другъ, жизнь твоя хоть не красна,
Но счастья нѣтъ на днѣ могилы.
Пусть чашу жизни пить до дна
Нельзя безъ муки и страданья,
Но жизнь дана, чтобы любить
И чтобъ въ трудѣ, въ исканьѣ знанья
Свои страданья пережить.
Когда жъ подъ мракомъ долгой ночи
Тебя унынье обойметъ,
И ужъ страдать не станеть мочи,
Ты знай, что утро вновь придетъ.
На смѣну мрака вновь зардѣеть
Востокъ пурпуровымъ лучемъ,
И сердце радостно замлѣеть
Вновь подъ живительнымъ тепломъ.
Итакъ, оставь свои сомнѣнья
И с вѣрой въ истину живи,
Съ девизомъ мудраго терпѣнья
Впредь исполняй завѣтъ любви!

Акад. В. Бехтеревъ

Сноски к статье В. М. Бехтерева «О причинах самоубійства и о возможной борьбѣ съ нимъ»

¹ Анамнезомъ называется описаніе прошлой жизни паціента и изложеніе исторіи его болѣзни.

² И. П. Лебедевъ. О самоубійствѣ въ нормальномъ и болѣзненномъ состояніи. СПб., 1888.

³ П. Розановъ. О самоубійствѣ. Москва, 1891.

⁴ Заслуживаетъ вниманія, что эта цифра стоитъ близко къ процентному отношенію душевно-больныхъ среди самоубійць.

⁵ A. Quetelet. Physique sociale. t. II, стр. 232–249.

⁶ De Guerry. Essai de statistique morale 1835. Его же. Statistique morale comparee de la France et de l'Angleterre. 1864.

⁷ A. Wagner. Die Gesetzmässigkeit in der scheinbar willkürlichen menschlichen Handlungen vom Standpunkte der Statistik. 1864.

⁸ H. Morselli. Der Selbstmord 1881. Leipzig.

⁹ Gutstadt. Zeitschr. d. konigl. preuss. Statistisch. Bureau. XXX, Jahrg. 1890.

¹⁰ Oettingen. Moralstatistik etc. II. Auflage. Erlangen, 1834. Его же. Ueber acut. u chron. Selbstmord. Dorpat, 1881.

¹¹ Massarik. Der Selbstmord etc. Wien, 1881.

¹² Пономаревъ. Самоубійство въ Зап. Европѣ и въ Россіи въ связи съ развитіемъ умопомѣшательства. 1880.

¹³ А. В. Лихачевъ. Самоубійство въ Западной Европѣ и Европейской Россіи. Спб., 1882 г.

¹⁴ Проф. Г. В. Хлопинъ. Самоубійства, покушенія на самоубійства и пр. Спб., 1906 г.

¹⁵ А. В. Лихачевъ. Loco cit.

¹⁶ Preuss. Stat. Bd. LX.

¹⁷ Compte generale de l'administration. De la Justice criminelle. 1876. Rapp. p. XXXIV.

¹⁸ См.: Лихачевъ. Самоубійства въ Западной Европѣ и Европейской Россіи 1882 г. Спб.

¹⁹ Steinmetz. Suicide among primitive peoples. 1894.

²⁰ Masaryk. Loco cit.

²¹ Dr. Motet. Annale d'hygiene publ. et de méd. legale. 1880, III.

²² Annales d'hygiene et de médecine legale. 1880. IV.

²³ А. Бѣляковъ. О самоубійствѣ и несчастныхъ случаяхъ въ психіатрическихъ заведеніяхъ. Спб. 1893 г.

²⁴ Л. Прозоровъ. Совр. психіатрія, 1911 г., стр. 380.

²⁵ Проаль. Воспитаніе и самоубійство дѣтей. Пер. съ франц. Петербургъ. 1908 г.

²⁶ Eulenburg. Schülerelbstmorde. Z. f. pädag. Psychologie, Path. и Hygiene. 1907. Hft. 1-2.

²⁷ Moreau. Du suicide chez les enfants. These de Paris. 1906, стр. 63.

²⁸ Baer. Der Selbstmord im kindl. Lebensalter. Leipzig, 1901.

²⁹ Многіе изъ примѣровъ дѣтскихъ самоубійствъ, вслѣдствіе дурного обращенія и страха передъ наказаніемъ, можно найти въ выдержкахъ изъ авторовъ у В. К. Хорошко. (Самоубійство дѣтей. Москва, 1909 г.)

³⁰ Desetangs. Du suicide politique en France.

³¹ Н. Plecher. Die Suggestion in Leben d. Kinder. Beitr. Kinderforsch. u. Heilerziehung. Heft. 63. 1909.

³² См.: В. Бехтеревъ. Роль внушенія въ общ. жизни. 3-е изд. СПб., 1908 г.

³³ Г. В. Хлопин. Самоубійство, покушенія на самоубійство и несчастные случаи среди учащихся русскихъ учебныхъ заведеній. СПб., 1906 г.

ВВЕДЕНИЕ

Суицидальное поведение является одной из важнейших проблем общественного здравоохранения в любой стране и в любом обществе. В 2012 г. самоубийства составили 1,4 % смертей в мире, заняв 15-е место среди всех причин смерти. Несмотря на то что уровень суицидов в России уменьшился на 44,4 % (с 35,0 в 2000 г. до 19,5 на 100 000 населения в 2012 г.), в некоторых регионах страны он по-прежнему превышает уровень, оцениваемый экспертами ВОЗ как критический (выше 20 случаев на 100 000 населения) (ВОЗ, 2013).

Предотвращение суицидов является неотъемлемой частью Плана действий в области психического здоровья Всемирной организации здравоохранения (2013), при этом поставлена цель снизить к 2020 г. их частоту в мире на 10 %. Однако, несмотря на положительные изменения в области профилактики суицидов, до сих пор не найдено достаточно четких коррелятов, определяющих возможность совершения конкретным индивидуумом суицидального акта в той или иной ситуации.

В том числе это связано со значительными различиями в проявлениях суицидального поведения в зависимости от возрастных, половых и социокультуральных особенностей. Подростковый возраст является достаточно узкой, но наиболее важной в аспекте манифестации и закрепления проявлений суицидального реагирования возрастной категорией. Данный возрастной период, имеющий ряд принципиальных отличий от детского и более поздних этапов биопсихосоциального становления индивида, накладывает отпечаток и на область формирования поведенческих стратегий, одной из которых, с нашей точки зрения, может являться суицидальное поведение. Часто суицидальное поведение у подростков, а затем и взрослых, рассматривается как результат формирования и развития определенного «жизненного сценария», закладываемого еще в раннем детстве (Паршин А. Н., 2000; Попов Ю. В., Пичиков А. А., 2013).

Такая поведенческая стратегия направлена, в первую очередь, на изменение сложившихся неблагоприятных обстоятельств путем совершения опасных для жизни действий. Вместе с тем можно говорить и о наличии у подростков коморбидных и, порой, замещающих форм саморазрушающего поведения, связанных с влиянием различных аддикций и девиаций, имеющих опреде-

ленный риск для здоровья и социального благополучия. Одной из краткосрочных стратегий суицидального поведения у подростков, скорее носящей характер импульсивного неконтролируемого побуждения, является стремление прервать невыносимое душевное состояние. В некоторых случаях это может быть квалифицировано как самоповреждающее поведение, которое обычно проявляется повреждением кожных покровов. При этом вид крови, фиксация на физической боли позволяют подростку отвлечься от чувства душевного дискомфорта. Именно этот аспект является камнем преткновения в области подростковой суицидологии в связи со сложностью определения степени намеренности умереть в таких ситуациях, которая, порой, у подростков выражена не так отчетливо, как у взрослых.

Весьма показательным является тот факт, что в настоящее время, когда показатели смертности и заболеваемости среди молодежи уменьшаются в связи с улучшением диагностики и оказания квалифицированной медицинской помощи, выявляются и постоянно высокие, а со временем возрастающие показатели количества суицидов и суицидальных попыток. И хотя мысли о самоубийстве и суицидальные попытки у подростков встречаются гораздо чаще, чем непосредственно завершённые суицидальные акты, самоубийства остаются одной из ведущих причин преждевременной смертности молодых; суицид — вторая по частоте причина смерти в возрасте 15–29 лет (ВОЗ, 2014).

При этом отмечается крайне негативная динамика в виде «омоложения» суицидов в нашей стране. Частота суицидальных действий у детей и подростков особенно растет в последние десятилетия: у 30 % лиц в возрасте 14–24 лет бывают суицидальные мысли, 6 % юношей и 10 % девушек совершали суицидальные действия (Циркин С. Ю., 2004). По данным В. Ф. Войцеха (2008), за год в Российской Федерации от суицида погибают около 3000 детей и подростков — из них 20 детей в возрасте от 5 до 9 лет, 400–420 детей в возрасте от 10 до 14 лет и примерно 2500 15–19-летних. Количество суицидальных попыток при этом намного превышает количество завершённых суицидов, однако, вследствие отсутствия учета таких действий, данные, предоставляемые исследователями, являются достаточно противоречивыми.

Наиболее высока частота суицидальных мыслей и попыток в возрасте около 15–16 лет. При этом вероятность перехода от мыслей к действиям у подростка достигает 60 % в течение года (Borges G. [et al.], 2008), а риск суицидальных действий

сохраняется длительное время (Van Spijker B. A. J. [et al.], 2012). Одной из основных проблем профилактики суицидального поведения у подростков является сложность прогнозирования динамики развития суицидального процесса, причем считается, что суицидальная попытка в анамнезе — это один из основных предикторов завершённого суицида как в общей популяции (Hawton K., Zahl D. [et al.], 2003), так и среди лиц с психическими расстройствами (Robinson J., Harris M. [et al.], 2010). В целом подросткам свойственна тенденция к повторным суицидальным действиям (Нечипоренко В. В., Шамрей В. К., 2007; Taliaferro L., Muehlenkamp J., 2014). У половины подростков 15–16 лет, совершающих попытки самоубийства, они являются повторными (Madge N. [et al.], 2008). Около 5–9 % подростков сообщают о попытках суицида за последний год, а в течение жизни — 12–17 % (Patton G. C., Harris R. S., 1997; De Leo D., Heller T. S., 2004), при этом лишь 12,6 % суицидальных попыток ведут к госпитализации (Hawton K., Rodham K. [et al.], 2002).

У большинства суицидентов в момент совершения суицида сохраняется амбивалентное отношение к своему желанию умереть, особенно ярко это проявляется в подростковом возрасте. А. В. Курпатов [и др.] (2002) отмечал «феномен исключительной непоследовательности суждений, странной противоречивости „показаний“ и парадоксальности установок и действий у подростков». В полной мере данные противоречия проявляются и в специфике суицидального реагирования в зависимости от половой принадлежности, что требует дальнейших научных исследований. Почему женщины пытаются покончить с собой гораздо чаще, чем мужчины, но в итоге значительно больше мужчин лишают себя жизни — один из основных вопросов современных научных исследований, связанных с изучением половых различий суицидального поведения.

По данным 172 государств — членов ВОЗ с населением более 300 000 человек, представленным по состоянию на 2012 г. в докладе ВОЗ (2013), в большинстве этих стран наблюдается преобладание суицидов у мужчин по сравнению с женщинами. Среди этих государств среднее межполовое соотношение составляет 3,2; медианное — 2,8 с 24-кратным разбросом значений (от 0,5 до 12,5). Межполовое соотношение зависит также от возраста. Например, в Российской Федерации при общем показателе 5,3 выявляются следующие возрастные различия в уровне суицидов на 100 000 населения: 5–14 лет — 1,7; 15–29 лет — 5,7; 30–49 лет — 6,2; 50–69 лет —

6,3; 70 и более лет — 4,7 (ВОЗ, 2014). Таким образом, в нашей стране, начиная с подросткового возраста, мужчины совершают самоубийства примерно в шесть раз чаще, чем женщины, вплоть до инволюционного периода, когда естественная убыль мужского населения вносит свои коррективы. Современные данные о соотношении частоты суицидальных попыток среди женщин и мужчин в Российской Федерации достаточно противоречивы, но все они свидетельствуют о преобладании таких действий среди женской популяции (Касимова Л. Н. [и др.], 2000; Фисик М. В., 2002).

Это, в свою очередь, порождает ряд практических направлений, позволяющих выявить определенные характеристики в факторах риска суицида или протективных факторах в зависимости от половой принадлежности (Zhang J., Xu H., 2007; Andres A., Collings S., 2009), определить различия в интенционных характеристиках (обстоятельствах, способах, мотивах суицидальных действий) у мужчин и женщин (Roen K. [et al.], 2008; Shojaei A., Moradi S., 2013) и создать дифференцированные программы профилактики суицидального поведения (Прокопович Г. А. [и др.], 2013; 2014; Sakinofsky I., 2014).

В связи с этим возникает множество вопросов как теоретического, так и практического характера. Каким образом можно предотвратить суицидальные действия у подростков? Могут ли быть спрогнозированы такие действия? Существуют ли особые факторы риска суицидального поведения и уязвимость у определенных лиц? Является ли фактором суицидального риска половая принадлежность? Какую роль имеют в генезе суицидальных тенденций психические и личностные расстройства, особенности семьи, гендерные различия, а также социокультуральные влияния?

Несмотря на то что не было выявлено какого-то единственного фактора, объясняющего самоубийство у молодежи, существуют определенные успехи в изучении *locus minoris* (слабых мест), которые свойственны данной возрастной категории и имеют значение не только в манифестации суицидального поведения, но и в проявлениях суицидального поведения на протяжении всей последующей жизни.

Существует явная потребность в эффективных вмешательствах, способствующих уменьшению суицидальных тенденций среди молодежи. Вместе с тем широкая распространенность факторов суицидального риска у подростков (использование алкоголя и наркотических средств, депрессия, импульсивность, эмоциональная неустойчивость), а также частота суицидального фантазирования

(особенно у детей) затрудняют создание универсальных, экономически обоснованных и, самое главное, действенных программ профилактики.

Большинство подростков не завершают жизнь самоубийством, хоть и совершают попытки. Удивительно, но в случаях, когда это трагическое событие все-таки происходит (особенно при «двойных», кластерных суицидах), вновь и вновь приходится наблюдать за невежеством и тягой к сенсациям средств массовой информации, пароксизмальной активностью лиц, номинально ответственных за организацию помощи подросткам в школах, медицинских учреждениях, и формальным, «без выводов», отношением власти имущих. После проведения нескольких протокольных мероприятий интерес вновь затухает, по-видимому, до новых «статистических случаев».

Мы искренне надеемся, что данная монография позволит заинтересованному читателю на основе представленных данных структурировать основные современные знания в области подростковой суицидологии и в дальнейшем самостоятельно продолжить поиск в этих направлениях, а самое главное, сделает его более внимательным к ближнему своему, нуждающемуся в помощи. Ибо, как говорил Иосиф Бродский, «мир, вероятно, спасти уже не удастся, но отдельного человека всегда можно»...

Авторы выражают благодарность за помощь в оформлении издания А. В. Начатой.

Глава 1

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

1.1. История осмысления, определение и классификация суицидального поведения

Самоубийство — это сложное и неоднозначное проявление человеческого бытия, не всегда имеющее четкие границы с другими видами смерти. Можно ли отнести к категории суицидального поведения такие случаи, как, например, просьбы о лишении себя жизни к близким людям или медицинскому персоналу со стороны тяжелобольных лиц, а также отказ с их стороны получать медицинскую помощь? Как квалифицировать поведение террориста-смертника, который, сознательно лишая себя жизни, вместе с тем убивает и других? Рационально ли подобное поведение соотносить со случаями героического самопожертвования или случаями отстаивания человеком своих убеждений, приводящими к неизбежной смерти? Можно вспомнить и такие действия, когда человек убивает себя сам, но при этом исполняет обвинительный приговор суда (наиболее яркий пример — Сократ); лишившись господина или опозорившись в бою (харакири у самураев); оставшись вдовой (обряд сати в Индии), а также расширенные суициды в современных религиозных культах (секта «Народный Храм» — 900 человек, «Ветвь Давида» — 97 человек) и т. д. Все эти явления, несмотря на кажущуюся эксклюзивность, безусловно, требуют квалификации, поскольку в современном обществе также существуют подобные формы поведения, нацеленного на убийство самого себя. Это касается не только этнокультуральных факторов, связанных с менталитетом или религиозными воззрениями и традициями, но и явлений глобального характера, определяющих механизмы суггестивного влияния, провоцирующего имитационные суицидальные действия, и в особенности у подростков.

Термин «самоубийство» впервые стал использоваться в XVII в. Он образован от двух латинских слов «sui» (себя) и «caedere» (убивать). Таким образом, он буквально означает «убийство себя, покушение

на свою жизнь, самоуничтожение». Считается, что впервые слово «суицид» как научный термин употребил в 1641 г. английский писатель, врач и философ сэр Thomas Brown (1605–1682) в своем трактате «Религия врача» (Religio Medici), представляющим собой вольные размышления на темы религии, алхимии и астрологии. Официально слово вошло в словарь Французской академии в 1762 г. и в английский языковой словарь «Blount's Glossographia» в 1656 г. В русском языке самостоятельный термин «самоубийство» появился в 1704 г. в «Лексиконе трехязычном», который был составлен наставником славяно-греко-латинской школы Ф. П. Орловым.

Однако следует заметить, что фактически сам термин «самоубийство» использовался достаточно редко. В основном смерть от собственных рук описывалась как «самоуничтожение», что заведомо вызывало осуждение. Это позволяло рационализировать обществом столь неприятное явление и вытеснить его из межличностной сферы сначала в область религии («самоубийство — грех»), а затем в сферу психопатологии (самоубийство как «признак психической болезни») и криминалистики («патологическое убийство»).

Наиболее аргументированное обоснование запрета на самоубийство было сформулировано еще в XIII в. Фомой Аквинским, утверждавшим, что самоубийство — это:

1) нарушение закона природы, который предписывает любить себя и в соответствии с которым «все естественное должно поддерживать свое бытие»;

2) нарушение закона морали, поскольку самоубийца является частью общества и своим поступком наносит человеческому роду невосполнимый ущерб;

3) нарушение Закона Божьего, оставляющего право забирать жизнь лишь самому Всевышнему, а также велит без сомнений следовать его провидению.

Если оценивать современный дискурс о праве человека самому определять, «быть ему или не быть», то можно отметить, что он, бесспорно, неотделим от «смерти Бога» (Ницше Ф., 1881) в постмодернистском мире. С точки зрения М. Хайдеггера, «Бог — это цель жизни, что возвышается над самой же земной жизнью и, тем самым, определяет ее сверху и в известном смысле извне». Однако, потеряв цель и, соответственно, внутренние ориентиры, «человек постмодерна» столкнулся с трудностями, разрешение которых до сих пор кажется ему невозможным. В современном мире количество клиник, проводящих эвтаназию, увеличивается (в настоящее время

официально эвтаназия разрешена в Голландии, Бельгии, Швейцарии и Канаде), а «право на смерть» (пока лишь смертельно больных) постулируется как часть демократических свобод. Поскольку вопрос об эвтаназии является скорее вопросом этики, и не только медицинской (клятва Гиппократата), то у каждого из нас, бесспорно, может быть свое определенное мнение по поводу «ассистированного самоубийства», но не стоит забывать, что в социальной среде с подобных же позиций одобряется и суицидальное поведение. Это так называемые клубы самоубийц в интернете, толерантное или попустительское отношение со стороны государственных структур к суицидальным попыткам и суицидам, недостаточно эффективная работа по профилактике алкогольной и табачной зависимостей, в частности среди молодежи (некоторые суицидологи относят алкоголизм, табакокурение и рисковое поведение к «латентным формам» суицидального поведения), и т. д.

Еще в 1882 г. очень популярный на Западе, но практически неизвестный у нас шотландский философ Дэниел Хьюм, будучи также известным в свое время медиумом-спиритуалистом (его почитателями были император Наполеон III, российский император Александр II, германский кайзер Вильгельм I, Артур Конан Дойль и др.), определил суть кредо «свободного в своих правах» человека, которое базируется на критике трех вышеозвученных постулатов Фомы Аквинского.

1. Если Бог всемогущ и управляет миром до мельчайших деталей, то акт самоубийства должен рассматриваться как деяние, соответствующее его закону и воле, а не как вторжение в его права. А если самоубийство и есть нарушение природного порядка во Вселенной, то с тех же позиций, безусловно, должен рассматриваться и любой акт спасения жизни при природных катаклизмах, что является абсурдом.

2. Самоубийство не приносит вреда обществу, поскольку смерть освобождает человека от всех его обязанностей перед людьми, которые являются взаимными и существуют до тех пор, пока личность получает выгоду от них. Мало того, иногда акт самоубийства может облегчить бремя, которое несет общество, и, следовательно, может рассматриваться как положительное явление.

3. Для субъекта самоубийство не всегда направлено против его интересов. Бедность, болезнь, неудачи могут сделать жизнь невыносимой. Тот факт, что люди совершают самоубийство, несмотря на «природный ужас смерти», свидетельствует о том, что в некоторых случаях оно не противоречит природе.

Примерно с конца XIX в., начала эры новейших достижений, не в последнюю очередь в связи с уменьшением роли религии в мировоззрении человека и устройстве общества, надеждой на то, что наука даст ответы на вопросы, которые оставил без ответа Бог, формировалось и новое отношение к самоубийцам. Феномен лишения себя жизни уже в меньшей степени рассматривался как грех, и возобладало мнение, что суицид есть скорее следствие либо безумия, либо влияния социальных изменений. В соответствии с этим само определение самоубийства также переосмыслялось.

Ж.-Э. Эскироль считал, что самоубийство является актом, который человек совершает в состоянии умопомешательства, и связывал его с наличием психического расстройства. Эмиль Дюркгейм во введении к своей книге «Самоубийство: социологический этюд» (1897) описывал его так: «Каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах». Там же автор дал определение суицидальной попытки, описав ее как «тот же самый акт, который мы определили как самоубийство, но только не доведенный до конца». Со своей стороны З. Фрейд рассматривал самоубийство согласно своей психоаналитической теории и характеризовал его как «убийство наоборот». Ж. Лакан рассматривал самоубийство как смещение фокуса объекта агрессии: в связи с невозможностью выхода этой агрессии на другого она направляется на самого себя.

До середины прошлого века попытки самоубийства считались неудавшимися самоубийствами, и, таким образом, самоубийство и попытка самоубийства воспринимались как единый феномен. E. Stengel (1952) определил эпидемиологические различия между этими двумя группами и предложил термины «самоубийство» (суицид) и «попытка самоубийства» (суицидальная попытка) для разграничения этих форм поведения. Он полагал, что суицидальные намерения были существенными в обеих группах; иными словами, выжившие после совершения суицидальных действий являются, по сути, самоубийцами, потерпевшими неудачу при попытке покончить с собой.

В 1960-е гг. было предложено не рассматривать более суицидальные намерения у лиц, предпринявших (по терминологии E. Stengel) «попытку самоубийства», как существенные, поскольку установлено, что большинство из них «совершали соответствующие действия, будучи уверенными в своей относительной безопасности,

полностью отдавая себе отчет — даже в самый критический момент — в том, что они должны выжить, несмотря на прием чрезмерной дозы лекарств, а значит, нужно быть в состоянии вовремя раскрыть необходимую информацию для обеспечения своего спасения» (Kessel N., Grossman G., 1965). По этой причине N. Kessel предложил заменить термин «попытка самоубийства» терминами «умышленное самоотравление» и «умышленное самоповреждение», которые были выбраны с таким расчетом, чтобы указывать на явно преднамеренный характер такого поведения и при этом не содержать утверждения о наличии в данном случае желания умереть.

В свете этого некоторые европейские авторы ввели новые термины с целью формализации и описания исследования акта попытки самоубийства. Стали использоваться термины «псевдосуицид» (Kessel N., Grossman G., 1965) и «парасуицид» (Kreitman N. [et al.], 1969). В большей степени прижился термин «парасуицид», чаще используемый в европейской научной литературе по сравнению с американской и российской, где чаще употребляется словосочетание «суицидальная попытка». «Парасуицид», с точки зрения N. Kreitman, — это «нефатальное действие, при котором индивидум намеренно наносит себе повреждения или принимает лекарственное вещество в количестве, значительно превышающем прописанные врачом или общепринятые терапевтические дозы». Таким образом, исключается вопрос о том, была ли смерть желаемым результатом. Хотя термин «парасуицид» довольно широко употребляется, некоторые врачи по-прежнему придерживаются терминов «самоотравление» и «самоповреждение». H. G. Morgan (1979) предложил термин «умышленное причинение себе вреда» для обозначения единого понятия, охватывающего и умышленное самоотравление, и умышленное самоповреждение. Выдвигалось возражение, что этот термин иногда неправильно употребляется, так как указанные действия не обязательно причиняют вред (даже если совершающий их знает, что вред может быть причинен). С течением времени определение самоубийства стало более связанным с действующими концепциями. E. Shneidman (1970) определил самоубийство как «намеренный акт самоуничтожения», J. A. Motto (1967) говорил о «самоумышленной смерти». С нашей точки зрения, практически ни один из этих терминов не является вполне удовлетворительным и служит, скорее, констатации конечного факта аутоагрессивного действия.

В 1988 г. были выделены «Операциональные критерии для определения самоубийства» (Operational criteria for determining suicide), которые обозначили самоубийство как «смерть в резуль-

тате намеренного причинения самому себе вреда». Это позволило оперировать тремя основными критериями самоубийства: смертельный исход из-за нанесенного самоповреждения, совершение самоповреждающих действий самим человеком и наличие у него намерения умереть. Данная инициатива способствовала разработке других критериев, которые опираются на концепции самостоятельного причинения себе вреда (установление существования самостоятельно спровоцированных повреждений субъектом) и намеренности (явного или неявного доказательства сознательного решения или желания убить себя).

Выделение подобных критериев позволило понять, что суицидальное поведение не является однородным феноменом и необходима его классификация, основанная на выявлении причин, вызывающих его, намеренности действий и их последствий. Рабочей группой по профилактике суицидов и суицидальных попыток регионального европейского офиса ВОЗ в 1986 г. было определено, что самоубийство (суицид) — это «действие с фатальным результатом, которое было намеренно начато и выполнено умершим в осознании и ожидании фатального результата, посредством которого умерший реализовал желаемые изменения». К суицидальным же попыткам (парасуицидам) относят «действия с нефатальным результатом, когда индивид намеренно с целью изменения ситуации начинает необычное поведение, посредством которого без вмешательства других вызывает самоповреждение или преднамеренно принимает лекарство в дозе, превышающей предписанную» (World Health Organization, 1986).

По-видимому, данные термины можно интерпретировать по-разному в зависимости от квалификации лица, занимающегося исследованием произошедшего, его мотивации или желания скрыть факт данного события. С нашей точки зрения, более упрощенными, но от этого не менее противоречивыми, являются термины, представленные в докладе ВОЗ «Предотвращение самоубийств: Глобальный императив» (2014), где термином «суицидальное поведение» обозначен «диапазон различных вариантов поведения, которые включают фантазии или размышления о самоубийстве, планирование самоубийства, совершение попытки и непосредственно само самоубийство», «суицидом» обозначают акт умышленного убийства самого себя, а «суицидальная попытка» используется для обозначения любого вида изначально нелетального суицидального поведения и относится к намеренному самоотравлению, нанесенной самому себе травме или иному самоповреждению, которые

могут иметь или не иметь летального намерения или исхода. ВОЗ указывает, что нефатальные самоповреждения без суицидальных намерений также могут быть отнесены к группе суицидальных попыток. Это связано с трудностями определения выраженности суицидальных намерений, амбивалентным отношением к суицидальному акту или с сознательным укрывательством со стороны суицидента (World Health Organization, 2014).

Противоречивость этих терминов заключается в том, что подразумевается разделение суицида как поведенческого акта, закончившегося смертью индивидуума, и суицидальной попытки, которая также может закончиться смертью, но суицидом при этом обозначить ее невозможно вследствие «изначально нелетального суицидального поведения». Безусловно, нельзя отрицать тот факт, что для некоторых лиц, особенно для подростков и женщин, характерен стереотип повторяющегося «нефатального суицидального поведения», и вероятность того, что их суицидальная попытка завершится смертью, может быть мала. Но все-таки не стоит забывать, что в статистических отчетах о смерти вследствие суицида присутствуют и подростки, и женщины, для которых было характерно такое поведение. Поэтому, с нашей точки зрения, разделение данных терминов только на основе степени летальности средств лишения себя жизни неприемлемо и носит скорее формально-статистический характер. Впрочем, это вопрос для дальнейшего обсуждения. Необходим индивидуальный анализ с оценкой обстоятельств, мотивов, истинности намерений в каждом отдельном случае, так как только такой подход позволит совершенствовать клиническую практику. Этот вопрос особенно значим в области оценки суицидального поведения у молодежи, так как формальная квалификация суицидальных действий у детей и подростков, недостаточно адекватно оценивающих летальность способа лишения себя жизни, может приводить к тому, что специалист оценивает такое поведение как «жест», «демонстрацию», «манипуляцию» или «истерическую реакцию». Недоучет обстоятельств и оперирование формализованными критериями в дальнейшем может привести к трагическим результатам.

С психиатрической точки зрения суицидальное поведение рассматривалось весьма вариательно: как симптом, синдром, осложнение психического заболевания, психическое расстройство и диагностическая ось. Взгляд на самоубийство менялся в зависимости от концептуальных положений авторов, а также от рассмотрения непосредственно различных категорий суицидентов.

S. E. Hуman (1990) предложил использовать разделение суицидентов по тем поведенческим признакам, которые были выделены в процессе клинической работы. Он отметил, что существуют смертельные исходы у пациентов, которые могут быть связаны с суицидальными действиями; пациенты, которые выживают после суицидальной попытки; пациенты, которые обращаются за помощью в связи с имеющимися суицидальными идеями или импульсами; пациенты, которые обращаются за медицинской помощью по другим причинам, но в то же время допускающие у себя наличие суицидальных идей и импульсов; пациенты, которые отрицают суицидальные намерения, но их поведение, возможно, демонстрирует риск суицидальных действий с точки зрения клинициста или родственников.

В классификации R. W. Maris (1992) выделено несколько осей для определения типов суицидального поведения. Ось I определяет тип поведения (суицидальные мысли, суицидальная попытка, самоубийство). Ось II служит для выявления характеристик акта, вторичных по отношению к самому суицидальному действию, таких как его летальность, преднамеренность, сопутствующие обстоятельства, выбранный метод, а также социальных характеристик: пол, возраст, этническая принадлежность, семейное положение и род занятий. Наконец, ось III связана с наличием или отсутствием хронического, непрямого, саморазрушающего поведения (употребление психоактивных веществ, алкоголя, наличие в анамнезе самоповреждений или расстройств пищевого поведения).

Еще одна попытка классификации базируется на кластерном анализе различных групп населения с выделением особенностей их суицидального поведения. Во многих исследованиях были выделены следующие группы: лица с недифференцированным суицидальным намерением, как правило, молодые женщины; пожилые лица с суицидальными попытками, которые характеризуются высокой намеренностью и степенью летальности выбранного способа; к третьей когорте условно можно было отнести некую промежуточную форму суицидального поведения, базирующуюся между вышеперечисленными группами (Rapeli C. B., Botega N. J., 2005; Sinyor M. [et al.], 2014).

Вероятно, наиболее практичной стала классификация M. M. Silverman (табл. 1), которая включает в себя не только суицидальные угрозы, но и особенности суицидального плана, выражающегося, например, в накоплении лекарственных средств, что косвенно может свидетельствовать о намерениях совершить суицид. При этом в каждой из рубрик (суицидальные мысли, суицидальная коммуни-

кация, суицидальное поведение) автором предлагается выделение различных типов данных феноменов в зависимости от наличия, отсутствия или недостаточности их проявлений, что позволяет полноценно оценить суицидальный статус индивида и в соответствии с этим определить суицидальный риск.

Таблица 1

Номенклатура суицидальных мыслей и поведения
(Silverman M. M. [et al.], 2007)

Суицидальные мысли			Суицидальная коммуникация***			
Намерения к суициду						
Нет	?	Да		Нет	?	Да
(1) случайные			Суицидальные угрозы*	Тип 1	Тип 2	Тип 3
(2) кратковременные			Суицидальный план**	Тип 1	Тип 2	Тип 3
(3) постоянные						
(4) пассивные						
(5) активные						

Суицидальное поведение***			
Результат	Нет (самоповреждение)	? (неопределенное суицидальное поведение)	Да (суицидальная попытка)
Отсутствие повреждений	Тип 1	Тип 1	Тип 1
Наличие повреждений	Тип 2	Тип 2	Тип 2
Смерть	Непреднамеренная самоиндуцированная смерть	Самоиндуцированная смерть с неопределенными намерениями	Самоубийство

* Суицидальные угрозы: вербальные или невербальные; активные или пассивные.

** Суицидальный план: предполагаемый метод достижения потенциально самоповреждающего результата.

*** Дополнительные определения:

А. Внутриличностный фокус — изменение внутреннего состояния.

Б. Межличностный фокус — изменение отношений с другими.

В. Смешанный фокус.

В настоящее время в классификации МКБ-10 суицидальное поведение отражено только в рубрике «Внешние причины заболеваемости и смертности» (V01—Y98), отражающей происшествия, условия и обстоятельства в качестве причины травмы, отравления и другого неблагоприятного воздействия. Блок «Преднамеренное самоповреждение» (X60—X84), который включен в эту рубрику, определяет весь спектр возможных причин как преднамеренного самоповреждения путем отравления или травмирования, так и непосредственно суицидальной попытки или суицида:

X60 — преднамеренное самоотравление и воздействие неопиоидными анальгетиками, жаропонижающими и противоревматическими средствами;

X61 — преднамеренное самоотравление и воздействие противосудорожными, седативными, снотворными, противопаркинсоническими и психотропными средствами, не классифицированные в других рубриках;

X62 — преднамеренное самоотравление и воздействие наркотиками и/или психодизлептиками (галлюциногенами), не классифицированные в других рубриках;

X63 — преднамеренное самоотравление и воздействие другими лекарственными средствами, действующими на вегетативную нервную систему;

X64 — преднамеренное самоотравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами;

X65 — преднамеренное самоотравление и воздействие алкоголем;

X66 — преднамеренное самоотравление и воздействие органическими растворителями, галогенсодержащими углеводородами и их парами;

X67 — преднамеренное самоотравление и воздействие другими газами и парообразными веществами;

X68 — преднамеренное самоотравление и воздействие пестицидами;

X69 — преднамеренное самоотравление и воздействие другими и неуточненными химическими и ядовитыми веществами;

X70 — преднамеренное самоповреждение путем повешения, удавления и удушения;

X71 — преднамеренное самоповреждение путем погружения в воду и утопления;

X72 — преднамеренное самоповреждение путем выстрела из ручного огнестрельного оружия;

X73 — преднамеренное самоповреждение путем выстрела из винтовки, дробового ружья и крупнокалиберного огнестрельного оружия;

X74 — преднамеренное самоповреждение путем выстрела из другого и неуточненного огнестрельного оружия;

X75 — преднамеренное самоповреждение путем использования взрывчатых веществ;

X76 — преднамеренное самоповреждение дымом, огнем и пламенем;

X77 — преднамеренное самоповреждение паром, горячими испарениями и горячими предметами;

X78 — преднамеренное самоповреждение острым предметом;

X79 — преднамеренное самоповреждение тупым предметом;

X80 — преднамеренное самоповреждение путем прыжка с высоты;

X81 — преднамеренное самоповреждение путем прыжка под движущийся объект или лежания перед ним;

X82 — преднамеренное самоповреждение посредством аварии моторного транспортного средства (мототранспортное средство, поезд, трамвай);

X83 — преднамеренное самоповреждение посредством других уточненных действий (посредством воздействия едких веществ (исключая ядовитые), аварии самолета, поражения электрическим током);

X84 — преднамеренное самоповреждение посредством неуточненных действий.

Дополнительным знаком может кодироваться место происшествия, например: 1 — специальное место для проживания; 2 — территории школ, других учреждений и общественных зданий; 3 — площадки для занятий спортом и спортивных соревнований; 4 — улица или автомагистраль и т. д.

Когда доступной информации недостаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным случаем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждений, в действительности совершенное самоубийство может быть отнесено к блоку «Повреждение с неопределенными намерениями» (Y10–Y34).

Помимо этого, случай совершения суицидальной попытки может быть отражен в медицинской документации при помощи категории «Самоповреждение в личном анамнезе» (Z91.5), что в какой-то степени может способствовать преимущества оказания

ния помощи и более внимательному отношению к возможному рецидиву суицидальных тенденций у пациента. Таким образом, следует признать, что имеющаяся классификация отражает только лишь результат и способ самоповреждения или самоубийства, что в большей степени служит статистическим потребностям.

В МКБ-11 планируется сохранить данные диагностические категории без выделения каких-либо новых критериев, в отличие от классификации DSM-5, где в 3-й секции описываются «расстройство суицидального поведения» и «несуицидальное самоповреждение». Группа экспертов определила, что в настоящее время недостаточно доказательств для включения подобных расстройств в качестве официальных диагнозов в классификацию. Однако предлагается обсуждение для психиатрической общественности каждого из предложенных критериев с возможным включением в следующие издания DSM.

Расстройство суицидального поведения — Suicidal Behavior Disorder. Предлагаемые критерии следующие.

А. Совершение суицидальной попытки в течение последних 24 мес.

В. Действия не соответствуют критериям несуйцидального самоповреждения, т. е. они не связаны с причинением ранений кожного покрова тела с целью отвлечения от негативного эмоционального состояния (плохих мыслей) или для достижения более хорошего настроения.

С. Диагноз не применяется к суицидальным мыслям или суицидальным тенденциям.

Д. Действие не было совершено в состоянии делирия или спутанности.

Е. Действие не было предпринято исключительно в связи с политическими или религиозными целями.

Укажите, если:

текущее расстройство — не более 12 мес. с момента последней попытки;

начало ремиссии — 12–24 мес. с момента последней попытки.

Несуицидальное самоповреждение — Nonsuicidal Self-injury. Предлагаемые критерии.

А. За последний год индивид в течение 5 или более дней занимался преднамеренным нанесением самому себе повреждений кожного покрова, для того чтобы вызвать кровотечение, кровоподтеки или боль (например, нанесение себе ран, уколов, ударов, чрез-

мерное трение), с ожиданием того, что травма приведет к легкой или средней степени физического вреда.

* Отсутствие суицидальных намерений либо определяется самим индивидом, либо основано на многократно повторяющемся поведении, которое свидетельствует об отсутствии желания смерти.

В. Индивид совершает акты самоповреждений с одной или несколькими целями:

- 1) для отвлечения от негативного эмоционального состояния или неприятных мыслей;
- 2) для устранения межличностных трудностей;
- 3) для достижения более хорошего настроения.

* Облегчение состояния при мыслях о самоповреждении, во время или вскоре сразу после самоповреждения отражает паттерны зависимого поведения и связано с многократным повторением этих действий.

С. Преднамеренное самоповреждение характеризуется по крайней мере одним из следующих аспектов:

1) межличностные трудности или негативные чувства или мысли, такие как депрессия, тревога, напряжение, гнев, общий дистресс или самокритика, возникающие в период непосредственно перед началом самоповреждающего акта;

2) до совершения акта самоповреждения период поглощенности мыслями об этом настолько интенсивен, что возникают трудности самоконтроля;

3) размышления о самоповреждении возникают очень часто, даже вне периода их нанесений.

Д. Поведение социально не санкционировано (например, пирсинг, татуировки, проявления религиозного или культурно-обусловленного ритуала) и не ограничено тем, что человек обдирает коросты или грызет ногти.

Е. Поведение или его последствия вызывают клинически значимый дистресс или влияют на межличностные, учебные или другие важные области социального функционирования.

Ф. Поведение не возникает исключительно во время психотических эпизодов, делирия, наркотического или алкогольного опьянения. У лиц с нарушением развития нервной системы поведение не является частью паттерна повторяющихся стереотипий. Поведение не связано с другим психическим расстройством или медицинским состоянием (например, психотическим расстройством, расстройствами аутистического спектра, нарушением умственного

развития, синдромом Лех-Шихана, стереотипным двигательным расстройством с самоповреждением, трихотилломанией).

М. А. Oquendo и Е. Vaca-Garcia (2014) в Рекомендациях для внесения изменений в DSM-5 указывают, что суицидальное поведение соответствует критериям для психиатрического диагноза, а именно: а) поведенческий или психологический синдром или паттерн поведения, который проявляется у человека; б) связанный с клинически значимым дистрессом или потерей трудоспособности; в) определяемый диагностически; г) клинически значимый; д) отражающий лежащие в его основе психобиологические нарушения. Авторы выражают беспокойство лишь относительно диагностической стабильности, хотя они утверждают, что она является переменной также и для многих психических расстройств. С точки зрения диагностической валидности определения, используемые в Классификационном алгоритме оценки суицида (C-CASA) (Posner К. [et al.], 2007) и Колумбийской шкале оценки суицидального риска, разработанной на его основе (C-SSRS) (Posner К. [et al.], 2011), демонстрируют высокий уровень достоверности, чувствительности и специфичности, что ориентировочно составляет более 95 % для прогноза суицидальной попытки.

Вместе с тем рассмотрение суицидального поведения как отдельного психического расстройства, с нашей точки зрения, является необоснованным, поскольку создается впечатление, что подобные классификационные схемы создаются именно для включения в них как можно большего числа симптоматических форм нарушений, или отклонений от «нормального» поведения.

1.2. Современные направления изучения суицидального поведения

В процессе развития суицидологии как самостоятельной области научного знания было предложено много разных теоретических концепций, выделяющих роль психологических, социальных и биологических факторов в возникновении суицидального поведения (Зотов М. В., 2006).

В течение многих веков существовали различные подходы к концептуальной проблеме самоубийства. Первоначально преобладали религиозные и философские подходы. С научной точки зрения первой областью научных знаний, которая попыталась сформировать основные категории суицидологии, стала социология,

которая начала исследование и осмысление самоубийства в Европе еще в XVIII в.: E. Morselli в Италии; T. G. Masaryk в Австрии; A. M. Guerry, G. Foc-Demazy и E. Lisle во Франции; F. Winslow в Англии; S. Casper, I. Muller и G. Wagner в Германии. Одной из наиболее оригинальных и завершенных работ, раскрывающих социологическую концепцию суицидального поведения, является монография французского социолога Эмиля Дюркгейма «Самоубийство. Социологический этюд», изданная в 1897 г. Он высказал мысль, что уровень суицидов зависит исключительно от влияния социологических факторов, при этом он классифицировал акты самоубийства согласно уровню социальной интеграции индивида и особенностям социального регулирования в обществе. Им были выделены три типа самоубийства: эгоистическое, альтруистическое и аномическое. Со времени выхода данной работы многие авторы продолжали изучать самоубийство как социальный феномен: M. Halbwachs (1930) в своем труде «Причины самоубийства» сравнил различия суицидального поведения у сельского и городского населения; O. Una Juarez (1985) суммировал своей работой социальную теорию, обосновав связь общественной дезорганизации с индивидуальной.

Следует отметить, что подобные работы вызвали некоторую критику в свой адрес, обусловленную принципиальным отказом авторов от любых психологических объяснений суицида. Однако и в настоящее время ряд ученых частично придерживаются этой концепции. Так, Б. С. Положий (2016) утверждает, что «большее влияние на частоту суицидов оказывает не собственно социально-экономическое положение, а периоды масштабных социальных перемен и кризисов. По своему психологическому влиянию они вызывают необходимость смены привычного стереотипа жизнедеятельности человека и сопровождаются воздействием так называемого стресса социальных изменений. Он, в свою очередь, может привести к развитию психических расстройств и способствовать возникновению суицидальных форм поведения».

С появлением психоаналитической теории суицидальное поведение стало осмысляться как феномен психологический, не определяющийся только лишь психической патологией и не зависящий лишь от внешних факторов социального порядка. Идеи, впервые высказанные представителями психоаналитического направления, например мысль о связи реакций гнева и агрессии с суицидальным поведением, явились плодотворными для понимания некоторых его аспектов и получили подтверждение в экспериментальных ис-

следованиях, проведенных в дальнейшем. Так, З. Фрейд в своей работе «Печаль и меланхолия» (1917) изложил основные идеи, касающиеся суицидального поведения. В дальнейшем его концепция была расширена и дополнена К. Menninger (1938), который выделил три составляющих суицидального поведения: желание убить, желание быть убитым и желание умереть. По его мнению, желание убивать может сформироваться еще в младенчестве как реакция на какую-либо стрессовую ситуацию, например на отлучение ребенка от груди. В случае с самоубийцами ярость и желание убить они обращают против себя же в попытке покончить с собой — стремление быть убитым. Если стремление к убийству можно рассматривать как высшую степень агрессии, то стремление человека быть убитым можно понимать как высшую форму подчинения, смиренности. Под влиянием угрызений совести человек стремится искупить вину за аморальный поступок физическими и душевными страданиями, что в итоге приводит его к убеждению в необходимости смерти ради искупления вины — желание умереть. В дальнейшем психоаналитическую теорию дополнил R. E. Litman (1965), подробно описав лежащие в основе суицидального поступка ощущения одиночества, безнадежности, беспомощности, а также чувства вины, зависимости и тревоги.

Особую роль имеют психологические модели суицидального поведения, которые, дополняя друг друга, позволяют в большей степени обосновать психотерапевтические подходы, выделяя маркеры суицидального риска и особенности суицидальных пациентов.

В. L. Fredrickson (2001) описал концепцию расширения и построения позитивных эмоций, которая определяет суицид как естественную реакцию на переживания печали, безнадежности и боли, по сути являя собой адаптивный ответ на невыносимое душевное состояние. Обучение же переживанию позитивного аффекта расширяет репертуар мыслей и действий, позволяя построить систему стрессоустойчивости. В процессе психотерапевтической работы возникает своеобразная спираль (Fredrickson V. L., Joiner T., 2002): от позитивных мыслей к позитивным действиям, вызывающим позитивные эмоции.

С позиций межличностного психологического подхода (Joiner T. E., 2005) выделяется желание и готовность умереть. Желание умереть связано с ощущением обременительности своего существования и нарушенными межличностными связями с другими, что ведет к суицидальным мыслям. Готовность же к смерти приобретает через привыкание к тягостному переживанию травмирующих

событий: человек перестает бояться смерти. В связи с этим риск суицида повышается с числом суицидальных попыток и несуицидальных самоповреждений.

В концепции надежды С. R. Snyder (1994) делается упор на недостаток позитивных ожиданий от будущего и объясняется появление надежды в онтогенезе: сначала появляется продумывание направлений деятельности (достижения целей) и потом — чувство уверенности, ощущение возможных свершений. Надежда может быть как чертой характера, так и преходящим состоянием; ей можно обучаться, ее можно тренировать, в чем и заключается терапия суицидальности (Grewal P. K., Porter J. E., 2007).

Развитие нейробиологических наук, произошедшее в последние десятилетия, привело к значительному расширению биологических объяснений суицидального феномена, определяющих его генез через генетические, физиологические и другие параметры жизнедеятельности организма (Ефремов В. С., 2004). По мнению В. Ф. Войцеха [и др.] (2009), современные технологии нейровизуализации позволяют проследить нарушения переработки информации при формировании суицидальных установок, расширить представления о патогенезе суицидального поведения и выделить нейрофизиологические маркеры, позволяющие объективно оценить суицидальный риск.

Современные исследования показали, что в реализации суицидального поведения участвует ряд нейробиологических механизмов (Mann J. J., 1998). Основными объектами исследований явились серотонинергическая и моноаминергическая системы мозга, система ГАМК, нейротрофины и другие регуляторы клеточной структуры мозга, а также система нейрогуморальной регуляции, отвечающая за реагирование на стрессовые воздействия и адаптацию, иммунная система и некоторые общебиохимические механизмы, связанные с обменом холестерина и высших жирных кислот (Розанов В. А. [и др.], 1999; Розанов В. А., Мидько А. А., 2006).

В последнее время появились работы, объясняющие механизм ранней психотравмы и ее «консервации» до момента первых жизненных трудностей (пубертат, взросление). В частности, установлено, что стресс, пережитый на самых ранних стадиях развития, приводит к появлению эпигенетических меток на некоторых участках генома, вследствие чего профиль экспрессии генов, в том числе имеющих отношение к системе реагирования на стресс, меняется и устанавливается на весь период существования организма (Розанов В. А., 2015). Данный механизм рассматривается как

путь, с помощью которого контекстно обусловленные влияния, связанные со средовыми рисками, в том числе психосоциального характера (негативные события, психологические травмы, одиночество, ранние разрывы отношений), могут оказывать влияние на формирование «инкубированной травмы», определяющей формирование стресс-диатеза и в итоге суицидальное поведение в более позднем возрасте (Meaney M. J. [et al.], 2007; Szyf M., 2009; 2011).

Несмотря на значительное количество полученных данных, в настоящее время проведенные исследования служат лишь целям накопления фактического материала; с точки зрения ряда авторов, пока нет возможности сделать какие-либо важные обобщающие выводы (Bondy B. [et al.], 2006; Rujesku D. [et al.], 2007). Более того, D. Rujesku [et al.] в заглавие своей работы ставят вопрос: «Что за пределами серотонинергической системы?». Исследования выявляют все новые и новые биологические системы мозга, ассоциированные с суицидом или иными проявлениями суицидальности, например систему нейротрофинов (BDNF), систему ангиотензин-превращающих ферментов, рецепторы ГАМК, рецепторы к эстрогенам, холецистокинин, субстанцию Р и другие факторы.

Начиная с XVIII в. суицид связывали с безумием или меланхолией. В XIX в. Ж.-Э. Эскироль утверждал, что все самоубийцы — душевнобольные, но суицид зависит «от громадного количества различных причин», будучи неспецифическим симптомом (1838). Следует отметить, что и в наши дни в психиатрии прочно закрепились связь суицидального поведения с аффективными расстройствами. Замечено, что расстройства настроения, особенно в сочетании с тревогой на ранних этапах заболевания, повышают риск суицида (Himmelhoch J. M., 1987; Maris R. W., 2002; Hawton K. [et al.], 2003), хотя суицидоопасность сохраняется на протяжении всей болезни (Fawcett J. [et al.], 1990) и спустя какое-то время после угасания симптомов.

Самоубийство больных шизофренией связывают с безнадежностью, усталостью, осознанием надвигающегося «распада Я», отчаянием и неудовлетворенностью лечением (Fenton W. S., 2000). Большему суицидальному риску подвержены больные параноидной формой шизофрении, меньшему — пациенты с негативной симптоматикой (Fenton W. S. [et al.], 1997). Самоубийства наиболее часты в период ремиссии и/или же при подавленном настроении, в остром периоде — при депрессивно-параноидном и параноидном синдромах (Жерехова Е. М., Уманский С. М., 2003). В ряду факторов риска суицида пациентов с шизофренией обычно рассма-

тривают молодой возраст, раннюю стадию заболевания, хороший преморбид (успехи в учебе и работе), интеллектуальные способности, частые эпизоды психоза и постпсихотическую депрессию (Любов Е. Б., Цупрун В. Е., 2013; Lewis L., 2004; Pompili M. [et al.], 2007).

С точки зрения Л. Н. Юрьевой (2006), о суицидальном поведении как об осознанном действии, направленном на лишение себя жизни, при расстройствах шизофренического спектра можно говорить лишь в тех случаях, когда суицидент отдает себе отчет в своих действиях, т. е. находится не в психотическом состоянии. Если же пациент совершил суицид в состоянии психоза, его действия следует расценивать как аутоагрессивное поведение. Необходимо также отличать так называемые импульсивные суициды и опасные для жизни нецеленаправленные импульсивные двигательные акты больных шизофренией. Критерием такой дифференциации несчастных случаев может служить способность соотнесения больными своих действий с их объективно ожидаемыми результатами, т. е. суицидальными действиями можно считать только те, которые преследуют своей конечной целью смертельный исход (Антохин Г. А., 1979).

В. С. Ефремов (2004) описывает следующие варианты суицидального поведения у больных шизофренией: первичные или манифестные суициды, совершаемые на самом раннем этапе инициального периода болезни при отсутствии определенных психопатологических симптомов и синдромов в начале их формирования; бредовый вариант («психотический»); аутистически-рационалистический, связанный с так называемым пессимистическим мировоззрением; психогенный, ситуационно обусловленный, при котором закономерности развития суицидальных тенденций практически ничем не отличаются от суицидов психически здоровых лиц.

В качестве суицидоопасных диагнозов также выделяют тревожные расстройства (Raposo S. [et al.], 2014; Oude Voshaar R. [et al.], 2015); расстройства пищевого поведения (Fenig S., Nadas A., 2010; Zerwas S. [et al.], 2015) адаптационные расстройства и реакции на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство (Амбрумова А. Г., 1983; Madsen T. [et al.], 2014), злоупотребление психоактивными веществами (Шустов Д. И., 2004; Разводовский Ю. Е., 2008; Cherpitel C. J. [et al.], 2004).

Однако еще в конце XIX в. произошло осознание того, что суицидальное поведение не всегда связано с психическим рас-

стройством и не определяется лишь уровнем умопомешательства. Можно привести слова немецкого врача Эдуарда фон Гофмана (1891), который в учебнике судебной медицины высказал следующую мысль: «Нет сомнения, что значительное число людей лишает себя жизни в состоянии умопомешательства, хотя было бы ошибочно каждого самоубийцу считать за сумасшедшего, как это думали английские психиатры».

В свою очередь и В. М. Бехтерев в своем докладе на I Русском съезде невропатологов и психиатров «О причинах самоубийства и возможной борьбе с ним» (1911) на основе своего богатого клинического опыта заключил, что «при самоубийстве и попытках самоубийства речь идет, с одной стороны, о душевнобольных, что доказано приблизительно в $\frac{1}{3}$ или $\frac{1}{4}$ случаев, с другой — об обширной группе лиц, хотя и душевно здоровых, но, благодаря тем или другим условиям, склонных к нарушению своего психического равновесия и легко впадающих в аффект угнетающего свойства, лишаящий их самообладания. Остальную, относительно очень небольшую категорию самоубийств должны составлять лица, совершающие акт самоубийства, по-видимому, вполне обдуманно, а иногда даже из того или иного расчета».

В нашей стране получила распространение концепция суицидального поведения, разработанная А. Г. Амбрумовой (1978), согласно которой суицид — это «социально-психологическая дезадаптация личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта». По мнению автора, в структуре суицидентов 20 % составляют психически больные, 65 % — лица с легкими психическими нарушениями (акцентуации, пограничные расстройства) и 15 % — здоровые в психическом отношении люди. Можно сказать, что суицидальное поведение является одним из видов общеповеденческих реакций человека в экстремальных ситуациях по всему диапазону диагностических вариаций — от психической нормы до выраженной патологии.

С точки зрения А. Г. Амбрумовой (1980), у всех суицидентов, независимо от их диагностической принадлежности, обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности. Объективно дезадаптация проявляется изменением поведения человека в среде ближайшего социального окружения, ограничением возможности успешно справляться со своими социальными функциями или патологической трансформацией поведения. Субъективным выражением дезадаптации является широкая гамма психоэмоциональных

сдвигов от негативно окрашенных психологических переживаний (тревоги, горя, душевной боли, обиды, стыда, возмущения, злобы, гнева) до клинически выраженных психопатологических синдромов (астении, дистимии, депрессии, дисфории). Таким образом, социально-психологическая дезадаптация не тождественна понятию болезни и может проявляться на двух уровнях — патологическом и непатологическом. К патологическому уровню дезадаптации относятся известные в клинической психиатрии нозологические единицы, состояния, реакции и фазы. Выражения непатологической дезадаптации следует считать отклонения в поведении и переживаниях объекта, связанные не с заболеваниями, а, к примеру, с недостаточностью социализации и нравственного воспитания, социально неприемлемыми установками личности, резкой сменой условий существования и жизненных стереотипов (при миграции или вынужденной социальной изоляции), разрывом высокозначимых отношений (утрата близких), недостаточным овладением навыками полноценного социального общения, подражанием общественно отрицательным моделям поведения в подростковом возрасте и т. д.

В динамике социально-психологической дезадаптации, ведущей к суициду, следует выделять две фазы: predisпозиционную и суицидальную. Предиспозиционная фаза дезадаптации имеет свои объективные специфические и субъективные проявления в каждой из трех основных диагностических категорий и не сопровождается суицидальным поведением. В суицидальной фазе, начинающейся с момента зарождения суицидальных тенденций и продолжающейся вплоть до покушения на свою жизнь, дезадаптационный процесс идет по общему «конечному пути», сводящему к нулю все исходные уровни и выработанные ранее формы адаптации.

Во всех диагностических категориях решающее значение для перехода predisпозиционной фазы дезадаптации в суицидальную имеет конфликт. Конфликт, переживаемый личностью, образуется из двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одну из которых составляет основная, актуальная в данный момент потребность человека, а другую — тенденция, препятствующая ее удовлетворению. При этом конфликт может быть интраперсональным (долг и страсть, желание и возможность, привязанность и разочарование), интерперсональным (запрет, приказ, требование) или смешанным.

Суицидогенный конфликт, как и дезадаптация, проходит две фазы. Первая из них — predisпозиционная — является предпо-

сылкой суицидального акта. Она может быть обусловлена разными причинами: реальными (у практически здоровых лиц); заключающимися в дисгармонической структуре личности (при пограничной патологии); психотическими («псевдореальными») при патологических переживаниях (аффективных, бредовых, галлюцинаторных). Вторая — суицидальная — фаза конфликта представляет собой парадоксальный процесс его устранения за счет саморазрушения субъекта.

С прогностической точки зрения чрезвычайно важно отметить, что предиспозиционная фаза дезадаптации и конфликта переходит в суицидальную через «критический пункт», когда возникает значительное ограничение (или сведение к нулю) количества известных субъекту вариантов разрешения данного конфликта, а субъективная оценка известных вариантов решений определяет их как неэффективные или неприемлемые. Вследствие этого конфликт приобретает характер неразрешимости и резко возрастает вероятность возникновения суицидального поведения.

Независимо от причин, условий и форм дезадаптации и конфликта, принятие суицидального решения предполагает необходимый этап личностной переработки конфликтной ситуации. Суицидальное поведение всегда опосредовано системой личностных характеристик субъекта и особенностями его взаимоотношений с окружающей социальной средой. Данная закономерность проявляется как у практически здоровых лиц, так и у больных пограничными формами и эндогенными психозами. При наличии психической патологии не существует непосредственной зависимости суицидального поведения от болезненных симптомов, какими бы клинически выраженными они ни были. Даже в случаях глубоких психотических расстройств (при аффективно-бредовых и галлюцинаторных синдромах) обусловленная ими «псевдореальная» конфликтная ситуация преломляется через базисные установки личности, что и определяет выбор того или иного варианта поведения (пассивного, активного, суицидального, агрессивного и др.).

Таким образом, в каждом случае суицидального поведения генез его определяется соотношением средовых, личностных и (если имеются психические расстройства) патологических факторов. При этом роль личностных и средовых факторов возрастает по направлению от психотических состояний к пограничным расстройствам и далее, к характерологическим реакциям практически здоровых лиц.

Следует отметить, однако, что, несмотря на полноту изложенных в концепции взглядов относительно дезадаптации личности и роли конфликта в формировании суицидальных тенденций, она все же не в полной мере касается биологических предпосылок суицидального поведения, которые в рамках современного биопсихосоциального подхода являются обязательными к рассмотрению. С точки зрения Л. Н. Юрьевой (2006), стрессы личной жизни, проявляющиеся в виде различных конфликтов, и вовсе не являются причиной самоубийств, они имеют внешний, чаще случайный характер и не служат звеном в цепи причинно-следственных отношений суицидального поведения.

В последнее время суицидальное поведение стало рассматриваться как непрерывный процесс, в основе которого лежит предрасположенность к такому поведению (Hawton K., Van Heeringen K., 2009), а его формирование включает в себя последовательно развертывающиеся периоды (досуицидальный, пресуицидальный, период реализации суицидального замысла и постсуицидальный).

Специфической является точка зрения J. Neeleman и M. H. De Groot (2006), которые рассматривают суицидальность как отдельное расстройство со своей собственной этиологией, патогенезом, течением и ответом на лечение. По их мнению, суицидальность является не только факультативным симптомом при других расстройствах (психических, соматических), но и сама по себе представляет отдельное тяжелое расстройство с хроническим рецидивирующим течением, которое характерно для небольшой группы уязвимых с детства лиц.

Б. С. Положий (2015) описывает интегративную модель суицидального поведения, которая базируется на двух основных принципах: 1) суицидальное поведение, как и всякий процесс, имеет свою динамику и этапность развития; 2) наступлению каждого этапа соответствует воздействие определенных групп факторов — детерминантов суицидального процесса. При этом он выделяет 3 ранговые группы детерминантов: 1-го ранга (биологические, клинические и личностно-психологические факторы), которые являются первичным и необходимым условием развития суицидального процесса, однако их наличие не обязательно неизбежно приводит к совершению суицида; 2-го ранга (отсутствие социальной поддержки, семьи, религиозных убеждений; злоупотребление алкоголем и наркотиками, соматические заболевания, пережитое насилие и др.), определяющие предрасположенность к возникновению суицидального поведения, но не являющиеся необходимым

условием его возникновения; 3-го ранга (факторы социального неблагополучия, этнокультуральные особенности), представляющие собой критерии популяционной частоты суицидов в конкретном сообществе.

По мнению ряда авторов (Полищук Ю. И., 1993; Нечипоренко В. В., Шамрей В. К., 2007), суицидальное поведение обусловлено, в первую очередь, различной степенью выраженности изменения самосознания, а именно: у психически здоровых — психологическим сужением; у лиц с пограничной патологией — парциальным сужением; у психически больных — психопатологическим аффективным сужением. При этом, если данные нарушения носят относительно кратковременный характер, играя значение в момент совершения суицидальной попытки, то более общей характеристикой может являться снижение обычного уровня интеллектуального опосредования своих действий до грубых затруднений в использовании средств интеллектуальной ориентировки для поиска продуктивных путей выхода из сложившихся обстоятельств (Корнилов А. П., 1996; Яворский А. А., 2000). Такие нарушения лежат в основе дезадаптации личности и связаны не только с эмоциональными проявлениями, переживаниями или особенностями личности, но и в большей степени с самосознанием личности и индивидуальными стилевыми особенностями саморегуляции, которые структурируют целостные системы поведенческих проявлений в ответ на стресс.

Ряд исследователей касаются такого явления, как повторные суицидальные действия. Отмечается, что лица, пережившие в прошлом суицидальные кризисы, обнаруживают 20–30-кратное повышение риска совершения суицида (Gunnel D. [et al.], 1994). При этом предрасположенность к суицидальному реагированию нарастает по мере увеличения числа пережитых суицидальных эпизодов, а роль объективных стрессовых событий снижается. Если первые попытки суицида и суицидальные переживания возникают под влиянием тяжелых стрессовых событий, таких как смерть близкого человека, развод или сексуальное насилие, то в дальнейшем суицидальные побуждения могут провоцироваться внешне малозначительными конфликтными ситуациями (Van Heeringen K. [et al.], 2000; Joiner T., Rudd M., 2000). С точки зрения J. Neeleman (2004), стрессовые жизненные события и социально-экономические факторы риска играют большую роль в возникновении первых, но не последующих эпизодов суицидального поведения, которые носят относительно «автономный характер». Это можно объяснить

тем, что с увеличением числа пережитых кризисных состояний повышается чувствительность индивида к действию факторов эмоционального стресса. Вместе с тем возрастает легкость, с которой у индивида под воздействием стресса возникают «срывы» регуляции когнитивных функций, активируются негативные установки и суицидальные тенденции (Lau M. [et al.], 2004; Williams J. [et al.], 2005).

Некоторые авторы (Попов Ю. В., Бруг А. В., 2005) пытались выделить аддиктивную форму суицидального поведения, которая характеризуется повторными суицидальными действиями, имеющими характер привычного реагирования на стрессовые ситуации и представляющими, по сути, вариант копинг-поведения, коррекция которого требует длительных консолидированных усилий как специалистов, так и ближайшего окружения суицидента. Имеющиеся данные свидетельствуют о неэффективности краткосрочных кризисных вариантов помощи таким пациентам и необходимости использования долгосрочных реабилитационных программ, включающих, наряду с прочим, специализированные психокоррекционные методы, направленные на устранение устойчивых форм стереотипного суицидального реагирования (Зотов М. В., 2006).

Одна из моделей хронического суицидального поведения связывалась с феноменом фиксации в памяти незаконченных действий (Зейгарник Б. В., 1980). Согласно этой модели незавершенное намерение заставляет человека в кризисных ситуациях вновь и вновь возвращаться к попыткам уйти из жизни. В связи с этим чрезвычайно важно обсудить с пациентом все последствия возможного завершения попытки, как бы прожить это с осмыслением негативных аспектов «последнего завершенного действия». Другая, более классическая, поведенческая модель связывает хроническое суицидальное поведение с наличием того или иного подкрепления этого поведения, что, естественно, предполагает профилактику путем устранения всех возможных выгод от попыток покончить с собой в виде исполнения желаний, уступок и других позитивных изменений со стороны окружения, сопровождающих именно такие экстремальные действия (Холмогорова А. Б., 2013).

В настоящее время в рамках биопсихосоциальной парадигмы большинство исследователей занято изучением особенностей импульсивного парасуицидального и истинного суицидального поведения, что имеет несомненный практический смысл. Импульсивное парасуицидальное поведение характеризуется низким уровнем опосредованности осознанными намерениями индивида и возникает

быстро, под влиянием ситуационно обусловленных «сиюминутных» побуждений и импульсов (Williams C. [et al.], 1980). Напротив, истинное суицидальное поведение характеризуется высоким уровнем опосредованности и является результатом длительного процесса, включающего формирование пассивных, затем активных суицидальных намерений, разработку суицидального плана с обдумыванием метода и условий совершения самоубийства, осознанным ожиданием смерти в результате осуществления запланированных действий.

Анализ индивидуально-психологических характеристик лиц с импульсивными парасуицидами показал, что, по сравнению с пациентами с истинным суицидальным поведением, они обнаруживают меньший уровень депрессии и безнадежности, низкий самоконтроль, высокий уровень агрессии и импульсивности (Williams C. [et al.], 1980; Simon O. [et al.], 2001).

В результате исследований М. М. Linehan (1993) было установлено, что основными факторами, предрасполагающими к развитию парасуицидального поведения, выступают недостаточность эмоциональной регуляции и склонность к импульсивному реагированию. При этом недостаточность эмоциональной регуляции характеризуется сочетанием высокой сенситивности и реактивности по отношению к стрессогенным раздражителям (низкими «порогами» аффективного реагирования) и сниженной способностью произвольно контролировать негативные эмоции и связанное с ними поведение. Проведенные в дальнейшем исследования указывают на то, что важной функцией парасуицидального поведения является снижение или «разрядка» чрезмерного эмоционального напряжения, вызванного действием факторов стресса (Haines J. [et al.], 1995; Shaw-Welch S., 2003). В работе К. Rodham (2004) было показано, что стремление прервать или изменить невыносимое душевное состояние — наиболее частый (73 %) мотив парасуицидального поведения у лиц подросткового возраста.

В отличие от импульсивного, истинное суицидальное поведение, имеющее в своей основе высокую опосредованность осознанными намерениями индивида, имеет более длительный период формирования, при этом степень влияния средовых факторов в динамике существенным образом снижается, а уровень депрессивной симптоматики возрастает (Van Heeringen K. [et al.], 2000).

В результате многочисленных психологических исследований были выделены индивидуально-психологические особенности, предрасполагающие к истинному суицидальному поведению,

а именно дисфункциональные установки и убеждения (Beck A., 1987), негативный атрибутивный стиль (Seligman M. [et al.], 1979), недостаточный уровень развития способности к решению проблем (Linehan M. [et al.], 1987), склонность к переживанию безнадежности (Abramson L. [et al.], 1989), а также сниженная способность к прогнозированию позитивных событий в будущем (MacLeod A. K. [et al.], 1993). В связи с данными когнитивно-эмоциональными особенностями на фоне переживания различного рода стрессовых ситуаций у индивида формируется патологический круг постоянно нарастающих негативных мыслей, депрессивных переживаний и субъективно неразрешимых проблем. Процесс нарастания взаимосвязанных изменений в когнитивной и эмоциональной сферах развивается, пока не достигает определенного критического уровня, когда у индивида возникает состояние суицидальной настроенности, характеризующееся переживаниями безнадежности, «тупика» и доминированием идеи самоубийства как единственного выхода из невыносимой ситуации. Описывая данное состояние, E. Shneidman (2001) использует понятие туннельного сознания (constriction), при котором «внимание концентрируется как бы в одном узком туннеле». При этом происходит «резкое ограничение выбора вариантов поведения, обычно доступных сознанию данного человека в конкретной ситуации, и человек совершает суицид».

Помимо изучения предрасположенности к суицидальному поведению и связанных с ним различных психофизиологических феноменов, все большее внимание исследователей занимает изучение факторов «антисуицидального барьера», позволяющего противопоставить суицидальным идеациям причины, по которым человек хотел бы жить (Linehan M. [et al.], 1983). К основным факторам, имеющим разную значимость в зависимости от половозрастных параметров, относятся страх смерти, эстетические переживания, религиозные представления, наличие чувства принадлежности к «референтной группе» или крепкие социальные связи, страх социального осуждения, родительские обязанности, наличие жизненных планов и перспектив (Зотов П. Б., 2013). Подобные факторы разделяются на две основные категории: факторы, которые требуют определенных энергетических затрат (наличие творческих планов, замыслов и др.), и факторы, не требующие дополнительной активности (эстетические критерии, представление о греховности суицида и др.). При этом отмечается, что в ситуациях сниженной психологической активности, например в состоянии депрессии, у индивида дезактивируется первая группа факторов, в то время

как факторы второй группы отличаются достаточно стабильным функционированием. Чем большим количеством антисуицидальных факторов обладает человек, тем прочнее его «антисуицидальный барьер» и менее вероятно самоубийство, однако верно и обратное утверждение (Вагин Ю. Р., 2011; Зотов М. В., 2006).

Несмотря на то что и в настоящее время не существует универсальной теории суицидального поведения, тем не менее ряд исследований позволяют выявить определенные взаимосвязи с теми или иными социальными, биологическими или психологическими факторами и сформировать практические положения, которые позволяют заподозрить суицидальный риск и осуществить превентивные меры.

Глава 2

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Суицид в детском и подростковом возрасте является наиболее тяжким проявлением трагической проблемы самоубийств. Следует учитывать также огромный моральный ущерб, который наносят детские и подростковые суициды родителям, сверстникам, учителям, обществу в целом. По данным Всемирной организации здравоохранения (2010), за последние 30 лет число суицидов, совершаемых детьми и подростками в мире, возросло в 30 раз. В этой возрастной группе суицид занимает четвертое (после травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний) место в качестве причины смерти. Наряду с высоким уровнем частоты завершенных суицидов, в настоящее время отмечается и увеличение количества суицидальных попыток среди детей и подростков (Положий Б. С., 2011).

Усиление суицидальной активности в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов, как отечественных, так и зарубежных (Амбрумова А. Г., 1986; 1994; Попов Ю. В., 2005; 2011; Нечипоренко В. В., 2005; 2007; Войцех В. Ф., 2008; Galligan S. [et al.], 2010; Soor G. [et al.], 2012; Stone L. [et al.], 2014; Radeloff D. [et al.], 2015; Czyz E., King C., 2015; Gibbons R. [et al.], 2015).

На сегодняшний день Россия является одной из наиболее неблагополучных стран мира по частоте детских и подростковых суицидов. Крайне неблагоприятная ситуация отмечается в Уральском, Дальневосточном и Сибирском округах. Среди субъектов Российской Федерации наиболее неблагополучная суицидальная ситуация имеет место в Тыве, Бурятии и Якутии, где частота детского суицида превышает средний российский уровень в 4–4,5 раза, а подросткового — в 4–6 раз (Положий Б. С., Панченко Е. А., 2012). Ежегодно добровольно расстаются с жизнью около 2500 несовершеннолетних. Ожидается, что в последующие 10 лет число самоубийств среди подростков будет расти быстрее, чем ранее (Старшенбаум Г. В., 2005).

В США среди главных причин смерти среди молодых лиц в возрасте 10–24 лет последовательно выявляются: неумыш-

ленные ранения, самоубийство и убийство. При этом в 1999 г. самоубийство было четвертой главной причиной смерти среди 10–14-летних и третьей среди 15–24-летних (CDC National Center for Injury Prevention and Control). В целом самоубийство является не частым событием в период до 12 лет, увеличиваясь в возрастном промежутке 12–14 лет и достигая высокого уровня в старшем подростковом возрасте вплоть до 20 лет. Подобные возрастные различия являются универсальными при сравнении показателей уровня завершенных суицидов в различных странах мира по данным ВОЗ, опубликованных в 2012 г. (Приложение 1). По мнению Shaffer D. [et al.] (1996), наиболее вероятной причиной, определяющей возраст манифестации суицидальных проявлений, является возраст начала депрессии, а также употребления алкоголя и наркотических веществ. Эти два фактора суицидального риска являются определяющими у взрослых в отличие от детей и становятся распространенными в период старшего подросткового возраста.

В соответствии с критериями ВОЗ, уровень суицидов квалифицируется как низкий при частоте 0–10 случаев на 100 тыс. населения, средний — до 20 случаев на 100 тыс. населения, высокий — более 20 случаев на 100 тыс. населения. Для анализа эпидемиологических данных о суицидальном поведении молодежи могут использоваться несколько источников: официальная статистика смертности, данные из литературы по психологической посмертной аутопсии, а также эпидемиологические исследования населения по распространенности суицидов. Вместе с тем нельзя сказать с уверенностью, что даже эти источники являются в полной мере достоверными. Это связано с особенностями системы регистрации смертей в каждой отдельной стране, злоупотреблением категорией «смерть от неизвестных причин», отсутствием учета суицидальных попыток в большинстве стран.

Индексы самоубийств в возрастной группе 5–14 лет очень низки (порядка 0,5–2,5 на 100 000 в зависимости от страны или региона), однако среди молодежи (14–25 лет) они уже значительно выше (5,0–28,0 на 100 000) (Apter A. [et al.], 2009). В ряде случаев часть смертей среди детей (особенно в возрасте до 10–11 лет) относят к несчастным случаям или к так называемым неопределенным причинам смерти. В целом большинство авторов сходятся в том, что детские суициды нередко остаются неучтенными и статистическая информация о них всегда ниже реальных значений (Rutz E. [et al.], 2004; Wasserman D. [et al.], 2005; Apter A. [et al.], 2009).

Распространенность же других видов суицидального поведения (суицидальных тенденций и поступков) значительно меньше освещена в литературе, а статистические данные еще более разноречивы и занижены. В исследовании М. Donald [et al.] (2001) приводятся сведения, что каждый третий молодой человек имел суицидальные мысли в прошлом, 6,9 % пытались покончить с собой в течение жизни, а еще 1,2 % молодых людей сообщили, что у них имелся план самоубийства.

Частота суицидальных действий у детей и подростков особенно растет в последние десятилетия: у 30 % лиц в возрасте 14–24 лет бывают суицидальные мысли, 6 % юношей и 10 % девушек совершали суицидальные действия (Циркин С. Ю., 2004). Особо остро стоит проблема с суицидальными попытками у лиц молодого возраста. По данным В. Ф. Войцеха (2008), отношение завершенных суицидов к суицидальным попыткам в подростковом возрасте составляет 1 : 70÷1 : 100.

Учитывая высокую распространенность суицидального поведения у подростков, ряд исследователей (Easterlin R., 1980; Holinger P., Offer D., 1982) выдвинули весьма интересную «когортную теорию», согласно которой имеется взаимосвязь между ростом суицидов в подростковом возрасте и относительной численностью соответствующих когорт рождения. По мнению авторов, чем выше доля когорты в общей структуре населения страны, тем большие трудности приходится испытывать ее представителям в конкурентной борьбе за доступ к дефицитным социальным ресурсам в сфере занятости, образования, здравоохранения и т. д. Невозможность удовлетворения насущных потребностей приводит молодых людей к депривации и аутодеструктивным действиям.

Суициды и суицидальные попытки родителей и сиблингов (братьев и сестер) увеличивают риск суицидального поведения у молодого человека от двух до шести раз, при этом более высокий уровень риска имеют родственники совершивших завершённый суицид (Brent D., Melhem N., 2008; Geulayov G. [et al.], 2012). Несмотря на то что несуйцидальные самоповреждения являются фактором риска для суицидальной попытки (Cox L. [et al.], 2012), семейная история суицидального поведения не связана с риском несуйцидальных самоповреждений, так же как семейная история несуйцидальных самоповреждений не связана с риском суицидального поведения (Cox L. [et al.], 2012; Geulayov G. [et al.], 2014).

Генетические механизмы передачи суицидальной предрасположенности подтверждаются исследованиями, показывающими более высокий уровень суицидальной активности у прямых род-

ственников суицидента, при этом выявляется отсутствие такой зависимости при воспитании в чужой семье при усыновлении или удочерении. Помимо этого, важное значение играют близнецовые исследования, которые выявляют более высокую конкордантность для суицидального поведения у монозиготных близнецов по сравнению с дизиготными.

По данным исследования 14 440 пациентов, госпитализированных по поводу суицидальной попытки, и 144 400 лиц из контрольной группы было выявлено наличие связи суицидальной попытки с семейной историей суицидального поведения в 8 % случаев и с семейной историей психического расстройства в 13 % случаев (Mittendorfer-Rutz E. [et al.], 2012). Близнецовые же исследования выявили более высокую наследуемость суицидальной предрасположенности, которая составляет 17 % в случае суицидальной попытки и 30–55 % при оценке наличия суицидальных мыслей и попыток (Brent D., Melhem N., 2008).

Механизм формирования предрасположенности к суицидальному поведению, в частности, в случае его начала в молодом возрасте, по-видимому, связан с проявлениями аффективной неустойчивости, импульсивности, агрессии и копингов поведения в проблемных ситуациях, принятых в семье и ближайшем окружении подростка. В 5–6-летнем лонгитудинальном исследовании 701 потомка родителей с аффективным расстройством, около половины которых имели суицидальную попытку в анамнезе, было выявлено увеличение в 4,7 раза риска суицидальной попытки у ребенка (Brent D. [et al.], 2015). Это может свидетельствовать о том, что формирование суицидального поведения у ребенка связано с наличием расстройства настроения, и косвенно — о склонности к импульсивной агрессии, что в свою очередь повышает риск аффективных нарушений.

Непосредственное влияние на формирование конфликтогенной среды в подростковом возрасте оказывает семейное окружение. По опыту нашей работы с подростками можно сказать, что семья оказывает негативное влияние в случаях либо излишнего контроля, что мешает естественной сепарации ребенка от родительской семьи, либо «отсутствия» семьи как формально (гипоопека, безнадзорность), так и реально (воспитанники детских домов).

Более подробно проблемы патогенного родительского поведения изучал J. Bowlby (1979), который выделил следующие его типы:

- 1) один, оба родителя не удовлетворяют потребности ребенка в любви или полностью отвергают его;

2) ребенок служит в семье средством разрешения супружеских конфликтов;

3) угрозы «разлюбить ребенка» или покинуть семью используются как дисциплинарные меры;

4) внушение ребенку, что он своим поведением повинен в разводе, болезни или смерти одного из родителей;

5) отсутствие в окружении ребенка человека, способного понять его переживания, стать фигурой, замещающей отсутствующего или пренебрегающего своими обязанностями родителя.

Суммируя влияние семейных факторов суицидального риска и антисуицидальных факторов на ребенка, можно представить их в виде схемы (рис. 1).

Вероятно, наиболее часто изучаемым фактором суицидального риска в литературе является психическая патология. И действительно, значительная часть молодежи, склонной к суицидальному поведению, имеет то или иное психическое нарушение (депрессию, формирующееся расстройство личности и т. д.). Однако до сих пор не совсем ясно, почему, например, некоторые подростки, страдающие от депрессии, иногда очень тяжелой, даже не задумываются о возможности совершения самоубийства. В то же время легкое или умеренное депрессивное расстройство может сопровождаться достаточно выраженными суицидальными тенденциями.

Все же наиболее часто описывается связь суицидального реагирования с депрессивными расстройствами (Tuisku V. [et al.], 2006; Figueroa I. [et al.], 2009; Gibbons R. [et al.], 2015). В детско-подростковом возрасте особенности развития почти неизбежно находят отражение в атипичности проявлений аффективного расстройства. Однако, по крайней мере на субсиндромальном уровне, кратковременные депрессии в этом возрасте не столь редки. Свою роль играет психическая уязвимость подростков, их склонность к депрессивным реакциям и даже клинически оформленным, но обычно реактивным депрессиям. Причины депрессивного реагирования в подростковом возрасте зачастую неординарны — либо сугубо индивидуальны, либо отражают субкультуральные влияния подростковой среды. Малопонятные для взрослых, но значимые для подростков поводы для острой реакции, а также склонность к подражательному поведению могут провоцировать суицидальные действия, чаще всего импульсивные (Краснов В. Н., 2011).

Однако некоторые авторы (Walrath C. [et al.], 2001), указывают, что в детском и подростковом возрасте депрессия не является необходимым фактором суицидальных попыток, а суицидаль-



Семейные факторы суицидального риска	Семейная история	<ul style="list-style-type: none"> — суицид/суицидальная попытка — аффективные расстройства — тревожные расстройства — импульсивность/агрессия — злоупотребление алкоголем и ПАВ — жестокое обращение в семье
	Перинатальные факторы	<ul style="list-style-type: none"> — недоношенность/переношенность — родовые травмы — низкий вес, маленький рост при рождении — усыновление/удочерение
	Семейная неблагоприятная обстановка	<ul style="list-style-type: none"> — конфликтность — насилие в семье — безнадзорность — недостаточность инвестиций в ребенка (время/общение/образование/финансы) — развод — смерть близкого родственника — бедность
		
Ребенок		<ul style="list-style-type: none"> — настроение — тревога — импульсивность/агрессия — злоупотребление алкоголем и ПАВ
		
Семейные защитные факторы		<ul style="list-style-type: none"> — позитивный уровень общения с ребенком — эффективная дисциплинированность — адекватный родительский контроль — эффективные копинги поведения

Рис. 1. Семейные суицидальные и антисуицидальные факторы

ный риск больше связан со вспыльчивостью, импульсивностью и агрессивным поведением. Вместе с тем следует уточнить, что повторные суицидальные попытки имеют больше связи с депрессией (Larsson B., Ivarsson T., 1998; Vajda J., Steinbeck K., 2000), а единичные — с расстройствами поведения и пограничным расстройством личности (Stalenheim E. G., 2001). Особенности аффективных расстройств в детско-подростковом возрасте рассматриваются нами ниже.

Особое значение для суицидальности в популяции подростков, по мнению А. Apter (2009), имеют следующие коморбидные сочетания: шизофрении, депрессии и злоупотребления психоактивными веществами; злоупотребления психоактивными веществами, расстройств поведения и депрессии; аффективного расстройства, расстройств пищевого поведения и тревожных расстройств; аффективного расстройства, расстройства личности (параноидное и шизоидное расстройства личности) и диссоциативных расстройств (проявляющихся дезинтеграцией функций сознания, памяти, идентификации или восприятия мира). С точки зрения автора, подобные сочетания требуют энергичного психиатрического вмешательства.

Взаимосвязь между психопатологией и самоубийством у подростков становится более понятной при рассмотрении копингов поведения и особенностей эмоциональной регуляции, связанных с определенными нарушениями психики. Суицидальное поведение для некоторых подростков представляет собой попытку справиться с дистрессовыми переживаниями, напрямую связанными с психопатологическими симптомами. Кроме того, в некоторых случаях, например при личностной патологии, можно рассматривать само психическое расстройство как выражение неадекватных поведенческих паттернов поведения и эмоциональной регуляции, которые становятся привычными, всеобъемлющими и ригидными (Gross J., Munoz R., 1995). С нашей точки зрения, в процессе анализа суицидальной попытки подростка, а в некоторых случаях при психической аутопсии (посмертном катамнестическом сборе анамнеза) завершенного суицида вопросы должны центрироваться вокруг проблем, связанных с частотой, интенсивностью и продолжительностью негативного опыта и негативных эмоций.

И все-таки является ли психическая патология необходимым условием для совершения суицидального акта? В психиатрическом сообществе принято мнение, что это действительно так. В ряде исследований с помощью метода психической аутопсии,

предложенного E. Sneiderman, у подавляющего большинства подростков, закончивших жизнь самоубийством, было выявлено наличие психического расстройства, диагностированного ранее или вероятно имевшегося. A. Fleischmann [et al.] (2005), проанализировав такие исследования суицидальной молодежи, пришли к выводу, что в 88,6 % случаев у подростка присутствует по крайней мере одно психическое нарушение. При этом наличие психической патологии является более вероятным в возрасте 16–19 лет, чем в более ранние возрастные периоды (Brent D. [et al.], 1999).

По данным отечественных и зарубежных исследований (Ведяшкин В. Н., 2011; Bode-Janisch S. [et al.], 2011; Reyes J. [et al.], 2011) была выявлена очевидная взаимосвязь влияния выраженности и сочетания химических зависимостей на суицидальное поведение подростков. При этом наблюдались половые различия, когда у девушек при менее брутальных аддиктивных состояниях отмечались высокие аутоагрессивные тенденции по сравнению с подростками мужского пола.

По данным В. Т. Кондрашенко (2000), суицидальные действия у подростков обусловлены следующими причинами: 10 % — психотические расстройства; 15 % — невротические состояния; 1 % — тяжелые соматические заболевания; 12 % — сложная семейная ситуация; 18 % — сложная романтическая ситуация; 15 % — проблемы самореализации в референтной группе; 7 % — боязнь ответственности за совершенные действия; 8 % — дидактогении; 5 % — употребление алкоголя и наркотических веществ; 9 % — невыясненные причины.

Рядом авторов предпринимались попытки создать типологию суицидального поведения у подростков. Е. Шир (1984) выделил 5 типов: преднамеренное суицидальное действие (имеется тщательный план, реализуемый с упорной последовательностью); неодолимое суицидальное действие (выраженная аутоагрессия при измененном сознании или психотическом состоянии); амбивалентное суицидальное действие (сочетание аутоагрессии и поведения, ориентированного на окружающих, а также амбивалентность в отношении намерения суицида); импульсивное суицидальное поведение (внезапность совершения в состоянии аффекта и при провокации внешними психотравмирующими ситуациями); демонстративное суицидальное действие (реакция на психотравмирующую ситуацию в присутствии «конфликтогенного» лица). Автор указывает на преобладание демонстративных суицидальных действий (56,3 %) и редкость преднамеренных

и неодолимых суицидальных действий (менее 1 %) в подростковом возрасте.

А. Е. Личко (1985) выделил 3 типа суицидального поведения: истинное, аффективное и демонстративное. При этом истинное суицидальное поведение, по мнению автора, чаще встречается у подростков с психотической симптоматикой, у сенситивных подростков, а также при циклоидной акцентуации в субдепрессивной фазе и характеризуется тем, что намерение покончить с собой не только обдуманно, но нередко долго и постепенно вынашивается. Аффективное суицидальное поведение описывается как возникающее на фоне острых ситуационных аффективных реакций и не выходит за рамки поведения, характерного для какого-либо типа расстройства личности или акцентуации характера. Демонстративное суицидальное поведение, по мнению автора, чаще встречается при истероидной, иногда лабильной и эпилептоидной акцентуациях характера.

Несмотря на значимость данных классификаций в плане практического использования, особенности подросткового реагирования в определенной степени нивелируют грань между демонстрацией и истинностью суицидальных действий. По данным А. Е. Личко (1977), лишь в 10 % случаев у подростков имеется истинное желание покончить с собой (покушение на самоубийство), в 90 % суицидальное поведение подростка — это «крик о помощи». Неслучайно 80 % попыток совершается дома, притом в дневное или вечернее время, т. е. крик этот адресован, прежде всего, к ближайшему окружению.

Е. М. Вроно (1983) отмечала, что своеобразии трактовки ребенком и подростком понятия смерти, а также их общая некомпетентность и социально-психологическая незрелость делают затруднительным определение истинности суицидальной попытки исходя из критерия желания смерти, а также считала целесообразным рассматривать всякое покушение на самоубийство ребенком или подростком как истинное и, соответственно, строить реабилитационные и профилактические мероприятия. По данным А. Г. Амбрумовой [и др.] (1978), аутоагрессивные действия у детей и подростков следует рассматривать как особенно опасные из разряда суицидальных (в 92,6 % случаев, по материалам авторов).

У подростков, склонных к совершению суицидальных действий, отмечаются определенные особенности личности. По мнению А. Е. Сергиенко (2003), для них характерны незрелость личности и слабый контроль эмоциональных состояний: «склонные

к самоубийству молодые люди отличаются высокой импульсивностью, агрессивностью или недостаточным уровнем личностной идентификации, что необходимо для чувства собственного достоинства, осмысленности существования и целеустремленности».

По мнению А. Г. Амбрумовой (1978), к особенностям суицидального поведения в молодом возрасте относятся следующие.

1. Недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. В отличие от взрослых, у детей и подростков отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажным аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения.

2. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети и подростки объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев.

3. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегам из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т. д. При этом в детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых.

Также А. Г. Амбрумова [и др.] (1989) выявили, что в различные периоды подросткового возраста (младший 12–14 лет; средний 15–16 лет; старший 17–18 лет) существуют свои особенности формирования и проявления суицидального поведения, связанные со спецификой физиологии, психологии, личностными и поведенческими индивидуальными качествами (табл. 2).

По данным исследований В. В. Нечипоренко (1991), для суицидентов-подростков характерны следующие особенности: обидчивость и ранимость, снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам, низкая самооценка, отвержение социальным окружением и чувство покинутости, переживание собственной несостоятельности и физического отставания, а также избегание «нагрузочных» обстоятельств и пассивность в разрешении трудных ситуаций.

**Типы суицидоопасных ситуационных реакций
детского и подросткового возраста**

Тип реакции	Возраст наиболее частых проявлений	Характерные особенности	Анамнестические маркеры	Цель суицидального поведения
1. Реакция депривации	Младший и средний подростковый	Потеря интересов, угнетение эмоциональной активности, скрытность, молчаливость, негативные переживания	Жесткое авторитарное воспитание	Стремление отомстить обидчику
2. Эксплозивная реакция	Средний подростковый	Аффективная напряженность, агрессивность, завышенный уровень притязаний, стремления (часто необоснованные) к лидерству	Воспитание в семье, где эти реакции традиционны для взрослых	Стремление отомстить обидчику, доказать свою правоту. Как правило, суицидальные действия совершаются на высоте аффекта
3. Реакция самоустранения	Средний и старший подростковый с чертами незрелости	Эмоциональная неустойчивость, внушаемость, несамостоятельность	Как правило, педагогически запущенные подростки с невысоким интеллектом	Уход от трудностей

В подростковом возрасте вероятность аутоагрессивного поведения в значительной мере зависит от типа акцентуации характера. По данным исследования А. Е. Личко (1977), при демонстративном суицидальном поведении 50 % оказались представителями истероидного, истероидно-неустойчивого, гипертимно-истероидного типов, 32 % — эпилептоидного и эпилептоидно-истероидного

типов и лишь 18 % были представителями всех других типов, причем шизоидных, циклоидных и сенситивных подростков не было вовсе. При аффективном суицидальном поведении чаще встречались лабильный и лабильно-истероидный типы (37 %), реже наблюдались другие варианты истероидного типа (23 %), по 18 % пришлось на сенситивный и конформно-неустойчивый типы и лишь 4 % — на эпиптоидный. Истинные покушения в большинстве случаев совершались представителями сенситивного (63 %) и циклоидного (25 %) типов. По данным автора, в подростковом возрасте чрезвычайно низкая суицидальная активность была характерна для шизоидов.

При суицидальных поступках у подростка особое значение приобретает фактор «внушающего влияния самоубийцы в качестве примера». В данном контексте можно рассматривать как суицидальные поступки среди ближайшего окружения (родители, сиблинги, друзья, соседи), так и не совсем корректное освещение в средствах массовой информации темы суицида (Barile J. [et al.], 2012). Очень опасными и часто ведущими к суицидальному действию у детей и подростков являются повторяющиеся угрозы родителей совершить самоубийство, особенно в связи с разводом. Часто в таких случаях дети реализуют намерения родителей (Фиккер Ф., 1978). Особенное влияние на молодежь может иметь смерть «кумиров»: знаменитостей, музыкантов, моделей. S. Stack (1997) указывает на очевидность связи повышенного количества самоубийств с освещением в средствах массовой информации суицидов знаменитостей. С нашей точки зрения, данный феномен в полной мере связан с механизмами нарушения идентификации у подростков. Преимущественно в подростковом возрасте происходят и кластерные суициды в виде эпидемии самоубийств, совершенных сходным способом в короткий период времени. Впечатлительные, склонные к подражанию подростки являются наиболее частыми жертвами информационных программ, документальных или художественных фильмов и публикаций в прессе, в которых освещаются случаи самоубийств (Юрьева Л. Н., 2006).

В настоящее время большой проблемой стали сообщения в интернете, а нередко и публикации в средствах массовой информации, в которых суициды и суицидальное поведение являются своеобразной «изюминкой», «изысканной» или «благородной» смертью «мужественного человека». Подробно описывается, как можно «красиво уйти из жизни». Далеко не каждый подросток, имеющий суицидальное поведение, осуществит свои намерения. Но подрост-

кам с уже существующей суицидальной настроенностью, а также со свойственной им впечатлительностью подобная информация может «помочь» принять роковое решение. Кроме того, такая информация направлена на поощрение суицидального поведения как на способ решения проблем (Попов Ю. В., Бруг А. В., 2005).

Особая важность динамического наблюдения подростков, склонных к суицидальному поведению, определяется тем, что такие лица, прежде всего те из них, которые совершали попытку самоубийства, склонны повторять ее в будущем (Wasserman D., 2005; Liu R., 2006). Наиболее уязвимым в этом плане является период ближайшего года после первичного суицида (Остроглазов В. Г., Лисина М. А., 2000; Stone L. [et al.], 2014; Czyz E. [et al.], 2015). Вследствие этого такие лица должны быть отнесены к группе наиболее высокого риска, требующей эффективного профессионального наблюдения и направленной профилактики суицидальных рецидивов, опирающихся на индивидуальный прогноз кризисного эпизода.

Основной проблемой постсуицидального периода является то, что основная группа суицидентов-подростков выпадает из поля зрения психолого-психиатрической службы в этот период (Власовских Р. В., Хальфин Р. А., 2005). Подростки, совершившие суицид, госпитализируются в отделения соматического профиля, где им оказывается неотложная помощь и в лучшем случае предлагается обратиться к психиатру после выписки. Но родители суицидентов намеренно скрывают факт суицида, опасаясь так называемых социальных последствий обращения к психиатру. Таким образом, подростки остаются с нерешенными проблемами и без квалифицированной помощи.

В связи с этим необходимо учитывать многообразие факторов, способствующих усилению суицидальной активности подростков, к которым относятся биологическая предрасположенность, асоциальная или неполная родительская семья, патологическое воспитание в родительской семье, конфликты со сверстниками, в том числе любовные, а также индуцирование суицидального поведения средствами массовой информации, социально-экономическое неблагополучие регионов, этнокультуральные особенности, несоответствие существующих форм и методов оказания суицидологической помощи требованиям времени и последним достижениям суицидологической науки и практики (Положий Б. С., 2012).

Для решения указанных проблем необходимо создание отвечающей современным требованиям системы профилактики суици-

дальнего поведения у детей и подростков. Особенно это касается наиболее чувствительных групп в данных возрастных когортах. Прежде всего, речь идет о детях и подростках, у которых имеются аффективные расстройства, по мнению многих авторов, определяющие в итоге суицидальный риск во всех возрастах. Однако вследствие атипичности клинических проявлений, незначительной выраженности симптоматики, преобладания в основном поведенческих нарушений, на страдания ребенка взрослые обращают порой внимание только после их суицидальных действий, фактически обозначающих «крик о помощи».

2.1. Особенности проявлений расстройств аффективного спектра в детско-подростковом возрасте

Одной из основных характеристик расстройств аффективного спектра являются изменения в настроении (аффекте) депрессивного или маниакального характера. При этом в классификациях МКБ-10 и DSM-V существуют различные категории этих нарушений.

МКБ-10 содержит семь основных категорий аффективных расстройств: F30 — маниакальный эпизод; F31 — биполярное аффективное расстройство; F32 — депрессивный эпизод; F33 — рекуррентное депрессивное расстройство; F34 — хронические аффективные расстройства (дистимия, циклотимия); другие (F38) и неуточненные (F39) аффективные расстройства. При этом как депрессивные, так и маниакальные нарушения имеют определенные характеристики тяжести течения эпизода (гипомания, мания с/без психотических симптомов; депрессия легкая, умеренная, тяжелая с/без психотических симптомов). В МКБ-11 планируется выделение биполярного аффективного расстройства (БАР) 1-го и 2-го типов, т. е. та классификация, которая в настоящее время используется в DSM-V.

Перечисленные выше расстройства у ребенка могут соответствовать классификационным критериям в полной мере, как правило, начиная со среднего пубертатного периода (14–15 лет). Однако и в более раннем возрасте могут наблюдаться аффективные расстройства, которые частично соответствуют предложенным критериям у взрослых, но сами проявления при этом носят специфические, характерные для определенного возраста особенности.

В частности, ребенку, у которого выявляется стойкое диссоциальное, агрессивное поведение в сочетании с симптомами депрессии и тревоги, может быть поставлен диагноз F92.0 — депрессивное расстройство поведения. Депрессивные состояния у подростков, связанные с индивидуально значимым стрессом и часто сочетающиеся с тревогой и беспокойством, также могут быть отнесены к другим рубрикам МКБ-10, например, при расстройствах адаптации (F43.20 — кратковременная депрессивная реакция; F43.21 — пролонгированная депрессивная реакция; F43.22 — смешанная тревожная и депрессивная реакция и др.).

Депрессия у детей и подростков. До недавнего времени считалось, что депрессивные расстройства у детей и подростков являются достаточно редкими феноменами. Предполагалось, что дети в связи с еще недостаточно развитыми эмоционально-когнитивными функциями не способны переживать те же состояния, что и взрослые. В свою очередь аффективные нарушения у подростков рассматривались как естественные проявления этапов взросления, как особенности «трудного подросткового периода». Однако за последние 30 лет возникло переосмысление подобных нарушений у детей и подростков. Использование структурированных клинических интервью позволило выяснить, что синдромы аффективных нарушений во многом схожи с такими же синдромами в клинической картине различных расстройств настроения у взрослых. Вместе с тем отмечаются и такие, присущие в целом для населения, тенденции, как рост аффективных нарушений, особенно депрессивных расстройств, а также значительный рост суицидальных попыток у молодежи, что нередко связывается с наличием аффективной патологии.

Большинство врачей в настоящее время для постановки диагноза депрессивного расстройства у детей и подростков используют диагностические алгоритмы для взрослых, предлагаемые в классификациях МКБ-10 или DSM-V. В их основе лежит понимание депрессивного расстройства как эпизодического, имеющего различные степени тяжести (легкую, среднюю, тяжелую) состояния, характеризующегося подавленным настроением, утратой интересов и удовольствия, уменьшением энергичности, которое, в свою очередь, может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности, а также связанного с другими симптомами (низкой самооценкой, суицидальными мыслями и/или действиями, нарушенным сном, сниженным аппетитом и др.) (Приложение 2). Также в классификациях выделяются непсихотическая и психотическая

депрессии. Последняя, в свою очередь, дополняется наличием конгруэнтного аффекту бреда, галлюцинаций или депрессивного ступора. Следует отметить, что психотические формы депрессий редко встречаются до середины подросткового возраста, при этом наличие психотических симптомов свидетельствует о более неблагоприятном прогнозе развития расстройства в дальнейшем и увеличении риска развития биполярного аффективного расстройства.

Использование взрослых диагностических критериев вместе с тем имеет некоторые ограничения. Подобные критерии в наименьшей степени применимы в младших возрастных группах, когда необходимо определить влияние возрастных особенностей эмоционального реагирования на формирование аффективной патологии. Другой проблемой является достаточно частое наличие сопутствующей психической патологии у детей и подростков. В МКБ-10 предполагается, что смешанная клиническая картина, более вероятно, является следствием одного нарушения с различными проявлениями, в отличие от DSM-V, которая позволяет клиницисту диагностировать несколько предположительно разных нарушений, выставляя, таким образом, сразу несколько диагнозов. Примером подобного диагноза в МКБ-10 могут являться следующие категории: смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации (F43.25), а также смешанное расстройство поведения и эмоций (F92), включающее подкатегорию депрессивного расстройства поведения (F92.0) у детей и подростков, диагностируемое при сочетании расстройств поведения (агрессивного, диссоциального или вызывающего характера) с постоянной выраженной депрессией. Данная рубрика является весьма полезной, поскольку позволяет выставить при первичной диагностике реабилитационный диагноз, который может быть пересмотрен при дальнейшем наблюдении за ребенком. В детско-подростковой практике также не всегда ясно, явилось ли аффективное расстройство первичным, нарушая социальное функционирование ребенка, или, напротив, естественное столкновение с трудностями в общении, учебе или семье явилось причиной подавленного настроения. В этом случае может помочь анализ длительности данных нарушений, а также способности справляться с подобными трудностями ранее.

Заболеваемость депрессивным расстройством за год в пубертатном периоде составляет около 1–2 %, при этом подобный показатель оценивается у детей в препубертатном возрасте в пределах 0,1 %. Увеличение заболеваемости депрессивным расстройством

происходит во время раннего пубертатного периода. Большинство исследований показали, что в препубертатном периоде не существует гендерных различий в распространенности депрессии или имеется незначительное преобладание мальчиков. Однако к концу подросткового возраста отмечается значительное преобладание лиц женского пола с депрессией, при этом данное различие сохраняется и у взрослых.

Основными особенностями депрессивного расстройства у детей и подростков являются эмоциональные, когнитивные, мотивационные изменения и нейровегетативные симптомы. Главным эмоциональным симптомом является подавленное настроение. Оно может быть описано как печальное, сниженное, грустное. В некоторых случаях подростки могут говорить вообще об отсутствии настроения, словно оно «никакое». Подобные высказывания выражают отсутствие удовольствия от жизни, сниженный гедонистический компонент эмоциональности. Иногда дети могут отрицать сниженное настроение или грусть, однако признаются, что чувствуют себя «плохо». DSM-V подразумевает, что для диагностики депрессивного расстройства у ребенка может присутствовать только раздражительность вместо сниженного аффекта. Тревога не включена в диагностические системы МКБ-10 и DSM-V, однако существует широкий клинический консенсус относительно тревоги как симптома, часто сопровождающего депрессию наравне с другими симптомами (табл. 3).

Когнитивные изменения включают в себя низкую самооценку с преувеличением трудности решения текущих жизненных проблем. Как правило, дети и подростки с депрессией не могут ничего сказать о своих достоинствах и способностях, когда их об этом спрашивают. При этом наблюдаются сложности в принятии решений либо из-за отсутствия доверия к окружающим, либо из-за субъективных трудностей с мышлением. Чем тяжелее депрессия у подростка, тем более вероятно возникновение чувства вины за незначительные проступки в прошлом, например домашнее воровство или грубость по отношению к родителям. Следует отметить, что испытываемое ребенком чувство вины в связи с разводом родителей является отчасти нормальной реакцией на психотравмирующую ситуацию и требует психотерапевтического вмешательства. У подростка с депрессией могут быть выраженными безнадежность и беспомощность. При наличии этих когнитивных феноменов суицидальные мысли являются наиболее серьезными, что может в итоге привести к суицидальной попытке.

Симптоматология депрессивных расстройств
(American Psychiatric Association, 1994; WHO, 1992; 2005a)

Категория депрессивных симптомов	Перечень симптомов
Аффективные симптомы	Подавленное настроение* Ангедония* Тревога
Психомоторные нарушения	Заторможенность Ажитация Потеря энергии и активности*
Когнитивные нарушения и нарушения памяти	Чувство вины Чувство малоценности Конгруэнтные и не конгруэнтные настроения Бредовые идеи Затруднения концентрации Снижение памяти
Психовегетативные нарушения и соматические жалобы	Нарушения сна (инсомния, ранние пробуждения) Суточные колебания настроения Потеря аппетита и веса Сексуальные дисфункции Запоры Болевые синдромы Гипертония Тахикардия

* Ядерные симптомы.

Нарушения в мотивационной сфере связаны с апатией, усталостью, сниженным энергетическим потенциалом и плохой концентрацией внимания. Невозможность справиться с трудностями и обыденными задачами может усилить у ребенка чувство вины и неуверенности в себе. Очень важно получить информацию о способностях ученика от школы, в первую очередь для надлежащей оценки трудностей концентрации внимания в настоящее время в сравнении с исходным уровнем.

Нейровегетативные симптомы включают в себя изменения в аппетите, весе, ритме сна, уровне либидо (у подростка). Для того чтобы определить, являются ли данные изменения патологическими, врачу необходимо ориентироваться в особенностях стадий развития молодого человека. Соматические симптомы очень распро-

странены у детей и подростков с депрессией. Клиницист может быть отвлечен жалобами на головную боль, боль в животе и т. д., при этом депрессивный синдром, частью которого являются эти жалобы, остается нераспознанным.

Несмотря на наличие описанных выше изменений и симптомов, диагностика депрессивных расстройств у детей и подростков наталкивается на ряд методологических трудностей. Одной из них является определение разницы между «нормальным настроением» у ребенка и депрессивным расстройством. Определение границ между крайностями нормального поведения и психопатологией является дилеммой, которая характерна в целом для детско-подростковой психиатрии. У подростков имеется особая чувствительность к различного рода ситуациям, которые могут влиять на настроение, например, в связи с непринятием группой сверстников, сложностями личных взаимоотношений, семейными конфликтами или сложностями в учебе. Порой очень сложно отличить возникающие у них интенсивные эмоциональные реакции от депрессивных расстройств. Большинство детей не могут описать свое состояние: они часто путают такие эмоции, как гнев и печаль, испытывают определенные затруднения при описании ключевых когнитивных симптомов депрессии, например безнадежности. В связи с этим депрессивное расстройство должно быть диагностировано только в случае ухудшения социального и ролевого функционирования, когда присутствуют определенные психопатологические симптомы, вызывающие значительное страдание.

Помимо этого, врачу необходимо помнить также и о влиянии органических факторов, имеющих возможное этиологическое отношение к депрессивным расстройствам. К ним можно отнести различные неврологические заболевания: эпилепсию, гидроцефалию, инфекции ЦНС, новообразования ЦНС, черепно-мозговую травму, болезнь Вильсона — Коновалова (гепатоцеребральную дистрофию); эндокринные заболевания: болезни надпочечников (Иценко — Кушинга, Аддисона), гиперальдостеронизм, гипер- или гипопаратиреоидизм, гипер- или гипотиреоидизм; другие соматические заболевания: новообразования, сердечно-легочные заболевания, порфирию, уремию, авитаминозы (витаминов В₁₂, С, никотиновой кислоты, тиамин). В связи с этим необходимо проведение дополнительных клинических и лабораторных исследований. Также необходим анализ принимаемой сопутствующей терапии, которая может иметь дополнительный депрессогенный эффект. К таким препаратам относятся анальгетики (ибупрофен,

индометацин, опиаты, фенацетин), антибиотики (стрептомицин, сульфаниламиды, тетрациклины), антигипертензивные средства (бета-блокаторы, клонидин, препараты дигиталиса), химиопрепараты (аспарагиназа, азатиоприн, блеомицин, триметоприм, винкристин); иммунодепрессивные средства (микофенолатамофетил, кортикостероиды), классические антипсихотики (галоперидол). Вместе с тем до настоящего времени не ясно, могут ли депрессивные синдромы, развивающиеся после лечения классическими антипсихотиками, являться признаками заболевания как такового или побочными эффектами самой терапии.

Что касается прогноза течения аффективных расстройств, то депрессивные реакции у детей и подростков, обусловленные расстройством адаптации, длятся не более нескольких месяцев и могут повторяться при наличии стрессорных факторов. В отличие от них депрессивные эпизоды могут длиться от 6 до 9 мес. и имеют большую вероятность рецидивирования. Дистимия сохраняется на протяжении нескольких лет, при этом такие подростки входят в группу высокого риска возникновения депрессивного расстройства. Начало депрессии в подростковом возрасте определяет большую частоту развития депрессивного расстройства уже у взрослых лиц, при этом вероятность совершения суицидальной попытки возрастает в 6 раз. Депрессивные расстройства, которые были диагностированы в препубертатном периоде, с меньшей вероятностью будут способствовать формированию депрессии во взрослом состоянии. В то время как «чистая» депрессия не увеличивает риск формирования антисоциального поведения, наличие смешанных расстройств поведения и эмоций связано с более высокими показателями подобных нарушений, а также преступности.

Биполярное аффективное расстройство у детей и подростков. Биполярное аффективное расстройство (БАР) в детско-подростковом возрасте связано со значительным уровнем заболеваемости и смертности, в том числе имеется связь с высокими показателями госпитализации в психиатрический стационар (более 52–74 % госпитализированных, по крайней мере, один раз), частотой суицидальных мыслей (70–85 %) и попытками самоубийств (30–65 %) (Axelson D. [et al.], 2006; Algorta G. [et al.], 2011).

В связи с возрастными особенностями диагностика БАР у детей и подростков, так же как и депрессии, часто затруднена. Это связано с тем, что у ребенка могут присутствовать частые ежедневные перепады настроения, которые наблюдаются в течение нескольких месяцев или даже лет. У детей с предположительным диагнозом

БАР часто присутствует не классическая мания с эйфорией, а клиническая картина смешанных, дисфорических состояний с частыми короткими периодами интенсивной лабильности настроения и раздражительности. Оценка изменений настроения как быстроциклических может применяться у детей, однако следует учитывать, что у них часто отсутствуют четко очерченные эпизоды мании. Более верным представляется рассматривать такого ребенка как имеющего серьезное нарушение регуляции эмоциональной сферы с интенсивными и относительно длительными периодами колебаний аффекта каждый день. Подобные смешанные эпизоды изменения настроения часто включают в себя короткие периоды эйфории и более длительные периоды раздражительности. Коморбидные диагнозы (например, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, оппозиционное вызывающее расстройство, тревожное расстройство, расстройство поведения) также распространены в этом возрасте и усложняют диагностику БАР.

Обращение к врачу происходит, как правило, в период депрессивной фазы. При этом клиницисту важно провести тщательный анализ наличия эпизодов гипомании и/или мании в прошлом. Циклотимия у детей еще более труднодиагностируема, так как гипоманиакальные и легкие депрессивные эпизоды могут быть просто не замечены родителями и окружением ребенка, несмотря на изменение привычного функционирования. Для более четкой диагностики маниакальных симптомов у детей и подростков необходимо использовать подход, позволяющий оценить частоту, интенсивность, количество и продолжительность эпизодов подъема настроения. Эти категории следует оценивать следующим образом:

- 1) частота: симптомы отмечаются большую часть дней в течение недели;
- 2) интенсивность: симптомы достаточно серьезны, чтобы вызвать значительное нарушение в одной области функционирования или умеренное нарушение в двух или более областях;
- 3) количество: симптомы возникают 3–4 раза в день;
- 4) продолжительность: симптомы отмечаются на протяжении 4 ч и более в день.

Например, ребенок, у которого отмечается необычное поведение (излишне веселый, возбужденный, с расторможенным, «глупым» поведением) в течение 30 мин (1 эпизод) два раза в неделю, с легким нарушением в двух областях функционирования вряд ли будет рассматриваться как имеющий биполярное расстройство. Однако ребенок, описываемый как «слишком веселый» в течение

большинства школьных дней и каждый день после школы, у которого имеются значительные нарушения взаимоотношений с учителями, родителями, братьями и/или сестрами, сверстниками, а симптомы отмечаются по несколько часов и несколько раз в день почти ежедневно, уже может быть отнесен к категории биполярных пациентов. Важно также учитывать контекст ситуации, в которой возникает подъем настроения (например, веселое и «глупое» поведение во время учебных занятий в школе или на дне рождения). Эти рекомендации не могут быть универсальными и, по сути, должны базироваться на клиническом опыте специалиста, работающего в детско-подростковой практике.

Дифференциальный диагноз маниакальных симптомов у детей и подростков является трудной задачей для врача по ряду причин. У данной возрастной категории подобные симптомы, казалось бы, могут присутствовать в силу эмоциональной нестабильности и отсутствия контроля поведения, однако следует понимать, что для диагностики расстройства они должны превышать пороговый уровень по категориям, описанным выше. Кроме того, они должны существовать согласованно, поскольку ни один из симптомов отдельно не является признаком мании. Эйфория, экспансивное настроение могут наблюдаться как в период действительного переживания радости в значимой для ребенка ситуации или на каком-либо мероприятии, на фоне приема лекарственных (наркотических) веществ, так и быть маркерами мании. Клиницисту необходимо уточнить наличие «триггера», который мог способствовать формированию подъема настроения, оценив, таким образом, несколько подобных ситуаций.

Раздражительность является частым симптомом в детской психопатологии. Она может наблюдаться при депрессии, дистимии, тревожных расстройствах, оппозиционном вызывающем поведении и т. д. Кроме того, подобное состояние может встречаться и у ребенка, который просто устал, голоден или чем-то расстроен. Раздражительность при мании, в отличие от других состояний, имеет эпизодический, выраженный и быстро преходящий характер, являясь часто беспричинной или связанной с незначительным раздражающим фактором, а также сочетаясь с гетеро- и аутоагрессивным поведением.

Проявления мании величия у ребенка обычно превышают нормальную фантазию или воображение для соответствующего возраста. Вместе с тем некоторые дети обладают особыми талантами и способностями в музыке, учебе, что необходимо уточнить у ро-

дителей для проверки достоверности претензий ребенка. Также подобные высказывания могут быть элементом игрового поведения, при этом необходимо определить, может ли ребенок отличить реальность от вымысла. Клиницист должен выяснить контекст, в котором высказываются идеи величия, упорство, с которым ребенок доказывает свое превосходство, а также отражение подобных идей в особенностях его поведения.

Снижение потребности во сне необходимо отличать от бессонницы, связанной с другими состояниями (тревоги, депрессии, наличия чрезмерных стимулов в дневное время и др.), которые в течение дня связаны с усталостью и повышенной утомляемостью. Данный симптом соответствует категориям маниакального в случае уменьшения у ребенка ночного сна на 2 ч и более от нормы, характерной для этого возраста без признаков дневной усталости. В то время как при вышеперечисленных состояниях ребенок может лежать в постели, пытаясь заснуть, в мании он часто встает и ходит по дому, занимаясь важными, с его точки зрения, делами. В дневное время такие дети свежи и излишне энергичны, несмотря на то что спали ночью 4–5 ч.

Напористая, быстрая речь может часто наблюдаться у детей, которые чем-то раздражены, испытывают чувство гнева или обиды, однако эти состояния являются преходящими. Необходимо помнить, что у некоторых детей большую часть времени может наблюдаться быстрая речь, особенно у детей с СДВГ. У ребенка же в состоянии мании ускорение речи диагностируется по сравнению с исходным базовым уровнем функционирования, при этом речь такого ребенка не только быстрая, но и громкая, он навязчив в своих высказываниях, прилипчив, его трудно прервать.

У детей и подростков, которые во время беседы часто перескакивают с одной темы на другую и при этом сами указывают, что их мысли «бегут» слишком быстро, может быть определена скачка идей. Для интервьюера, незнакомого с ребенком, важно понять, могут ли родители свободно следовать за его потоком слов и понимать смысл сказанного. Дети младшего возраста имеют ограниченную способность организовывать свою речь и могут казаться излишне разговорчивыми, что может вводить в заблуждение специалиста.

Повышенная отвлекаемость внимания может считаться симптомом мании в случае сочетания с маниакальным подъемом настроения и отсутствия связи исключительно с другим расстройством, в частности с СДВГ. С целью дифференциальной диагностики не-

обходимо уточнить у родителей и ребенка отсутствие или наличие симптомов СДВГ в период эутимии или ровного, нормально-го настроения. Затем, после установления временного интервала возможного маниакального эпизода, нужно выяснить, была ли отвлекаемость в это время хуже, чем во время эутимии. У ребенка, который становится отвлекаемым в период маниакального эпизода, отмечаются трудности в обучении, при этом он может быть излишне легкомысленным и дома, не помня о том, чем он занимался или во что играл. С другой стороны, у детей с СДВГ, которые получают специфическую терапию (например, атомоксетин), как правило, отвлекаемость внимания проявляется более в утренние часы до приема препарата, в то время как в вечернее время она уменьшается. Помимо этого, отвлекаемость характерна для детей и подростков с депрессией, тревогой, а также с ограниченными возможностями обучения. При этом отвлекаемость внимания у них наиболее ярко проявляется в период школьных занятий или в момент психоэмоционального напряжения.

В связи с тем, что психомоторное возбуждение является общим и неспецифическим симптомом в детской психопатологии, более информативной является оценка увеличения целенаправленной деятельности у ребенка в состоянии мании. При этом он может много рисовать, строить большие города из конструктора, писать стихи в течение короткого периода времени, т. е. активно заниматься той деятельностью, которая в принципе характерна для данного возраста. Безусловно, в данном случае необходимо дифференцировать такие состояния от общей высокой производительности действительно талантливого и целеустремленного ребенка. Что касается психомоторного возбуждения для диагностики мании, то оно должно представлять заметное изменение по сравнению с исходным состоянием. Также при мании может наблюдаться склонность к неоправданному риску и расторможенность влечений. В частности, сексуально провокационное поведение встречается у детей, которые имитируют действия взрослых, пытаясь, например, поцеловать в губы своего родителя или дотронуться до интимных частей его тела.

В дополнение к основным симптомам мании, у детей и подростков могут наблюдаться психотические симптомы, включая галлюцинации и бред. При этом необходимо оценить, насколько данная симптоматика конгруэнтна аффективным нарушениям, а также провести дифференциальную диагностику с другими психическими расстройствами, например с шизоаффективным расстройством.

Врачу необходимо помнить, что некоторые медикаменты или другие заболевания могут усиливать, а иногда имитировать симптомы БАР. К заболеваниям, имитирующим биполярные симптомы, относятся: височная эпилепсия, гипертиреоз, закрытая или открытая ЧМТ, рассеянный склероз, системная красная волчанка, болезнь Вильсона — Коновалова, последствия алкогольного синдрома (дизморфии) у плода. К лекарственным средствам, способным усиливать цикличность настроения, относят: трициклические антидепрессанты, СИОЗС, СИОЗСиН, аминофиллин, кортикостероиды, симпатомиметические амины (например, псевдоэфедрин), некоторые антибиотики (например, кларитромицин, эритромицин, амоксициллин). Важно оценить наличие этих факторов до начала лечения.

Риск формирования БАР после имевшегося эпизода тяжелой депрессии у подростков составляет от 1 до 5 %. Наличие в анамнезе у подростка депрессивного эпизода с психотическими симптомами, семейной истории БАР, а также преморбидной циклотимии является показателем возможного формирования БАР в дальнейшем. БАР, манифестировавшее в пубертатном периоде, имеет тенденцию к рецидивированию во взрослой жизни. При этом риск рецидива увеличивается до 50 % в течение следующих 5 лет, даже на фоне сформированной ремиссии после адекватного по времени лечения, а также имеет место очень высокий риск самоубийства и серьезных суицидальных попыток.

У каждого ребенка с диагностированным аффективным расстройством должна проводиться оценка факторов суицидального риска. Уровень смертности вследствие суицидальных действий возрастает в старшем подростковом возрасте. Необходимо учитывать наличие предыдущих попыток в анамнезе, депрессивных или маниакальных симптомов на момент осмотра (особенно смешанных или с психотической симптоматикой), сексуального или физического насилия над ребенком и других острых стрессовых факторов, коморбидной патологии, в том числе злоупотребления ПАВ, такой черты личности, как импульсивность, а также наличие анамнестических сведений о суицидальном поведении у родственников или в ближайшем окружении. Помимо этого, необходимо оценить возможный способ суицида, который может быть использован ребенком в зависимости от наличия в доступе тех или иных средств (например, открытого доступа к лекарствам в доме). Это является одной из причин, по которым рекомендован строгий надзор со стороны родителей за приемом и хранением назначаемой

ребенку фармакотерапии, особенно лития или трициклических антидепрессантов. Существуют также данные, что терапия с использованием СИОЗС (а возможно, и других классов антидепрессантов) может повышать риск суицидальности у некоторых детей и подростков, при этом он может быть особенно выражен в начале терапии.

Аффективные расстройства у детей и подростков представляют собой гетерогенную группу. Вместе с тем имеющиеся научные работы, посвященные данной проблеме, указывают на значительный клинический полиморфизм и атипичность данных состояний. Аффективные расстройства могут выступать изолированно или в сочетании с другими психопатологическими проявлениями. В формировании этих состояний участвуют разные механизмы, а их прогноз в большей степени зависит от того, в рамках какой нозологии они реализуются, а также от психологических и личностных составляющих. Это обуславливает необходимость дальнейшего изучения клинико-динамических характеристик расстройств аффективного спектра у детей и подростков с целью оптимизации их диагностики и терапии.

Глава 3

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Имеющиеся в настоящее время научные исследования о половых различиях суицидального поведения носят разрозненный характер и раскрывают лишь некоторые аспекты проблемы.

Распространенность суицидов и суицидальных попыток среди мужчин и женщин имеет значительные колебания в зависимости от географических и национальных особенностей. По данным 172 государств — членов ВОЗ с населением свыше 300 000 человек, представленным по состоянию на 2012 г. в докладе ВОЗ (WHO mortality database documentation, 2013), в большинстве этих стран наблюдается преобладание суицидов у мужчин по сравнению с женщинами. Только в шести странах наблюдается обратное соотношение общих коэффициентов смертности от суицидов на 100 000 населения в женской популяции по отношению к мужской: Афганистан (4,4/3,7); Бангладеш (7,6/5,6); Индонезия (4,2/3,1); Ирак (1,5/0,8); Китай (10,1/7,4); Пакистан (8,1/6,8). Однако необходимо учитывать, что в большей части этих стран (Афганистан, Бангладеш, Индонезия, Пакистан) отсутствует регистрация подобных случаев, а в Китае и Ираке имеется лишь выборочная регистрация или низкий охват ею населения.

В течение многих лет было принято считать, что в мировом масштабе мужчины совершают суициды втрое чаще, чем женщины. Однако эта высокая пропорция наблюдается, главным образом, в странах с высоким уровнем доходов, где в 2012 г. соответствующее соотношение значений стандартизированного по возрасту показателя частоты суицидов составило 3,5. В странах с низким и средним уровнем доходов соотношение мужчины/женщины составляет всего лишь 1,6; иными словами, мужчины совершают суицид на 57 % (а не на 300 %) чаще, чем женщины. Тем не менее наблюдаются значительные различия между регионами и между отдельными странами. Региональные межполовые соотношения в странах с низким и средним уровнем доходов варьируются от 0,9 в регионе Западной части Тихого океана до 4,1 в Европейском регионе, т. е. различаются в 4,5 раза. При этом среди 172 государств — членов ВОЗ среднее межполовое соотношение состав-

ляет 3,2; медианное — 2,8 с 24-кратным разбросом значений (от 0,5 до 12,5). Межполовое соотношение зависит также от возраста. Например, в Российской Федерации при общем показателе 5,3 являются следующие возрастные различия в уровне суицидов на 100 000 населения: 5–14 лет — 1,7; 15–29 лет — 5,7; 30–49 лет — 6,2; 50–69 лет — 6,3; 70 лет и более — 4,7 (ВОЗ, 2014). В целом отмечается и региональная неоднородность по уровню суицидальной активности среди мужского и женского населения Российской Федерации, имеющая многофакторную природу.

Вместе с тем парадокс, связанный с тем, что женщины пытаются покончить с собой гораздо чаще, чем мужчины, но в итоге значительно больше мужчин лишают себя жизни, до сих пор не нашел своего ответа. Наиболее полно этот вопрос исследовала Е. Moscicki (1994), которая выделяла 4 основные теории половых различий суицидального поведения.

1. «Теория летальности» объясняет высокий уровень завершенных суицидов у мужчин выбором высоколетальных способов суицида, что, в свою очередь, накладывает определенные особенности в распределении способов суицида в разных странах. При этом в литературе можно встретить различные объяснения склонности женщин к более «мягким» способам суицида. Согласно одному из них женщины выбирают менее летальные способы суицида, чем мужчины, в силу того, что суицидальные попытки часто используются ими не с целью убить себя, а с целью повлиять на окружение или привлечь внимание к своим проблемам (Moscicki E., 1994; Hawton K., 2000). Согласно другому объяснению, женщин в большей степени, чем мужчин, заботит их внешний вид после смерти (Попов Ю. В., 2011; Tsirigotis K., 2011).

2. «Теория статистического шума» утверждает, что подобные различия в суицидальной активности могут являться артефактом статистических отчетов. В силу большей обращаемости женщин к врачам, меньшего страха стигматизации, фиксируется гораздо больше суицидальных попыток именно у женщин, в то время как мужчины пытаются скрыть факт своей «тонкой душевной организации» и пытаются справиться со своими проблемами самостоятельно. Эта теория позволяет понять высокую распространенность нефатального суицидального поведения у женщин, по крайней мере, в области статистической отчетности, но она все же не объясняет высокие показатели суицидов у мужчин. На наш взгляд, помимо вышеизложенных причин, более высокие показатели завершенных суицидов у мужчин могут объясняться более

брутальными способами ухода из жизни (огнестрельное оружие, прыжок с высоты и т. д.), которые они выбирают. Более «мягкие, эстетичные» варианты ухода из жизни женщин (отравление лекарственными средствами, утопление) и стремление близкого окружения скрыть факт суицида за другими причинами могут исказить статистические данные.

3. «Психопатологическая теория» считает одним из важных факторов, влияющим на суицидальное поведение мужчин и женщин, различия в частоте проявлений депрессивных расстройств и зависимости от алкоголя. Например, считается, что гораздо больше женщин страдают от таких аффективных расстройств, как дистимия, циклотимия, монополярная депрессия или биполярное аффективное расстройство, что может, в свою очередь, являться причиной высокой частоты совершения суицидальных попыток. По данным В. А. Тихоненко и В. Е. Цупруна (1983), среди контингента пациентов психоневрологического диспансера риск как суицидальной попытки, так и завершённого суицида для женщин выше, чем для мужчин. Аналогичные сведения приводит Д. Б. Анискин (1997), сообщая, что группой повышенного суицидального риска среди психически больных являются именно женщины. Тем не менее в связи с тем, что мужчины гораздо чаще имеют сочетание нескольких факторов риска в виде так называемой смертельной суицидальной триады: депрессии, импульсивных и агрессивных черт личности, а также злоупотребления ПАВ, наличие самого аффективного расстройства не является определяющим в их случае. Стоит отметить, что существуют психические расстройства, в большей степени характерные для женщин, например нервная анорексия и нервная булимия, для которых также характерен высокий суицидальный риск, особенно при наличии очистительного поведения, которое связано с высоким уровнем импульсивности и аффективной неустойчивости (Попов Ю. В., Вид В. Д., 2006; Corcos M., 2002).

4. «Теория социализации» говорит о том, что в разных сообществах существуют гендерные различия в социально и культурно приемлемых вариантах саморазрушающего поведения в контексте полоролевых стереотипов поведения. Данная теория особое внимание уделяет особенностям детского развития и культурных требований к мальчикам, в результате которых мужчины приобретают негибкую жизненную парадигму (Попов Ю. В., 2011). В частности, суицид может рассматриваться как типично мужское поведение, так же как злоупотребление алкоголем или наркотическими средствами. Такое поведение не одобряется у женщин, но допуска-

ются или даже поощряется у мужчин в некоторых обстоятельствах, например, как реакция на потерю экономического, семейного, социального статуса или тяжелую болезнь. Также более естественно воспринимаются варианты расширенных самоубийств, когда после акта гетероагрессии мужчина лишает жизни и себя. Таким образом, суицидальная попытка рассматривается в обществе как «немужской поступок», когда мужчина во всем должен идти до конца, а женские суицидальные попытки — как вариант приемлемого обществом «мазохистического» поведения, нацеленного на исполнение роли «жертвы». Косвенно об этом могут свидетельствовать высокие уровни мужских суицидов в типично «маскулинных» группах — среди военнослужащих, работников правоохранительных органов (Нечипоренко В. В., 2007). И, напротив, в группах гомосексуальных и бисексуальных мужчин наблюдается примерное совпадение по частоте нефатального суицидального поведения с женщинами (Remafedi G. [et al.], 1991).

Одним из важных направлений современных исследований является выявление закономерностей в развитии суицидального поведения, начиная с детско-подросткового возраста, и закреплении тех или иных суицидальных паттернов поведения в зависимости от пола. Отмечено, что суицидальное поведение в подростковом возрасте имеет свою динамику в зависимости от половой принадлежности. D. K. Voeninger [et al.] (2010) исследовали возрастные особенности проявлений суицидальной активности (мысли, планы, попытки) у подростков 11–19 лет. Было выявлено, что пик суицидальной активности наблюдался в середине подросткового возраста у девушек, у юношей суицидальная активность постепенно повышалась начиная с позднего подросткового возраста. Суицидоопасность попыток усиливалась к середине подросткового возраста с постепенным уменьшением риска у обоих полов, при этом у девушек риск снижался незначительно.

При исследовании 2358 подростков 12–18 лет было выявлено, что распространенность суицидальных мыслей была выше среди девушек, чем среди юношей (Park S., 2013). Анализируя суицидальное поведение у подростков, G. S. Soor [et al.] (2012) выявили, что у юношей завершённые суициды встречались в два раза чаще, чем у девушек. При этом у юношей встречались более летальные способы суицида, а у девушек выявлялись предшествующие попытки суицида.

При анализе способов суицидальных действий большинство авторов сходятся во мнении, что выбираемые женщинами варианты

самоубийств обычно являются более «мягкими» (менее агрессивными, калечащими и летальными), чем способы суицидов, к которым прибегают мужчины (Редько А. Н., 1992; Гилод В. М., 2003, Rich C. [et al.], 1988). S. Park (2015) провел исследование уровня завершённых самоубийств и их способов среди юношей и девушек 15–19 лет в четырех странах (Южной Корее, Японии, Финляндии и США), используя базу данных смертности Всемирной организации здравоохранения. Наиболее распространенными способами самоубийства среди и юношей и девушек явились: в Южной Корее — прыжок с высоты, в Японии — повешение. В Финляндии наиболее частыми способами у юношей являлись прыжок под движущийся объект и использование огнестрельного оружия, в отличие от девушек, которые обычно использовали менее brutальные способы самоубийства. В США юноши чаще использовали огнестрельное оружие, а девушки — самоотравления. При этом число суицидов у юношей по отношению к их уровню у девушек было выше в США (3,8) и Финляндии (3,6), чем в Корее (1,3) и Японии (1,9), что, в свою очередь, соответствует разнице в выбираемых способах самоубийства в зависимости от половой принадлежности.

Считается, что выбор способа суицида у подростков в значительной мере определяется его доступностью. Так, при анализе суицидальных попыток у юношей при помощи огнестрельного оружия было выявлено, что в Северной Финляндии, где чаще встречается наличие охотничьего ружья в доме, подростки в три раза чаще использовали огнестрельные суициды, чем в Южной, хотя не было никакой разницы в других видах суицида (Lahti A. [et al.], 2014).

Ряд исследователей описывают различные факторы риска суицидального поведения в зависимости от половой принадлежности. Так, S. Stefanello [et al.] (2007) в своем исследовании установили, что суициденты женского пола имеют худшие, в сравнении с суицидентами мужского пола, показатели по шкале материального благосостояния, шкале депрессии Бека и опроснику самообслуживания. В свою очередь, суициденты мужского пола чаще страдают психическими расстройствами, связанными с алкоголем, и чаще совершают суицидальные попытки на фоне алкогольного опьянения.

Социально-демографические факторы оказывают значимое влияние на суицидальную активность в популяции, причем отмечаются и половые различия. Y. Liu [et al.] (2013) выявили, что высокий уровень безработицы связан с повышением смертности от суицидов среди мужчин. Суммарный коэффициент рождаемости и процент разводов связаны с количеством суицидов среди женщин,

при этом в первом случае количество суицидов уменьшается, во втором — увеличивается. Отмечается зависимость от социально-экономического благополучия, что подтверждается исследованиями Д. Богоявленского (2001), который, проанализировав динамику распространенности суицидов в России на протяжении длительного периода времени, установил, что в годы снижения уровня самоубийств разрыв между числом мужчин и женщин среди самоубийц сокращается до 3 раз, а в годы подъема возрастает до 5 раз.

Наряду с исследованиями факторов суицидального риска, частью авторов анализируются специфические, характерные только для женщин антисуицидальные факторы. Так, P. Qin и [et al.] (2000) отмечают, что важным антисуицидальным фактором для женщин является наличие маленького ребенка. Рядом исследователей подчеркивается роль беременности как сдерживающего самоубийство состояния. L. Appleby (1996) сообщает, что беременность является для женщин периодом пониженного суицидального риска, а по данным P. M. Marzuk [et al.] (1997), беременные женщины имеют в три раза более низкий риск самоубийства, чем небеременные женщины детородного возраста.

Однако физиологические особенности, связанные с половой принадлежностью, по мнению ряда авторов, могут оказывать определенное влияние на проявления суицидального поведения, опосредованно связанного с аффективными колебаниями или особенностями личностного реагирования. E. Vasa-Garcia [et al.] (1998) сообщают, что частота суицидов у женщин в первую неделю менструального цикла существенно выше, чем в остальные его недели, что, возможно, объясняется влиянием гормональных колебаний на эмоциональное состояние женщины. В исследовании D. B. Sarwer (2007) рассматривается такой специфический женский фактор суицидального риска, как применение косметических операций на молочных железах. Автор сообщает, что частота суицидов у женщин, подвергшихся данной операции, в три-четыре раза превышает среднестатистический уровень. При этом суицидальный риск может определяться как последствиями самой операции, так и личностно-психологическими особенностями, изначально присущими женщинам, идущим на косметическое изменение молочных желез.

В. Ф. Войцехом (2008) на модели пациентов кризисного стационара было проведено сравнение суицидентов мужского и женского пола по признаку зависимости их клинико-социальных характеристик от количества суицидальных попыток. Установлено, что для

женщин оказалась характерной более частая встречаемость таких характеристик, как отсутствие работы, конфликтные взаимоотношения в семье, соматические и психосоматические заболевания, гипотимия и нарушения сна, в группе пациентов с повторными суицидальными попытками, тогда как у мужчин более частая встречаемость описанных признаков отмечалась в группе первичных суицидальных покушений.

Е. Т. Isometsa и J. К. Lonnqvist (1998), касаясь такого общепризнанного фактора суицидального риска, как наличие суицидальных попыток у индивида в анамнезе, сообщают, что для женщин данный фактор имеет большее значение, чем для мужчин. R. Meares [et al.] (1981), изучая сезонные колебания уровня суицидов, обнаружили, что у женщин эти колебания имеют полугодовую цикличность, в отличие от мужчин, у которых отмечается годовая цикличность данного показателя. Можно предполагать большую в сравнении с мужчинами роль аффективной патологии в формировании суицидального поведения у женщин, принимая во внимание, что аффективные расстройства, как известно, имеют два сезонных пика заболеваемости в течение года.

Одним из наиболее значимых факторов риска суицидального поведения является насилие над личностью, в особенности сексуальное. А. Roy и М. Janal (2006) склонны считать даже, что более высокая частота суицидальных попыток у женщин, в сравнении с мужчинами, может быть частично приписана большей распространенности неправильного сексуального обращения в детстве (сексуального насилия, развратных действий) по отношению к девочкам, чем по отношению к мальчикам. В связи с этим З. Р. Зулкарнеева (1992), исследуя суицидальное поведение женщин, ставших жертвами изнасилования, выделяет у них четыре разновидности суицидоопасных реакций: острые аффективные реакции, приводящие к суицидальному поведению в первые часы или дни после изнасилования; отставленные аффективные реакции с суицидальными действиями, реализующимися спустя несколько месяцев после изнасилования; протрагированные аффективные реакции с поздно реализующимися суицидальными действиями; демонстративно-шантажное суицидальное поведение.

Для лиц мужского пола, особенно подростков, специфическим фактором риска является повышенная конкуренция в референтной среде. С другой стороны, повышенная мотивация для достижения успеха может являться защитным фактором. По мнению S. В. Galligan [et al.] (2010), значение данных факторов определя-

ется, в первую очередь, наличием повышенной тревоги и негативного атрибутивного стиля. Учитывая значимость суицидальных копингов, закрепляющихся на уровне устойчивых поведенческих паттернов, S. A. Meehan [et al.] (2007) исследовали взаимосвязь таких форм поведения с суицидальными мыслями. Было отмечено, что у юношей существует корреляция между дисфункциональными стратегиями и суицидальными мыслями, однако у девушек такой зависимости выявлено не было.

По данным R. P. Ang (2006), при изучении анамнеза у подростков (89 юношей и 67 девушек 10–19 лет), погибших вследствие суицида, выявлялись три основных стрессогенных причины: проблемы межличностных отношений, семейные трудности и сложности в учебе. Значительно больше девушек имели межличностные проблемы по сравнению с юношами, в то время как семейные и учебные проблемы встречались одинаково часто.

При анализе взаимосвязи суицидальных попыток с избыточным весом и сексуальным насилием в анамнезе у 31 540 подростков было выявлено, что у девушек имеется связь избыточного веса с суицидальными попытками, в отличие от юношей. Связь сексуального насилия с суицидальной попыткой имела у обоих полов, при этом отмечался повышенный риск суицида у юношей с избыточным весом и сексуальным насилием в анамнезе (Anderson L. [et al.], 2014).

Ряд исследователей особое внимание уделяют степени интегрированности суицидентов в систему оказания психолого-психиатрической помощи. С. L. Williams [et al.] (2015) выявили, что девушки-суицидентки реже помещаются в психиатрическую больницу после суицида и быстрее выписываются. Однако было установлено, что вместе с тем девушки более часто обращаются в амбулаторную систему оказания помощи в связи с суицидальными мыслями, особенно если они были спровоцированы физическим или сексуальным насилием (Alleyne-Green B. [et al.], 2015). J. Langhinrichsen-Rohling (2009) считает, что девушки в целом чаще сообщают о своих суицидальных мыслях или попытках, в отличие от юношей, в связи с чем может происходить недоучет опасности суицидального риска у лиц мужского пола.

По мнению S. Park (2013), частое психологическое консультирование является косвенным показателем высокого суицидального риска у девушек в связи с высокой степенью их социально-психологической дезадаптации, а депрессия и стресс являются общими факторами риска для обоих полов. При оценке отношения

подростков к различным видам программ профилактики суицидального поведения, проводимых в системе школьного образования (образовательные программы, обучение персонала, скрининг учащихся), девушки более позитивно оценивали оказываемую помощь, чем юноши (Eckert T. [et al.], 2006). По-видимому, это связано с большей степенью открытости женского пола в выражении своего эмоционального состояния и способности принять помощь со стороны.

Имеющиеся в настоящее время сведения о половых различиях суицидального поведения представляются недостаточными для четкого понимания закономерностей, проявляющихся на всех уровнях функционирования индивида — биологическом, психологическом и социальном. Это свидетельствует о необходимости углубленного исследования данной проблемы для создания профилактических и реабилитационных программ, дифференцированных по половому признаку.

На современном этапе развития суицидологии как клинической дисциплины изучение суицидального поведения в выборочных группах населения является необходимой задачей, позволяющей спрогнозировать суицидальный риск и провести необходимые профилактические мероприятия на всех этапах оказания суицидологической помощи. Однако большинство работ затрагивают аспекты суицидального поведения, не дифференцируя категории населения относительно их половых, возрастных, этнических, социокультуральных и других особенностей.

Далее представлены результаты работы, которая является клиническим исследованием, проведенным в рамках программы сотрудничества Всемирной организации здравоохранения и Федерального государственного бюджетного учреждения «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» по профилактике суицидального поведения среди населения Российской Федерации.

Целью работы явилось изучение половых различий, социально-демографических, клинико-психопатологических, личностно-психологических характеристик и динамики суицидального поведения подростков, совершивших суицидальную попытку.

В исследовании были обобщены результаты 5-летних наблюдений, выполненных на базе отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (Пичиков А. А., 2015).

Исследование являлось открытым сравнительным проспективным с параллельными независимыми группами (мужской и женской). Всего было обследовано 89 подростков в возрасте от 14 до 17 лет включительно, 42 юноши и 47 девушек (средний возраст $15,6 \pm 1,1$ года). Одним из основных критериев включения являлось соответствие суицидальных действий дефиниции «суицидальная попытка» по определению рабочей группы ВОЗ (Bille-Brahe U. [et al.], 1998). Из исследования исключались подростки с аутоагрессивными действиями (самоповреждениями), которые не имели своей основной целью желание умереть.

В нашей работе мы говорили о половых различиях суицидального поведения, прекрасно понимая, что нельзя полностью идентифицировать как синонимичные понятия «пол» и «гендер». Вместе с тем половые особенности, а точнее биологическая предрасположенность, безусловно, определяли поведение подростка, формируя его гендерную идентичность (понимание своей принадлежности к мужскому или женскому полу), а в дальнейшем на основе этого понимания и гендерную роль, т. е. соответствие своего поведения разнообразным нормативным предписаниям и ожиданиям, предъявляемым обществом к мужскому и женскому поведению. И именно гендерная роль, с нашей точки зрения, является одним из основных векторов, определяющих практически всю совокупность характеристик суицидального поведения в рамках рассмотрения социальных и отчасти психологических аспектов поведенческих нарушений в рамках биопсихосоциальной парадигмы современной суицидологии. Однако, учитывая, что подростковый возраст является периодом становления и характеризуется разнообразными поведенческими флюктуациями, можно сказать, что значимость гендерной роли, несмотря на несомненное ее влияние, в меньшей степени, чем у взрослых, определяла особенности суицидального поведения.

В связи с особенностями работы отделения и невозможностью наблюдения острых и суицидоопасных пациентов, мы исследовали подростков, которые имели суицидальную попытку в анамнезе, совершенную не ранее одного и не более 6 мес. назад. При этом данный подход в изучении суицидентов позволял уменьшить влияние диссимуляции, которая является весьма значимой в ближайшем постсуицидальном периоде, в течение которого обычно наблюдаются и опрашиваются такие пациенты. Это позволило нивелировать значение токсических влияний препаратов у пациентов, которые совершали суицидальную попытку методом само-

отравления. Как показывает клинический опыт, данные пациенты практически на следующий день после нормализации состояния выписываются из токсикологических отделений, что абсолютно не способствует формированию доверительных отношений между врачом-исследователем и пациентом.

Таким образом, были созданы оптимальные условия, чтобы иметь возможность комплексно обследовать подростка, обратившегося за помощью в НИПНИ им. В. М. Бехтерева в связи с имеющимися психолого-психиатрическими проблемами. Оценка временного промежутка от одного месяца до полугода была связана с особой важностью данного периода, обозначаемого в литературе как поздний постсуицидальный. Также этот временной интервал позволял в полной мере восстановить обстоятельства, связанные с выраженностью суицидальных намерений, мотивами, причинами, потенциальной опасностью суицидального поступка, а также характеристиками раннего постсуицидального периода (до одного месяца).

С помощью социально-демографического, клиничко-анамнестического, клиничко-психопатологического и экспериментально-психологического методов (включая специализированные суицидологические шкалы) нами исследовались социальные, клиничческие и личностные характеристики подростков, связанные с риском суицидального поведения. Полученные данные сравнивались с результатами предыдущих исследований, и затем проводился анализ половых различий с выделением наиболее значимых факторов суицидального риска для юношей и девушек. На последнем этапе исследования был проведен логистический регрессионный анализ с составлением формулы, позволяющей прогнозировать суицидальный риск у юношей и девушек.

3.1. Социально-демографические характеристики

Социально-демографические факторы относятся к групповым факторам суицидального риска. Наиболее полное их описание дал в своей работе «Самоубийство» (1897) основоположник социологического подхода Э. Дюркгейм, который впервые исследовал взаимосвязи уровней суицидального поведения в зависимости от социально-экономических параметров функционирования различных сообществ, объясняя их степенью социальной интеграции индивидов и степенью социальной регуляции обществом поведения каждого из его членов. С его точки зрения, уровень суицидов

и суицидальных попыток не связан с внесоциальными индивидуально-психологическими причинами и «зависит от социальных причин, представляя собой коллективное явление, при этом в каждой социальной группе существует совершенно специфическая склонность к суициду».

В настоящее время к социально-демографическим (социально-средовым) факторам суицидального риска принято относить половозрастные и культуральные особенности индивидов, степень их социальной интегрированности и успешности (уровень образования, наличие трудовой занятости, степень финансового благополучия, качество жизни), особенности семейного функционирования и социальной поддержки (наличие и полнота семьи, ее дисфункциональность), доступность средств лишения себя жизни. Все больше современных исследователей суицидального поведения обращает внимание на сферу сексуального функционирования, в частности, на сексуальную самоидентификацию у подростков и сексуальную ориентацию у взрослых как один из факторов суицидального риска, тесно связанного с уровнем интеграции индивида вследствие своих сексуальных предпочтений и одобрения их обществом.

Немаловажной, по нашему мнению, является и оценка такого духовно-социального феномена, как конфессиональная принадлежность и религиозные убеждения подростка, которые могут иметь значительный защитный потенциал, даже на этапе формирования антивитальных переживаний и пассивных суицидальных мыслей.

С нашей точки зрения, выделение в литературе среди социально-демографических факторов тяжелых стрессовых событий (потеря близкого человека, пережитое физическое и сексуальное насилие) обоснованно частично, так как наиболее важной в данном случае является реакция индивидуума на данное событие, которая может выражаться в различных вариантах психических состояний (от расстройств адаптации до посттравматических стрессовых расстройств и тяжелых психотических депрессий). Поэтому в нашей работе мы рассматривали запускающие факторы («триггеры») суицидального поведения при анализе суицидологического анамнеза, а наличие психологического, физического или сексуального насилия — как явления, тесно связанные с формированием депрессии и пограничных психических расстройств у подростков (Lester D., 1992; Bhatta M. [et al.], 2014; Alleyne-Green B. [et al.], 2015; Hardt J. [et al.], 2015) при оценке их клинико-психопатологических особенностей.

Сравнительная характеристика возрастных различий. При анализе возрастных особенностей исследуемых подростков было отмечено, что суицидальная активность носит в целом равномерный характер, с некоторым усилением ее в 16 лет, когда общее количество суицидальных попыток у подростков составляло 29,2 %.

Сравнение возрастных показателей у подростков выявило преобладание девушек более раннего возраста (14 лет) по сравнению с юношами. Суицидальная активность у юношей имела возрастную динамику в виде равномерного увеличения количества суицидальных попыток с пиком в возрасте 17 лет. Напротив, у девушек имелись два пика суицидальной активности в возрасте 14 лет и в возрасте 16 лет. Возможно, что данные колебания у девушек связаны с влиянием особых преципитирующих факторов, носящих характер социальных воздействий (например, с учебной нагрузкой, связанной со сдачей аттестационных экзаменов в школе). Подобные размышления подтверждаются рядом исследований, которые вызывают увеличение суицидальной активности в определенные месяцы с интенсивностью социальной жизни и опосредованных ею конфликтов в узких когортах населения в дискретный промежуток времени (Крыжановская Л. А., 2000; Hassan R., 1994). При этом, по данным доклада ЮНИСЕФ «Смертность российских подростков от самоубийств» (2011), и у юношей, и у девушек максимум суицидов приходится на май и июнь, т. е. период выпускных экзаменов. У девушек, которые традиционно придают гораздо большее значение учебе и ее результатам, риск совершения суицидальных действий в такие периоды значительно возрастает. При этом средний возраст девушек и юношей статистически не различался и составлял $15,5 \pm 1,1$ и $15,7 \pm 1,1$ соответственно.

Сравнительная характеристика образовательного уровня и трудовой занятости. По данным нашего исследования, суицидальные попытки преобладали среди подростков, получающих общее (основное — до 9-го класса и среднее — 10–11-й класс) и профессиональное образование (начальное и среднее), они составляли 71,9 % от общего количества обследованных. При этом среди них чаще встречались учащиеся средних специальных заведений (профессионально-технические лицеи и колледжи), их доля составляла 40,4 %. На втором месте по частоте суицидальных попыток находились не работающие и не учащиеся подростки (19,1 %), реже всего совершали суицидальные попытки студенты вузов (9,0 %).

При анализе половых различий было выявлено, что среди девушек преобладали учащиеся общеобразовательных школ (42,5 %),

доля учащихся средних специальных заведений составляла 29,8 %. У юношей наблюдалось обратное распределение: учащиеся общеобразовательных школ — 19,0 %, учащиеся средних специальных заведений — 52,4 %.

Низкий уровень образования и отсутствие занятости на данном возрастном этапе создавали предпосылки к низкому социальному статусу, реакциям группирования с такими же сверстниками и возникновению социально-психологической дезадаптации. Возможно, социальная неуспешность изначально была связана с определенными характерологическими чертами, дезадаптирующими в конкурентной среде.

Сравнительная характеристика условий проживания. В нашем исследовании проводился анализ условий проживания подростков как фактора, который мог свидетельствовать о социальном неблагополучии, сложной семейно-бытовой обстановке или отсутствии семейной поддержки вследствие удаленности от места постоянного проживания (например, обучения в другом городе).

Большинство подростков проживали с родственниками (74,2 %), отдельно проживали 25,8 % респондентов. Юноши статистически достоверно чаще ($p < 0,05$) проживали отдельно от родственников по сравнению с девушками (35,7 и 17,0 % соответственно). Напротив, девушки, по сравнению с юношами, чаще проживали с родителями (83,0 и 64,3 % соответственно). В целом отмечалось неблагополучие в социально-бытовой сфере у подростков-суицидентов, только 42,7 % из них проживали в отдельной квартире или собственном доме. Большинство проживало в комнатах коммунальных квартир с родственниками (33,7 %), комнатах общежития (15,7 %) или в интернате (7,9 %). Отмечались статистически значимые ($p < 0,05$) половые различия у подростков: юноши проживали в менее благоприятных бытовых условиях коммунальных квартир (45,2 % юношей и 23,4 % девушек) и в интернатах (14,3 % юношей и 2,1 % девушек). Девушки чаще проживали в более благоприятных условиях с родственниками в отдельных квартирах (53,2 % девушек и 31,0 % юношей; $p < 0,05$) или в общежитиях (21,3 % девушек и 9,5 % юношей), как правило, по месту учебы.

Несмотря на большую самостоятельность юношей, в связи с проживанием отдельно от родителей, это в целом являлось причиной отсутствия социальной поддержки и формирования делинквентных компаний по месту проживания. Таким образом, проживание в менее благоприятных бытовых условиях более суицидально для юношей по сравнению с девушками.

Сравнительная характеристика структуры семьи. По данным многочисленных отечественных и зарубежных исследований (Амбрумова А. Г., 1978; Личко А. Е., 1983; Войцех В. Ф., 2002; Нечипоренко В. В., 2005; Drexelius N., 2008; Buhnick-Atzil O. [et al.], 2014; Marsanic V. [et al.], 2014), считается, что особенности семейного окружения оказывают значительное влияние на развитие ребенка, формирование у него адаптивных или неадаптивных паттернов поведения и в том числе оказывают влияние на суицидальное поведение как один из вариантов общеповеденческих реакций у подростков. В нашем исследовании структура семьи классифицировалась при наличии обоих родителей как полная семья; отсутствию одного из родителей (как правило, отца) — неполная семья; отсутствию обоих родителей (подросток временно проживал с ближайшими родственниками или в интернате) — сирота. Помимо этого, оценивался уровень доверительных и гармоничных отношений в полных и неполных семьях. При этом мы выделяли два типа семей: гармоничные, в которых члены семьи поддерживали подростка в значимых для него ситуациях, обладали умением понять и помочь ему в разрешении проблем; и дисгармоничные, где отношения характеризовались явной или скрытой агрессией и пренебрежением к потребностям подростка в поддержке и эмпатии.

В нашем исследовании практически в равной пропорции были представлены подростки из полных (50,6 %) и неполных (43,8 %) семей. При этом гармоничными можно было назвать только 13,5 % из них, а дисгармоничными — 80,9 %.

В силу особенностей воспитания сирот, которые находились на содержании в интернате, периодически посещая родственников, гармоничность семей ввиду их отсутствия не оценивалась (в исследовании было 5,6 % таких подростков). Были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) между юношами и девушками. В полных семьях воспитывалось 40,4 % девушек, в отличие от юношей, у которых полные семьи встречались в 61,9 % случаев. Соответственно, в неполных семьях воспитывались 57,5 % девушек и 28,6 % юношей. По нашему представлению, это может быть связано с определенной дисфункциональностью диады «мать — дочь» в связи с большей представленностью в таких семьях демонстративных черт и склонностью к аффективному реагированию не только у дочери, но и у самой матери. В отличие от такого стиля поведения для диады «мать — сын» был характерен пассивный уход от проблем с выраженной дистанцированностью от фигуры

родителя и склонностью к внутренней переработке конфликта у юношей. Это подтверждалось более частой представленностью дисгармоничных семей у девушек по сравнению с юношами (91,5 и 69,1 % соответственно; $p < 0,05$).

Таким образом, наши данные подтверждают значимость особенностей семейного окружения в проявлении суицидального поведения у подростков. При этом для девушек семейные дисфункции являются более значимыми, чем для юношей, область конфликтных отношений у которых смещена в другие области социальной коммуникации, в частности в сферу отношений со сверстниками в конкурентной среде.

Сравнительная характеристика социального статуса родителей. В нашем исследовании проводился анализ социального статуса родителей подростков. При этом статус определялся по наличию основного кормильца в семье, которым мог быть как мужчина при наличии жены-домохозяйки, так и женщина в семьях без отца. Как правило, семьи, где оба родителя не работали, являлись асоциальными, при этом взрослые в них часто алкоголизировались.

Социальный статус родителей определялся следующим образом: у 41,6 % подростков родители были служащими, у 33,7 % имели рабочие специальности, безработными на момент исследования являлись 19,1 % родителей. В 5,6 % случаев данные выяснить не удалось или родители были лишены родительских прав. Статистически достоверных половых различий выявить не удалось. Можно предположить, что социальный статус родителей не имел значимого влияния на суицидальное поведение у подростков. Однако отмечалась тенденция к преобладанию у юношей семей, в которых родители имели рабочие специальности (59,5 % юношей и 40,4 % девушек) или были безработными (26,2 % юношей и 12,8 % девушек).

Сравнительная характеристика типов воспитания и контроля в родительской семье. Особое влияние на формирование отклоняющихся форм поведения, в том числе саморазрушающего поведения и его крайней формы — суицидального, оказывают неправильные формы воспитания и контроля в родительской семье. В исследовании, согласно классификации А. Е. Личко (1977), мы выделяли следующие формы воспитания и контроля в семьях: гипопротекцию, доминирующую гиперпротекцию, потворствующую гиперпротекцию, эмоциональное отвержение, повышенную моральную ответственность, воспитание вне семьи.

При гипопротекции в семьях наблюдалось отсутствие контроля за поведением подростка, имелся недостаток внимания, заботы и руководства, истинного интереса родителей к делам своего ребенка, его волнениям, увлечениям. В крайних формах это выражалось в полном пренебрежении нуждами ребенка в первичных потребностях, питании, одежде. Иногда выявлялась скрытая гипопротекция, когда контроль за поведением и всей жизнью подростка как будто осуществлялся, но на деле отличался крайним формализмом.

Доминирующую гиперпротекцию мы отмечали, когда выявлялась чрезмерная опека, мелочный контроль за каждым шагом подростка. При этом имелись постоянные запреты, ограничение сферы деятельности ребенка, его самостоятельности. Данный вид гиперпротекции соотносится с авторитарным стилем воспитания, родитель зачастую является непререкаемым авторитетом, его воля в семье считается законом.

Семьи, в которых ребенок воспитывался по типу «кумира семьи», характеризовались не столько постоянным контролем, сколько чрезмерным покровительством. Ребенка не только освобождали от любых трудностей и неприятных обязанностей, но и непрестанно восхищались его способностями и талантами. Такие семьи мы относили к категории потворствующей гиперпротекции. При эмоциональном отвержении подросток постоянно ощущал, что им тяготеют, что он — обуза в жизни родителей. Особенно сильно это ощущалось в семьях, где рядом был кто-то другой — брат или сестра, обычно сводные, которые воспринимались мачехой или отчимом как более дорогие и любимые. Как крайний вариант эмоционального отвержения нами к этой категории относилось воспитание с физическими, несоразмерными вине, жестокими наказаниями или психологическим насилием.

О повышенной моральной ответственности можно было говорить в семьях, где родители питали слишком большие надежды в отношении будущего своего ребенка, его успехов и способностей. При этом они отчасти пытались реализовать в ребенке свои собственные, не воплотившиеся в реальность мечты.

По данным нашего исследования, подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (23,6 %) и эмоциональное отвержение (21,4 %). Реже встречались семьи с гиперпротекцией — доминирующей (16,8 %) и потворствующей (12,4 %), а также где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (6,7 %).

Нормальное воспитание было характерно всего лишь для 11,2 % семей. Подростки, воспитывающиеся в интернате, были отдалены от своих семей, а у некоторых их не было вовсе (7,9 %).

При анализе половых особенностей было выявлено наличие статистически значимых различий ($p < 0,05$) в представленности типов воспитания у юношей, для которых более характерным было воспитание по типу гипопротекции (35,7 % юношей и 12,8 % девушек) и воспитание вне семьи (14,3 % юношей и 2,1 % девушек), и у девушек, которые чаще воспитывались как «кумиры семьи» при потворствующей гиперпротекции (19,1 % девушек и 4,8 % юношей) или как «золушки» при эмоциональном отвержении (29,8 % девушек и 11,9 % юношей).

Таким образом, для юношей в большей степени была характерна дистанцированность от семьи. Свои потребности в общении, как правило, они реализовывали в группах таких же подростков, которые были предоставлены сами себе. При этом нередко эти группы формировались на основе склонности к делинквентному поведению, что на фоне общей безнадзорности служило причиной ранней алкоголизации и возрастания суицидального риска при конфликтных ситуациях, в разрешении которых, возможно, могла бы помочь нормальная семья. Для девушек более свойственной была тесная симбиотическая интеграция с семейным окружением при потворствующей гиперпротекции или потребность в такой связи при эмоциональном отвержении. У девушек чаще проявлялось суицидальное поведение как реакция на психологическое или физическое насилие в семьях, для которых были характерны такие формы поведения. Как правило, это были полные семьи с алкоголизирующим отцом и пассивно-подчиняемой матерью. Напротив, излишняя симбиотическая связь, чаще всего с матерью, способствовала формированию эгоцентричных подростков, привыкших быть всегда в центре внимания и получать все желаемое без излишних усилий. При фрустрирующих ситуациях, с которыми такие девушки неизбежно сталкивались, возникали суицидальные реакции «короткого замыкания», имевшие демонстративно-манипулятивный характер.

Сравнительная характеристика сексуальной самоидентификации. По данным зарубежной литературы (Garofalo R. [et al.], 1999; Botnick M. [et al.], 2002; Silenzio V. [et al.], 2009; Pineda Roa C., 2013), одним из наиболее важных факторов суицидального риска в подростковом возрасте является нетрадиционная сексуальная ориентация молодого человека и возникающие в связи с этим

проблемы личностно-психологического и социального характера. При этом риск суицидального поведения значительно возрастает в ситуациях, когда подросток слишком рано проявляет свою гомосексуальность открыто и в связи с этим подвергается преследованиям и насилию, пытается решить свои проблемы с помощью алкоголя и наркотиков или отвергается своими семьями из-за своей сексуальной ориентации.

В нашем исследовании были оценены представления подростков о своей сексуальной самоидентификации и влияние этих представлений на суицидальное поведение. Следует отметить, что мы исходили из понимания того, как подросток воспринимает сферу своего суицидального конфликта и включает ли он в нее проблемы, связанные со своей ориентацией, при сборе анамнеза подробно не касаясь области его сексуальной жизни и наличия сексуальных партнеров одного с ним пола. Мы рассматривали данные, полученные от респондентов, как свидетельство определенного экспериментирования (транзиторных расстройств) на этапе формирования психосексуальной ориентации, по крайней мере, у подростков до 16-летнего возраста.

Было выявлено, что большинство подростков как женского, так и мужского пола идентифицируют себя как гетеросексуалов — 92,8 % юношей и 76,6 % девушек. Статистически значимые различия ($p < 0,05$) были выявлены среди подростков, идентифицирующих себя как бисексуальных, — 2,4 % юношей и 14,9 % девушек, что, возможно, связано с большей открытостью девушек в выражении своих взглядов на себя и свои особенности и относительно более высокой степенью социальной приемлемости подобных отношений среди них в отличие от лиц мужского пола. Гомосексуальными себя считали 4,8 % юношей и 6,4 % девушек, разница не представлялась статистически значимой ($p > 0,05$). Для одной девушки, с ее слов, было характерно транссексуальное поведение с желанием поменять свой пол (1,1 %), при этом она не отмечала сексуального влечения ни к своему, ни к противоположному полу.

Только четыре бисексуальных девушки (8,5 %) обозначили свою сексуальную ориентацию как одну из причин суицидального поступка вследствие измены партнера или вследствие того, что один из партнеров узнал об особенностях сексуального поведения девушки и расстался с ней. Среди юношей, определивших таким же образом свою конфликтную сферу, выделялись двое юношей (4,8 %) с гомосексуальной ориентацией, которые связывали воз-

никновение суицидальных мыслей с неприятием окружающими (особенно родственниками) их особенностей.

Учитывая мнение Комитета экспертов ВОЗ (2007) о том, что в современном мире распространенность гомосексуализма составляет не менее 4 % в населении, мы считаем наличие данных подростков в исследовании обоснованным и даже несколько превышающим нормативные популяционные данные, вследствие большей представленности личностно-психологических проблем и конфликтных отношений с окружающими, желания экспериментировать не только с выбором сексуального партнера, но и с употреблением алкоголя или наркотических веществ, вследствие чего риск суицидального поведения возрастает. Возможно, такое сравнительно небольшое количество подростков с особенностями половой самоидентификации в нашей выборке по сравнению с зарубежными исследованиями связано с преувеличением значимости этой проблемы и ее культивированием в западном обществе. Можно также обосновать это низкой толерантностью российского общественного сознания не к лицам нетрадиционной ориентации вообще, а к попыткам пропаганды гомосексуализма, вследствие чего крайние формы такого поведения не проявляются, оставаясь на уровне транзиторного заострения феминных или маскулиных черт у юношей и девушек соответственно.

Сравнительная характеристика принадлежности к религиозным конфессиям и отношения к суициду. Одним из важных социально-духовных феноменов, оказывающих влияние на суицидальную активность человека, является религия. Под этим явлением мы понимаем специфическую форму культуры со своей системой ценностей, которая в значительной степени связана с морально-нравственными установками, с общепринятыми нормами и правилами поведения. Поскольку подросток в период становления личности еще не может четко определить свое видение мира и уложить его в рамки какой-либо мировоззренческой концепции, в том числе религиозной, необходимо понимать, что в этот период мы могли оценить лишь некоторое влияние представлений на поведение подростка, в том числе касательно его отношения к «убийству самого себя».

В нашем исследовании мы выделили традиционные религиозные учения, распространенные на территории Российской Федерации (православие, католицизм, протестантизм, иудаизм, ислам, буддизм). В отдельную группу были отнесены различные религиозные течения (баптизм, адвентизм, свидетели Иеговы и

т. д.). Также выделялись группы подростков, склонных считать себя атеистами, и подростки, которые затруднились ответить на вопрос о своей вере. После уточнения религиозной принадлежности был задан вопрос: «Остановит ли Вас в следующий раз от суицида Ваша вера?»

В нашем исследовании преобладали подростки, которые затруднялись высказаться о своей вере (46,0 %), при этом примерно половина из них (51,2 %) считали суицид «неправильным поступком», который не рассматривался ими как «грех» с точки зрения основных религиозных канонов, но примерно совпадал с ним по основным смыслообразующим понятиям. К православным себя причисляли 19,1 % подростков, из них 100 % считали суицид греховным поступком, но некоторые (29,4 %) могли бы совершить вновь суицид при невыносимых жизненных обстоятельствах. Подростки, относившие себя к католикам, протестантам (3,4 %), исповедующим ислам (4,5 %) и иудаизм (1,1 %), категорически отрицали возможность совершения суицидального акта в будущем, объясняя свои действия «скоропалительным решением и помрачением сознания».

Более толерантное отношение к суициду наблюдалось у подростков, относивших себя к буддизму (10,1 %). Восемь из них (88,9 %) демонстрировали очень поверхностное знание основных догматов буддизма, которые не одобряют суицид и считают его не столько грехом, сколько огромной ошибкой, бесконечно далеко отдаляющей человека от нирваны. Эти подростки, описывая в основном свои представления о возможности перерождения после смерти, в целом одобрительно рассматривали возможность совершения в будущем суицидального акта.

Незначительную категорию составляли подростки, которые относили себя к различным религиозным течениям (3,4 %). Как правило, такие подростки воспитывались в семьях, где кто-либо из ее членов уже состоял в какой-либо секте и способствовал ознакомлению с нею ребенка. Такие подростки не имели четкого понятия о греховности суицида и в целом представляли особую категорию лиц со специфическим мировоззрением, связанным с особенностями вероисповедания и нетерпимостью к любым другим религиозным конфессиям и течениям. Статистически значимых половых различий в вероисповедании найдено не было.

С нашей точки зрения, аспект религиозного мировоззрения в настоящее время играет значительную роль в более старшем возрасте у окончательно сформированной личности, которая при-

нимает на себя ответственность за свою жизнь и при этом, возможно, руководствуется основными принципами, изложенными в канонических текстах. У обследованных нами подростков чувство религиозной принадлежности создавало ощущение некой причастности к миру взрослых, при этом большая часть не могла раскрыть сути основных религиозных текстов, обрядов и традиций. Иногда религиозный фактор, как, например, в случае с буддизмом, у подростков играл разрешающую роль. По нашему мнению, рассматривая религию как антисуицидальный фактор, необходимо оценивать не только сам факт конфессиональной принадлежности, а прежде всего степень осмысления своего места в мире и собственной культуре у подростка.

3.2. Клинические и личностно-психологические характеристики

Сравнительная характеристика отягощенности наследственности психопатологией и завершенным суицидом. Отягощенность наследственности психопатологией выяснялась у ближайших родственников при сборе анамнеза. В ряде случаев получить достоверные данные не удавалось вследствие недостаточных или противоречивых сведений. Полученные данные о психической патологии у родственников позволили выделить следующие категории отягощенной наследственности — наличие в роду эндогенных расстройств (F20.0–F20.8, F25), пограничных расстройств (F60, F40–48), аффективных расстройств (F30–39), зависимости от алкоголя (F10). В связи с коморбидностью расстройств (например, наличием аффективного расстройства и зависимости от алкоголя) проценты высчитывались отдельно для каждого вида наследственных факторов. Отдельно выяснялось наличие завершенных суицидов у родственников первой линии родства.

По данным нашего исследования, отягощенность наследственности психопатологией у подростков не наблюдалась в 48,3 % случаев, в 11,2 % данные выявить не удалось. Наиболее часто встречались зависимость от алкоголя (23,6 %) и аффективные расстройства (21,4 %). Реже встречалась отягощенность пограничными (12,4 %) и эндогенными (6,7 %) расстройствами. В 6,7 % случаев у родственников первой линии родства имелся завершённый суицид. У девушек достоверно чаще встречалась ($p < 0,05$) отягощенность наследственности аффективными расстройствами. По остальным наследственным факторам значимых различий получено не было.

В целом эти данные подтверждают роль генетического фактора в формировании конституциональной предрасположенности («стресс-диатеза»), которая формируется благодаря наследственным факторам и приобретенной чувствительности (Mann J. J. [et al.], 1999; Wassermann D., 2001).

Сравнительная характеристика психических и поведенческих расстройств. В структуре верифицированных психических и поведенческих расстройств у подростков, обратившихся за помощью в отделение лечения психических расстройств у лиц молодого возраста НИПНИ им. В. М. Бехтерева в период от 1 до 6 мес. спустя после совершенной суицидальной попытки, преобладающими были расстройства адаптации (33,7 %), депрессивные расстройства (16,8 %), формирующиеся расстройства личности (13,5 %), тревожные расстройства (12,4 %), а также шизофрения и расстройства шизофренического спектра (шизотипическое и шизоаффективное расстройства) (11,2 %).

Были выявлены статистически значимые половые различия установленных психических и поведенческих расстройств ($p < 0,05$). Так, в мужской выборке чаще, чем в женской диагностировалась шизофрения и расстройства шизофренического спектра (19,1 % юношей и 4,3 % девушек), и, напротив, в женской чаще, чем в мужской диагностировались депрессивные расстройства (7,1 % юношей и 25,5 % девушек). Расстройства пищевого поведения не психотического характера были характерны только для девушек и встречались в 8,5 % случаев.

Помимо основного диагноза, подросткам выставлялись сопутствующие диагнозы психических расстройств при их наличии. Под сопутствующим диагнозом подразумевался диагноз, выставленный подростку на момент обращения, но не являющийся ведущим в клинике его психического расстройства.

У юношей статистически значимо ($p < 0,05$) чаще выставлялись сопутствующие диагнозы (35,7 %), в отличие от девушек, у которых сопутствующая патология диагностировалась в 12,8 % случаев. При этом чаще всего диагностировались расстройства, вызванные употреблением алкоголя (19,0 % юношей и 4,3 % девушек), и расстройства, вызванные употреблением наркотических средств (14,3 % юношей и 2,1 % девушек). Различия между юношами и девушками по этим показателям носили достоверный характер ($p < 0,05$).

Сравнительная характеристика уровня депрессии. При анализе депрессивных расстройств у детей, подростков и взрослых,

совершивших суицидальную попытку, выявляется, как правило, средний или высокий уровень депрессии. Однако в большинстве исследований, в которых оцениваются аффективные нарушения в ближайшем постсуицидальном периоде (в течение первой недели после совершения попытки), не учитывается влияние на состояние суицидентов стрессогенности попытки, токсического влияния препаратов, использовавшихся в случаях самоотравления, необходимости общаться с врачом, состоявшейся госпитализации в психиатрический стационар и множества других факторов, связанных непосредственно с суицидальной попыткой и изменившейся ситуацией. Данный подход скорее имеет целью предотвратить повторные суицидальные действия после попытки, выявляя один из наиболее важных факторов суицидального риска в виде депрессии, связанной в свою очередь с такими феноменами, как психалгия, чувство безнадежности и «туннельное сознание». Однако, учитывая возможность развития реактивной депрессии после суицидальной попытки, сложно ретроспективно обозначить влияние именно депрессивных переживаний на такое поведение. С нашей точки зрения, более перспективным является исследование склонности к формированию у суицидентов в позднем постсуицидальном периоде (от месяца до полугода) и в течение жизни такой формы нарушений, как подпороговые аффективные и тревожные расстройства и оценка их связи с рецидивированием суицидального поведения.

Пациенты с существенными функциональными отклонениями, которые не соответствуют полностью диагностическим критериям определенной нозологической группы, относятся к лицам, имеющим подпороговые расстройства (Judd L., Raparport M. [et al.], 1994). Большое количество современных исследований было сосредоточено на детской и подростковой подпороговой депрессии (Lewinsohn P. [et al.], 2000; Fergusson D. [et al.], 2005; Foley D. [et al.], 2006; Keenan K. [et al.], 2008; Klein D. [et al.], 2009). Некоторые из исследований выявили, что подпороговая депрессия увеличивает риск развития тяжелого депрессивного эпизода и связана с высоким суицидальным риском у подростков (Pine D. [et al.], 1999; Shankman S. [et al.], 2009). Несмотря на то, что высокий уровень коморбидности тревоги (особенно генерализированного тревожного расстройства), ее подпороговых форм и тяжелого депрессивного эпизода хорошо изучены и охарактеризованы (Wittchen H. [et al.], 1994; Kessler R. [et al.], 2005; Unick G. [et al.], 2009), в настоящее время существует всего несколько исследований подпорогового генерализированного тревожного расстройства среди

детей и подростков (Foley D. [et al.], 2006; Guberman C. [et al.], 2011; Nauta M. [et al.], 2012). По данным некоторых исследователей, распространенность подростковой подпороговой депрессии составляет от 10 до 26 % (Wittchen H. [et al.], 1998; Fergusson D. [et al.], 2005). Насколько нам известно, ни одно исследование не рассматривало распространенность подпорогового генерализированного тревожного расстройства среди молодежи, тогда как среди взрослых его распространенность составляет от 3,6 до 15,7 % (Carter R. [et al.], 2001; Rucci P. [et al.], 2003).

Психические расстройства, особенно тяжелый депрессивный эпизод, являются основными факторами риска суицидального поведения. При этом у подростков коморбидность аффективной патологии, в особенности с тревожными расстройствами, увеличивает риск суицидального поведения (Wunderlich U. [et al.], 1998). D. Foley [et al.], (2006), обследовав детей и подростков от 9 до 16 лет, обнаружил, что уровень распространенности психических расстройств и суицидов был значительно выше среди лиц с подпороговой депрессией и тревогой. По данным исследовательского проекта «Сохранение и расширение жизненных возможностей подростков в Европе» (SEYLE), в котором участвовали 12 395 подростков из 11 европейских стран, подпороговая депрессия, как и подпороговая тревога, являются очень распространенными среди подростков и ассоциируются с возрастающей частотой развития более тяжелых психических расстройств и риском самоубийства (Balazs J. [et al.], 2013).

Имеющиеся данные свидетельствуют о необходимости более дифференцированного подхода к диагностике депрессивных и тревожных расстройств у подростков в силу наличия среди них группы «невидимого риска» с подпороговыми депрессивными и тревожными расстройствами. Это необходимо для профилактики развития выраженных психических расстройств и состояния стресса, особенно если оно связано с суицидальным поведением.

В нашем исследовании оценка и сравнение уровня депрессии у юношей и девушек проводилась при помощи шкалы самооценки депрессии Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale, ZDRS; Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю., 1995), исходя из гипотезы, что на степень суицидального риска влияет выраженность депрессивного состояния. Шкала Цунга предназначена для самооценки депрессии и широко применяется в психиатрической практике. На основе факторного анализа измеряется 7 параметров: чувство душевной опустошенности, изменение настроения, соматические и

психомоторные симптомы депрессии, суицидальные мысли и раздражительность. Шкала включает 20 пунктов, каждый из которых определяет субъективную частоту (от никогда до почти всегда или постоянно) симптомов депрессии. В результате определяется уровень депрессии, который колеблется от 20 до 80 баллов. Если определяется не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии, от 50 до 59 баллов — легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, от 60 до 69 баллов — субдепрессивное состояние или маскированная депрессия, более 70 баллов — истинное депрессивное состояние. Нами были определены средние значения и среднеквадратичное отклонение уровня депрессии отдельно у юношей и девушек.

При оценке результатов, полученных в ходе исследования, было выявлено наличие в среднем минимальной депрессии в обеих группах. При сравнении уровней депрессии между респондентами мужского и женского пола были получены статистически значимые различия ($p < 0,05$). Было выявлено преобладание депрессивного фона у девушек по сравнению с юношами ($57,30 \pm 10,45$ и $53,81 \pm 9,86$ соответственно).

В связи с высокой коморбидностью тревоги и депрессивных нарушений нами был проведен анализ различных видов тревоги у подростков отдельно.

Сравнительная характеристика выраженности психопатологической симптоматики. Для психометрического шкалирования формализованной оценки психопатологических нарушений использовался симптоматический опросник SCL-90-R (Symptom Check List 90 Revised; Derogatis L. R., 1975). Данный опросник является клинической тестовой и скрининговой методикой, предназначенной для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. В ранее проведенных исследованиях было показано, что отмечается зависимость от выраженности дистресса, определяемого при помощи оценочных шкал SCL-90-R, и уровня суицидальной активности у подростков (Swedo S. [et al.], 1991; Miotto P. [et al.], 2003; Park H. [et al.], 2005).

SCL-90-R включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал. Каждый из 90 вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 — «очень сильно». Опросник содержит 9 симптоматических шкал (соматизации, враждебности, психотизма и т. д.) и 3 оценочных шкалы (общий индекс тяжести симптомов — GSI; индекс симптоматического дистресса — PTSD; общее число утвердительных

ответов — PST). Индекс GSI является наиболее информативным показателем, отражающим уровень психического состояния индивида. Данный индекс является лучшим индикатором текущего состояния и глубины расстройств, и его следует использовать в большинстве случаев, где требуется обобщенный единичный показатель (Тарабрина Н. В., 2001). Результат по шкале GSI считается как среднее арифметическое значение всего теста, то есть сумма баллов всех вопросов, деленная на 90.

При анализе половых особенностей были выявлены статистически достоверные различия ($p < 0,05$) в выраженности общего индекса тяжести симптомов у подростков. У юношей индекс был выше и составлял $1,21 \pm 0,54$, для девушек был характерен более низкий уровень, составлявший $1,08 \pm 0,31$. Это в целом соответствует полученным ранее данным о большей выраженности психопатологической симптоматики у юношей-суицидентов по сравнению с девушками.

Сравнительная характеристика подростков по частоте обращения за специализированной психолого-психиатрической помощью. Учитывая тот факт, что некоторые подростки обращались за помощью в наше отделение не в первый раз, нами был проведен анализ обращаемости подростков в связи с психологическими или психиатрическими проблемами к специалистам.

Было выявлено, что ранее консультативную помощь психиатра/нарколога получали 64,0 % подростков. К психологу/психотерапевту обращались 51,7 % подростков. Не обращались к специалистам всего 20,2 % подростков. Юноши чаще консультировались у психиатров/наркологов по сравнению с девушками (73,8 и 55,3 %), однако различия не явились статистически значимыми. Девушки получали консультативную помощь у психологов/психотерапевтов достоверно чаще ($p < 0,05$), чем юноши (63,8 и 38,1 % соответственно).

Сравнительная характеристика наличия в анамнезе психологического, физического и сексуального насилия. Исходя из многочисленных литературных данных (Bossarte R. [et al.], 2008; Gokce I. [et al.], 2013; Anderson L. [et al.], 2014; Devries K. [et al.], 2014; Bhatta M. [et al.], 2014; Bottino S. [et al.], 2015), свидетельствующих о влиянии на суицидальное поведение подростков психологического, физического и сексуального насилия, в исследовании мы провели опрос респондентов на наличие в анамнезе всех трех видов насилия.

Было выявлено преобладание психологического насилия над подростками (77,5 %). Такие подростки подвергались психологи-

ческому давлению, угрозам, вербальным издевательствам, оскорблениям и другим формам нефизической агрессии. Физическому насилию (побои, физические издевательства, недостаточный уход в детстве и т. п.) подвергались 64,0 % подростков. О сексуальном насилии (изнасилование, попытка изнасилования, развратные действия) сообщили 14,6 % респондентов, но можно предположить, что эти данные не являются полными.

Были получены статистически значимые различия в подверженности насилию ($p < 0,05$) у юношей и девушек. У девушек в анамнезе чаще имелось психологическое (87,2 % девушек и 66,7 % юношей) и сексуальное насилие (23,4 % девушек и 4,8 % юношей). Юноши достоверно чаще подвергались физическому насилию (80,9 % юношей и 48,9 % девушек).

В настоящее время в связи с достаточно частым использованием средств виртуальной коммуникации среди подростков возникают и новые формы агрессии. В частности, все большее распространение получает так называемый кибербуллинг (кибермоббинг), когда подросток подвергается оскорблениям со стороны референтной группы, определившей его в качестве «жертвы». Такой подросток подвергается социальной изоляции, домогательствам, получает прямые угрозы физической расправы или о нем распространяются различные слухи и домыслы.

Данный вид агрессии со стороны одноклассников или референтной группы часто описывался исследуемыми подростками и порой играл значительную роль в формировании суицидальных тенденций и в итоге совершении суицидального поступка. Особое значение кибербуллинг приобретал для подростков, которые характеризовались низким уровнем социальной коммуникации и особой чувствительностью к неприятию со стороны окружающих.

Сравнительная характеристика видов аддиктивного поведения. Под аддиктивным поведением мы понимаем одну из форм деструктивного поведения, стремление уйти от реальности путем изменения своего психического состояния приемом некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), сопровождающихся развитием интенсивных эмоций. В связи с частым сочетанием в рамках саморазрушающего поведения аддиктивных расстройств и суицидального поведения нами были проанализированы основные виды химических и нехимических зависимостей у подростков. Особое место среди нехимических аддикций у подростков играла компьютерная зависимость и, в частности, та-

кой специфический ее вид, как online-игры с денежным взносом. Высокий суицидальный риск при игровой зависимости отмечали многие исследователи. По имеющимся литературным данным, от 13 до 20 % патологических игроков совершают попытки самоубийства, а у 48–70 % отмечаются суицидальные мысли (Frank M. [et al.], 1991; Thompson W. [et al.], 1996; Petry N. M., Kiluk B. D., 2002; Kausch O., 2003).

По данным нашего исследования, среди химических зависимостей у подростков наиболее часто встречалось табакокурение (51,7 %), причем большинство подростков на момент опроса курили более года. Неоднократное употребление алкоголя встречалось в 24,7 % случаев. В данной ситуации еще нельзя было говорить о сформировавшейся алкогольной зависимости, хотя клинический опыт подсказывал, что у некоторых из таких подростков в дальнейшем она могла проявиться. Достоверно чаще ($p < 0,05$) злоупотребление алкоголем встречалось среди юношей (35,7 % юношей и 14,9 % девушек). Среди наркотических средств чаще всего подростки употребляли производные каннабиса (19,1 %), реже использовались амфетамины (5,6 %) и ингаляции токсических веществ (5,6 %). Среди юношей статистически значимо ($p < 0,05$) преобладали аддикты, склонные к употреблению производных каннабиса (28,6 % юношей и 10,6 % девушек). Всего в двух случаях (2,3 %) имелись инъекции наркотических веществ (героин), причем в обоих случаях только у юношей. Учитывая значительный аддиктивный потенциал героина и особенности таких подростков, данная форма употребления ПАВ, пусть и однократная, также учитывалась нами. У некоторых подростков наблюдалась полиаддикция, когда имело место частое употребление алкоголя и наркотических средств.

Среди нехимических зависимостей у подростков можно было диагностировать компьютерную аддикцию в 31,5 % случаев. Мы не разделяли компьютерную зависимость на игровую, интернет-зависимость, интернет-серфинг и прочие виды, которые встречаются в литературе, в силу их схожести и нередко сочетаемости, однако выделили специфический, с нашей точки зрения, вариант в виде зависимости от online-игр, которые порой требовали значительных финансовых затрат, а связанные с этим денежные долги способствовали формированию суицидальных тенденций. Данный вариант встречался среди подростков в 5,6 % случаев и был характерен только для юношей (11,9 %), что являлось статистически значимым различием при их сравнении с девушками ($p < 0,05$).

В связи с тем, что данные злоупотребления носили порой нестойкий характер, в качестве дополнительного диагноза в историю болезни шифр выставлялся не всегда. Особое значение играло дальнейшее наблюдение наркологом, в данных случаях выставлялись следующие диагнозы: 19,0 % юношей и 4,3 % девушек — расстройство, вызванное употреблением алкоголя; 14,3 % юношам и 2,1 % девушкам — расстройство, вызванное употреблением наркотических веществ.

Сравнительная характеристика девиантного поведения.

При анализе девиантного поведения у подростков мы исходили из понимания широкой интерпретации этого понятия, включающего в себя целый спектр поведенческих нарушений. Обобщая разные типологии поведенческих девиаций, Е. В. Змановская (2004) выделяла следующие формы подобного поведения: анти-социальное (делинквентное) — противоречащее правовым нормам; асоциальное (аморальное) поведение — уклоняющееся от выполнения морально-нравственных норм, и аутодеструктивное (саморазрушительное) поведение (суицидальное, фанатическое, аутическое, рискованное поведение, пищевая зависимость, химическая зависимость и т. д.). Мы выделили основные формы девиантных форм поведения, которые не рассматривались нами в предыдущих разделах и чаще других форм встречались у подростков в данной возрастной категории. К ним мы отнесли: уходы из дома (включая склонность к бродяжничеству), промискуитет, воровство, склонность к рисковому поведению и физическому насилию. Непосредственно суицидальное и самоповреждающее поведение, химические и нехимические аддикции анализируются нами в других разделах. Грубых противоправных нарушений и судимостей у изучаемых нами подростков не было, однако выявлялись устойчивые поведенческие паттерны личности, отклоняющиеся от наиболее важных социальных норм, причиняющие реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающиеся социальной дезадаптацией, что соответствовало понятию девиантного поведения.

В некоторых случаях наблюдалась дромомания, т. е. импульсивное влечение к побегам из дома, скитанию и перемене мест. Можно было говорить о склонности к фиксации такого вида поведения, когда на первом этапе уходы были связаны с конфликтами в среде проживания, а затем становились безмотивными, неожиданными, носили характер импульсивных. Такое поведение выявлялось у 20,2 % подростков, при этом уходы из дома

были более характерны для юношей, чем для девушек (30,9 и 10,6 % соответственно), что являлось статистически значимым различием ($p < 0,05$).

Под промискуитетом у подростков мы имели в виду беспорядочные половые связи со многими партнерами. При этом такие подростки заметно отличались от других тем, что у них отсутствовала какая-либо привязанность к партнерам, а интимная связь, помимо удовлетворения физической потребности, носила характер самоутверждения в группе и своеобразного коллекционирования. Даже имея одного постоянного партнера, они могли иметь еще 2–3, а смена полового партнера происходила без особых личных переживаний. Таким образом, оценивалось в первую очередь не количество партнеров, а особенности формирования межличностных отношений, связанных с сексуальной сферой взаимодействия. Данная форма поведения была свойственна 28,1 % подростков, статистически значимых различий между группами юношей и девушек получено не было.

Воровство у подростков чаще всего было связано с кражами из дома (обычно денежных средств у родителей) или у своих сверстников. Редко наблюдались магазинные кражи, которые были связаны с непреодолимым желанием владеть украденной вещью. При воровстве из магазинов можно было говорить о кражах «на спор» или «из престижа», когда подросток пытался самоутвердиться в группе. Значимым фактором являлось ощущение возбужденности, возбуждения перед самой кражей, что в итоге могло приводить к аддиктивным формам рискованного поведения и формированию kleptomанических нарушений. Воровство как одна из форм делинквентного поведения встречалось у 38,2 % подростков, статистически значимых различий между группами юношей и девушек получено не было.

Склонность к физическому насилию у подростков характеризовала определенные паттерны поведения в целом. Для таких лиц была характерна импульсивность, вербальные и косвенные формы агрессии, сложности в разрешении межличностных конфликтов. Причем хорошая физическая форма была необязательной: порой драки у таких подростков происходили с заведомо более сильным партнером или даже с группой лиц. Особой жестокостью отличались драки у девушек, которые обычно происходили при скоплении сверстников. Подростки, склонные к физическому насилию, могли наносить различного вида повреждения, в том числе и своим родителям, братьям и сестрам. Физическое насилие было ха-

рактарно для 35,9 % подростков, при этом оно было более свойственно юношам, чем девушкам (52,4 и 21,3 % соответственно), что являлось статистически значимым различием ($p < 0,05$).

Несмотря на то что при всех перечисленных видах девиантно-го поведения можно было говорить об определенном риске (опасность при нахождении в незнакомых местах при бродяжничестве, отсутствие предохранения при промискуитете, возможность быть пойманным и наказанным при воровстве, драка с заведомо более сильным партнером и т. д.), мы выделяли отдельно группу подростков, для которых было характерно снижение инстинкта самосохранения, ведущее к опасному поведению, в том числе имеющему летальный потенциал. Причем в большинстве случаев такое рисковое поведение проявлялось часто в группе подростков (реакция группирования), отсутствуя нередко у каждого в отдельности. Учитывая особенности возраста и ограниченность вхождения в профессиональные группы, связанные с экстремальными видами спорта, у подростков встречались неформальные группы, связанные с залезанием на крыши высотных зданий (руфинг), проникновением на заброшенные объекты, стройки или подземные сооружения (сталкерство), совершением поездок на крышах или на различных выступах вагонов железнодорожных поездов или других видов общественного транспорта (трейнсерфинг). Нами учитывалось рисковое поведение как производное различных форм девиантного поведения, участие в экстремальных видах спорта (скейтбординг, бейсджампинг, агрессивное катание на роликовых коньках) и специфические формы «опасного поведения» (руфинг, сталкерство, трейнсерфинг). По данным нашего исследования, рисковое поведение среди подростков выявлялось в 59,6 % случаев. Отмечались статистически значимые различия ($p < 0,05$) в частоте такого поведения у юношей и девушек (73,8 и 46,8 % соответственно).

Таким образом, для юношей в большей степени, чем для девушек, были характерны проявления девиантного поведения в виде склонности к уходам из дома и бродяжничеству, реализация гетероагрессии при помощи физического насилия и тяга к рисковому поведению, связанному, в том числе, и с опасностью для жизни.

Сравнительная характеристика акцентуаций характера. В подростковом возрасте от типа акцентуации характера в значительной мере зависят особенности поведения в самых разных условиях и под влиянием различных обстоятельств (Личко А. Е., 1983). По многочисленным литературным данным, акцентуации

характера у подростков имеют определенное влияние на проявления у них суицидального поведения. Патохарактерологическое исследование проводилось при помощи Патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) с усовершенствованной процедурой обработки результатов (Личко А. Е., Иванов Н. Я., 2001).

По данным нашего исследования, было выявлено преобладание ряда акцентуаций характера у подростков. При этом выделялись основные типы акцентуаций с возможным сопутствующим заострением тех или иных характерологических черт (в основном истероидных, неустойчивых и эпилептоидных). Среди обследуемого контингента были выявлены 57 подростков (64,0 %) с явными акцентуациями характера (скрытые не учитывались), в то время как популяционные исследования показывают, что среди подростков выявляются явные акцентуации в 31,0 % случаев, а скрытые — в 11,0 % (Личко А. Е., 1983). Наиболее часто у подростков встречались эпилептоидный (13,5 %), истероидный (12,4 %), циклоидный (10,1 %), эмоционально лабильный (9,0 %) и сенситивный (7,9 %) типы. Практически не встречались гипертимный (2,2 %), психастенический (2,2 %) и шизоидный (1,1 %) типы, хотя в некоторых случаях отмечалось заострение этих черт у подростков при ведущей акцентуации характера.

При анализе половых различий было выявлено статистически достоверное преобладание ($p < 0,05$) эмоционально лабильного типа акцентуации характера у девушек (14,9 %) по сравнению с юношами (2,4 %). У юношей статистически чаще ($p < 0,05$) встречался эпилептоидный тип акцентуации характера (21,4 %) по сравнению с девушками (6,4 %).

Для эпилептоидов были характерны суицидальные попытки, характеризовавшиеся внезапным сильным аффектом, особенно часто на фоне алкогольного опьянения. Причем суицидальные действия у таких подростков имели достаточно высокую потенциальную летальность. Истероиды характеризовались в большей степени демонстративностью, нарочитостью своих действий: при достижении намеченных целей в изменении ситуации суицидальные тенденции редуцировались. Подростки с циклоидной акцентуацией совершали суицидальные действия в субдепрессивной фазе, когда нарастали апатия, раздражительность, желание уединиться. В такие моменты на фоне конфликта в ближайшем микро-социальном окружении возникали острые аффективные реакции интрапунитивного типа. Такие реакции также были характерны для эмоционально лабильных подростков, у которых наблюдалась

крайняя изменчивость настроения. При сенситивной акцентуации характера подростки значительно отличались от других типов наличием постоянных пассивных суицидальных мыслей, которые могли периодически активизироваться и перетекать в суицидальные тенденции, особенно при негативном отношении окружающих и накапливающимся конфликтах в коммуникативной сфере. Суицидальные действия таких подростков были лишены демонстративности и характеризовались потенциальной опасностью для жизни.

Сравнительная характеристика уровней и проявлений тревоги. В связи с тем, что феномен тревоги играет значительную роль в клинике кризисных состояний и суицидального поведения, нами была предпринята попытка исследовать различные проявления тревоги у подростков и их уровни. Для этого использовалась методика «Многомерная оценка детской тревожности» (Ромицына Е. Е., 2006).

При оценке результатов уровней тревоги было выявлено преобладание всех видов тревоги у девушек, за исключением «тревоги в отношениях с родителями» ($4,76 \pm 0,31$ у юношей и $4,19 \pm 0,53$ у девушек).

Были получены статистически значимые различия ($p < 0,05$) между уровнями тревоги у юношей и девушек по шкалам: «Общая тревожность» ($2,86 \pm 0,28$ по сравнению с $4,23 \pm 0,46$), «Тревога, связанная с оценкой окружающих» ($4,08 \pm 0,36$ по сравнению с $5,58 \pm 0,62$), «Тревога, связанная с успешностью в обучении» ($2,31 \pm 0,44$ по сравнению с $3,87 \pm 0,46$), «Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний» ($4,23 \pm 0,29$ по сравнению с $6,34 \pm 0,65$), «Снижение психической активности, обусловленное тревогой» ($3,87 \pm 0,42$ по сравнению с $5,56 \pm 0,37$), «Повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой» ($3,12 \pm 0,50$ по сравнению с $4,57 \pm 0,41$).

Таким образом, у девушек достоверно преобладали практически все виды тревоги по сравнению с юношами, за исключением той тревоги, которая определялась отношениями с окружающими, вне зависимости от того, с кем они были связаны — со сверстниками, учителями или родителями. Помимо этого, девушки характеризовались более высоким уровнем выраженности психовегетативных реакций и астении, которые отражали уровень реагирования на тревожный фактор и снижали приспособляемость подростка к ситуациям стрессогенного характера, что, в свою очередь, способствовало повышению риска совершения суицидальной попытки.

3.3. Суицидологический анамнез и характеристики суицидальных попыток

Сравнительная характеристика количества ранее имевшихся суицидальных попыток и наличия самоповреждающего поведения в анамнезе. Одним из наиболее достоверных показателей риска завершеного самоубийства у подростков являются предшествующие попытки суицида. Некоторые зарубежные авторы отмечают, что у лиц с уже имевшимися суицидальными попытками наблюдается 20–30-кратное увеличение риска самоубийства по сравнению с общей популяцией (Wasserman D. [et al.], 2010). Согласно американским исследованиям, от 1 до 3 % лиц, совершивших суицидальную попытку, погибают в результате суицида в течение первого года, около 9 % — в течение следующих 5 лет, и около 11 % — спустя 5 лет после суицидальной попытки (Sakinofsky I., 2000).

В исследовании при сборе анамнестических сведений особое внимание уделялось информации, касающейся предыдущих суицидальных попыток или наличия самоповреждающего поведения.

По данным нашего исследования, у 46,1 % подростков преобладали первичные суицидальные попытки, в 32,6 % случаев это была вторая попытка, и у 21,3 % наблюдались многократные суицидальные попытки (более трех). Преднамеренные самоповреждения, т. е. самоповреждения, которые наносил себе подросток намеренно и осознанно, но без желания умереть, выявлялись в анамнезе в 35,9 % случаев.

Статистически значимые различия были получены ($p < 0,05$) между группами исследования по количеству первичных попыток (66,7 % юношей и 27,7 % девушек), повторных попыток (21,4 % юношей и 42,5 % девушек) и многократных попыток (11,9 % юношей и 29,8 % девушек). Большая представленность повторных суицидентов среди девушек связана с более ранним возрастом начала суицидальных проявлений у женского пола по сравнению с мужским и нередко их демонстративным характером. Таким образом, у юношей чаще встречались первичные попытки, а у девушек чаще наблюдались повторные и многократные суицидальные попытки. Также для девушек было более свойственно самоповреждающее поведение в анамнезе, которое встречалось в 46,8 % случаев, в отличие от юношей, наносящих самоповреждения в 11,9 % случаев. Как правило, подобные самоповреждения носили характер порезов на предплечьях и голенях у обоих полов.

Сравнительная характеристика возраста совершения первой суицидальной попытки. Манифестация суицидальной активности у обследованных подростков наблюдалась в 14–15-летнем возрасте, когда количество первичных суицидальных попыток отмечалось на уровне 39,3 % с некоторым уменьшением к возрасту 16–17 лет, когда первичные суицидальные попытки совершались 33,7 % подростков. При этом на момент обследования наибольшую представленность имели подростки 16 лет — 29,2 %, что связано с тем, что некоторые из них имели в анамнезе уже несколько суицидальных попыток.

В меньшей степени характерной для подростков была манифестация суицидальных попыток в возрасте до 14 лет: подростки совершали первичные суицидальные попытки до 12 лет в 9,0 % и в возрасте 12–13 лет — в 18,0 % случаев. У обоих полов пик манифестации суицидальной активности приходился на возраст 14–15 лет (47,6 % юношей и 31,9 % девушек), однако возраст совершения первой суицидальной попытки оказался достоверно меньше у девушек по сравнению с юношами ($p < 0,05$). В возрасте младше 12 лет первую суицидальную попытку совершали 14,9 % девушек и 2,4 % юношей, в возрасте 12–13 лет — 25,5 % девушек и 9,5 % юношей.

Наши данные в целом соответствуют основным представлениям о периодизации развития в подростковом возрасте, неравномерности протекания процесса взросления и манифестации психологических и психических проблем в зависимости от пола.

Сравнительная характеристика количества госпитализаций в психиатрический стационар в связи с суицидальным поведением. По данным нашего исследования, 49,4 % пациентов обоих полов не госпитализировались в психиатрический стационар в связи с суицидальными попытками или угрозами в анамнезе. При наличии вреда для здоровья при совершении суицидальной попытки у таких подростков все ограничивалось посещением травматологического пункта или краткосрочной госпитализацией в токсикологический центр. Подростки с двумя госпитализациями встречались в 23,6 %, с одной — в 19,1 % случаев. Достаточно редко (7,9 %) встречались подростки с частыми госпитализациями в психиатрический стационар (от трех и более).

С одинаковой частотой встречались в анамнезе у юношей и девушек однократные госпитализации (по 19,1 %). Юноши чаще имели 3 и более госпитализации по сравнению с девушками (11,9 и 4,3 % соответственно). Статистически значимые различия

($p < 0,05$) были получены при анализе половых различий в наличии суицидальных угроз или попыток без госпитализации. Девушки чаще избегали стационарирования в связи с подобными формами суицидального поведения (61,7 и 35,7 % соответственно). Также статистически достоверные различия были получены у юношей и девушек, имевших две госпитализации в анамнезе (33,3 и 14,9 % соответственно).

Таким образом, для юношей в большей степени было характерно преобладание количества госпитализаций в психиатрический стационар. Связано это было с уровнем соматической тяжести суицидального акта, который оценивался врачом первичного контакта, а также актуальным психическим состоянием, на момент осмотра определявшим суицидоопасность подростка. У девушек же чаще встречались краткосрочные консультации с врачами-дежурантами или госпитализации в токсикологические стационары, после которых они отправлялись домой в сопровождении взрослых. Возможно, также это было связано с более щадящим отношением к девушкам-подросткам, когда суицидальные угрозы или даже поступок расценивались как проявления демонстрации, и в данном случае госпитализация служила крайним способом повлиять на «трудного» подростка и откладывалась на потом.

Сравнительная характеристика выраженности суицидальных намерений в пресуицидальном периоде. Оценка уровня суицидальных намерений у подростков осуществлялась ретроспективно при помощи шкалы суицидальных интенций Пирса (Pierce Suicide Intent Scale) (D. W. Pierce, 1977) (Приложение 3). К понятию «интенция» мы относили результирующую множественных характеристик суицидального поведения в пресуицидальном периоде (изоляция, возможность вмешательства, летальность способа, подготовка и т. д.), которые в целом свидетельствовали об определенном уровне суицидальных намерений. При этом выделялись три уровня выраженности суицидальных намерений (низкий, средний и высокий), определяющие степень опасности для жизни.

При анализе выраженности суицидальных намерений у подростков преобладали лица с низким и средним уровнем (48,3 и 39,3 % соответственно). Подростки с высоким уровнем суицидальных намерений составляли всего 12,4 % от общей выборки. При анализе половых различий были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$). Для девушек более характерным был низкий уровень (59,6 %), реже встречался средний уровень (35,7 %) намерений. У юношей отмечалось обратное распределение — низ-

кий уровень намерений наблюдался в 35,7 %, а средний — в 52,4 % суицидальных попыток. Высокий уровень суицидальных намерений был не характерен для обоих полов и встречался в 11,9 % случаев у юношей и в 12,8 % случаев у девушек.

Таким образом, у юношей наблюдалась большая частота суицидальных действий, которые могли привести к летальному исходу в связи с более выраженным намерением умереть, по сравнению с девушками, для которых в большей степени были характерны импульсивные действия с меньшей уверенностью в летальности выбранного способа суицида и меньшей выраженностью желания умереть, а также, возможно, с меньшей решительностью в осуществлении своего намерения.

Сравнительная характеристика типов суицидальных попыток. В нашем исследовании суицидальные попытки были разделены на следующие типы: аффективные, демонстративные и истинные (Личко А. Е., 1983). При анализе общего количества суицидальных попыток у подростков было выявлено преобладание аффективных суицидальных попыток (50,6 %) по сравнению с демонстративными (28,1 %) и истинными (21,3 %).

В обеих группах исследования преобладал аффективный тип суицидальных попыток (52,4 % юношей и 48,9 % девушек). По частоте встречаемости демонстративных суицидальных попыток были получены статистически значимые различия ($p < 0,05$) в группах юношей и девушек (16,7 и 38,3 % соответственно), что может свидетельствовать о большей демонстративности суицидального поведения у девушек, которое закрепляется как один из вариантов копинг-поведения и в дальнейшем может служить формой подосознательной манипуляции с рентными установками. В группе юношей достоверно чаще ($p < 0,05$) наблюдались истинные суицидальные попытки (30,9 %) по сравнению с девушками, где такой тип попыток был диагностирован только в 12,8 % случаев.

Сравнительная характеристика способов суицидальных попыток. При анализе способов суицидальных попыток у подростков мы следовали рекомендациям МКБ-10 (1994), которая определяет и шифрует их при помощи дополнительного кода X «преднамеренное самоповреждение путем отравления и травмирования», выделяя несколько категорий (X60–84). Некоторые из них мы использовали в нашей работе: самоотравление лекарственными или наркотическими средствами (X62, X64); преднамеренное самоповреждение посредством острого предмета (X78), путем повешения или удушения (X70), путем прыгивания с высоты

(X80), путем прыжка под движущийся объект (X81). Отдельно мы выделили комбинированный способ совершения суицидальной попытки, который встречался у подростков, — это было сочетание самоповреждения посредством острого предмета на фоне самоотравления лекарственными или наркотическими средствами (X62, X64/78).

При анализе суицидальных попыток у подростков было выявлено преобладание таких способов, как самоотравление лекарственными или наркотическими средствами (55,1 %), преднамеренное самоповреждение посредством острого предмета (23,6 %), при этом комбинированное использование обоих этих средств лишения себя жизни имело место в 12,4 % случаев. Реже встречались такие способы, как преднамеренное самоповреждение путем спрыгивания с высоты (5,6 %), путем повешения (2,3 %), самоповреждение путем прыжка под движущийся объект использовалось только в единственном случае (1,1 %). Во всех наблюдаемых случаях при использовании высоколетальных средств (спрыгивание с высоты, повешение, прыжок под движущийся объект) суицидальная попытка являлась прерванной или абортивной, когда летальность средства не выполняла в итоге свою функцию и подросток не наносил себе фатального самоповреждения.

В обеих группах исследования преобладал такой способ суицидальной попытки, как самоотравление лекарственными или наркотическими средствами (47,6 % юношей и 61,7 % девушек). Юноши же, по сравнению с девушками, достоверно чаще ($p < 0,05$) прибегали к такому средству, как самоповреждение посредством острого предмета (33,3 % юношей и 14,9 % девушек). Комбинированные способы (X62, X64/78) достоверно чаще ($p < 0,05$) использовали девушки по сравнению с юношами (4,8 и 19,1 % соответственно). При этом свои действия в итоге девушки нередко объясняли не желанием кумулятивно усилить летальность средств, а неким «романтизированным» и приемлемым вариантом суицида, который часто присутствует на экранах кино или в средствах массовой информации. Порезы у них носили преимущественно поверхностный характер. Юноши, как правило, были более последовательны и объясняли комбинацию средств желанием усилить летальность действий, а повреждения больше соответствовали категории X78.

При использовании высоколетальных способов лишения себя жизни (самоповреждение путем повешения, путем прыжка под движущийся объект) подобное поведение наблюдалось только у юношей в 4,7 и 2,4 % случаев соответственно, что опять же сви-

детельствует о большей брутальности их суицидальных действий и выраженности намерения уйти из жизни.

Сравнительная характеристика тяжести суицидальных попыток. В нашем исследовании тяжесть суицидальной попытки оценивалась при помощи Колумбийской шкалы оценки тяжести суицида (C-SSRS) (Приложение 4), которая включает в себя подраздел «Реальная опасность/ущерб здоровью» и позволяет оценить состояние суицидента после суицидального акта следующим образом:

0 — физических повреждений нет, или они весьма незначительны (например, неглубокие царапины);

1 — незначительные физические повреждения (например, вялая речь, ожоги первой степени, легкое кровотечение, растяжения);

2 — физические повреждения умеренной тяжести; требуется медицинская помощь (например, пациент в сознании, но сонлив, отчасти реагирует на внешние раздражители, ожоги второй степени, кровотечение из крупного сосуда);

3 — физические повреждения средней тяжести; требуется госпитализация и, вероятно, интенсивная терапия (например, коматозное состояние с сохранением рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие менее 20 % кожи, сильная, однако не смертельная потеря крови, серьезные переломы);

4 — тяжелые физические повреждения; требуется госпитализация и интенсивная терапия (например, коматозное состояние без сохранения рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие более 20 % кожи, сильная потеря крови с нестабильными признаками жизни, серьезные повреждения жизненно важных органов);

5 — смерть.

При оценке реальной опасности, равной 0, выявлялась потенциальная опасность суицидальных действий у подростков. Подразумевалась вероятная опасность истинной попытки самоубийства при отсутствии ущерба здоровью, т. е., хотя определенные действия и не привели к реальным физическим повреждениям, они потенциально могли привести к фатальному исходу: подросток лег на рельсы, по которым к нему приближался поезд, но его оттащили, и поезд его не переехал; подросток пытался выпрыгнуть из окна, но его успели остановить. При этом оценка проводилась в соответствии со следующими критериями: 0 — поведение, которое вряд ли приведет к травмам; 1 — поведение, которое, вероятно, приведет к травмам, но вряд ли повлечет за собой смерть; 2 — поведение, которое, ве-

роятно, приведет к смерти, несмотря на возможность оказания медицинской помощи.

При оценке опасности суицидальных действий у подростков было выявлено преобладание физических повреждений незначительной тяжести (например, вялая речь, легкое кровотечение, растяжения и т. д.), такой характер носили 52,8 % всех случаев.

В 20,2 % случаев суицидальные попытки носили характер средней тяжести вреда здоровью, при таких состояниях требовалась медицинская помощь (например, подросток находился в сознании, но был сонлив, отчасти реагировал на внешние раздражители или наблюдалось кровотечение из крупного сосуда и т. д.). Физические повреждения средней тяжести наблюдались в 3,4 % всех суицидальных попыток, при этом требовалась интенсивная терапия (например, коматозное состояние с сохранением рефлексов, сильная, однако не смертельная потеря крови, серьезные переломы). В 23,6 % случаев физических повреждений не выявлялось, или они были весьма незначительны (например, неглубокие царапины). Однако суицидальные действия у таких подростков носили порой намеренный характер и были связаны в некоторых случаях с высоколетальными способами суицида, но в связи с особенностями прерывания суицидального акта (прерванный, abortивный) данные действия не были доведены до конца. В этом случае оценивалась потенциальная опасность суицидального поведения. При этом было выявлено преобладание поведения, которое, вероятно, привело бы к травмам, но вряд ли повлекло бы за собой смерть: оно встречалось в 11,2 % случаев. Суицидальные действия, которые вряд ли могли привести к травмам, наблюдались в 7,9 % случаев, как правило, у подростков, которые неадекватно оценивали летальность выбранных средств лишения себя жизни в момент аффективного напряжения. В 4,5 % случаев было выявлено поведение, которое, вероятно, привело бы к смерти, несмотря на возможность оказания медицинской помощи.

В обеих группах исследования преобладали подростки с незначительными физическими повреждениями (45,2 % юношей и 59,6 % девушек). Однако у юношей, в отличие от девушек, более часто встречались физические повреждения умеренной степени (33,3 и 8,5 % соответственно; $p < 0,05$). Также только у юношей встречались повреждения средней тяжести — в 7,1 % случаев. Для девушек более характерным было поведение, при котором имелись незначительные физические повреждения или их вовсе не было: оно наблюдалось в 31,9 % случаев, в отличие от юношей, у кото-

рых оно выявлялось в 14,3 % случаев ($p < 0,05$). При этом потенциальная опасность таких ситуаций, при которых суицидальные действия могли закончиться смертью, была более выражена у подростков мужского пола (7,1 % юношей и 2,1 % девушек). Во всех остальных случаях, при которых выявлялась потенциальная опасность, преобладали девушки. Поведение, которое вряд ли привело бы к травмам, наблюдалось у 12,8 % девушек по сравнению с 2,4 % юношей, а поведение, которое, вероятно, привело бы к травмам, но вряд ли повлекло за собой смерть, было выявлено у 17,0 % девушек по сравнению с 7,1 % юношей ($p < 0,05$).

Сравнительная характеристика обстоятельств суицидальных попыток. Оценка обстоятельств суицидальных попыток у подростков включала в себя анализ места совершения суицидальной попытки, наличие алкогольного/наркотического опьянения на момент суицидального акта, сообщение о своих суицидальных действиях другим лицам и особенности прерывания суицидальной попытки (прерванная или абортивная) в случае отсутствия вреда для соматического здоровья. Под прерванной суицидальной попыткой мы понимаем такие случаи, когда подростку не удавалось завершить действия, направленные на лишение себя жизни, в связи с вмешательством посторонних лиц или обстоятельств. Об абортивной суицидальной попытке можно говорить в случаях, когда подросток самостоятельно прекращал суицидальные действия до нанесения себе фактического вреда.

Было выявлено, что большинство подростков совершали суицидальные действия дома (77,5 %), реже суицидальные попытки совершались на улице (12,4 %) и на учебе/работе (10,1 %). Наличие алкогольного опьянения на момент суицидальной попытки выявлялось в 25,8 % всех случаев, наркотическое опьянение у подростков наблюдалось реже — в 5,6 % случаев. В 35,9 % суицидальных попыток подростки не сообщали о своих возможных действиях: как правило, это было связано с высокой импульсивностью суицидального акта и коротким пресуицидальным периодом с выраженным «туннельным сознанием». Наиболее часто о суицидальных намерениях подростки сообщали окружающим при помощи интернета, особенно социальных сетей: такой вид коммуникативного суицидального сообщения выявлялся у 31,5 % подростков. Реже использовались телефон (15,7 %) и личное сообщение (12,4 %), а в 4,5 % случаев писалась суицидальная записка. Абортивные суицидальные попытки, когда суицидальный акт прерывался самим подростком до нанесения себе реального самоповреждения,

наблюдались в 9,0 % случаев. Чаще встречались прерванные суицидальные попытки (14,6 %), при которых имелось вмешательство посторонних, как правило, родственников.

При анализе половых различий обстоятельств суицидального поведения было выявлено преобладание частоты суицидальных действий на улице у юношей (16,7 %) по сравнению с девушками (8,5 %). Девушки чаще (12,8 %), чем юноши (7,1 %), совершали суицидальные попытки на учебе, на работе. Совершение суицидальных действий дома наблюдалось у обоих полов с одинаковой частотой (76,2 % юношей и 78,7 % девушек). Алкогольное опьянение на момент суицидальной попытки наиболее часто наблюдалось у девушек по сравнению с юношами (36,2 и 14,3 % соответственно). Несмотря на большую частоту употребления алкоголя среди юношей, по-видимому, алкоголь чаще играл для девушек роль провоцирующего и разрешающего (запускающего) фактора. Он способствовал как возникновению острых аффективных реакций, так и большей «решительности» в совершении суицидальных действий, иногда носящих более травматичный характер по сравнению с запланированным «эффектом». Наркотическое опьянение чаще наблюдалось среди подростков мужского пола (9,5 %) по сравнению с девушками (2,1 %). Девушки обладали большим коммуникативным потенциалом по сравнению с юношами — 76,6 % из них общались тем или иным образом о своих суицидальных намерениях ближайшему окружению, что приводило к предотвращению или прерыванию суицидальной попытки. При этом более предпочтительными были сообщения в интернете (31,9 %), телефонный разговор (23,4 %), личный контакт (19,2 %), очень редко писались суицидальные записки (2,1 %). Юноши также часто использовали интернет (31,0 %) для раскрытия своих суицидальных переживаний, но реже использовали такие формы сообщения, как телефонный (7,1 %) и личный контакт (4,8 %). Более часто юношами, по сравнению с девушками, писались суицидальные записки (7,1 %). Возможно, это связано с готовностью подростков женского пола более открыто говорить о своих проблемах и меньшим порогом проявления «душевной слабости» по сравнению с юношами.

Прерванные и abortивные попытки с большей частотой встречались у девушек по сравнению с юношами. Самостоятельно прекращали суицидальные действия 12,8 % девушек и 7,1 % юношей. Вмешательство посторонних достоверно чаще ($p < 0,05$) позволяло прервать суицидальную попытку у девушек (19,2 %) по сравнению с юношами (2,4 %). В большинстве случаев это было связано с

осведомленностью окружения о суицидальных действиях девушек и их меньшей запланированностью.

Сравнительная характеристика мотивов суицидальных попыток. Под мотивами суицидального поведения мы понимаем личностные побуждения, вызывающие желание добровольного ухода из жизни и определяющие суицидальную направленность поведения подростка (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980).

Мотив призыва определялся активацией помощи извне с целью привлечь внимание, вызвать сострадание и таким образом изменить психотравмирующую ситуацию. *Мотив протеста* определялся реакцией отрицательного воздействия на объекты, вызвавшие психотравмирующую ситуацию. *Мотив избегания* определялся уходом от наказания или страдания (избавлением от тяжести психического или соматического состояния). Суицидальные реакции по типу *самонаказания* были связаны с влиянием интенсивного переживания стыда, чувства вины и ненависти к себе. При мотиве *отказа от жизни* цель и мотив суицидального поведения совпадали (цель — самоубийство, мотив — отказ от существования).

При анализе суицидальных мотивов у подростков было выявлено преобладание мотивов призыва (44,9 %) и протеста (34,8 %). Реже встречались такие мотивы, как избегание (11,3 %), самонаказание (6,7 %) и отказ от жизни (2,3 %). Статистически значимые различия ($p < 0,05$) в мотивах призыва и протеста имели подростки мужского и женского пола: у девушек достоверно чаще встречался мотив призыва (55,3 % девушек и 33,3 % юношей), а у юношей достоверно чаще встречался мотив протеста (50,0 % юношей и 21,3 % девушек). Мотивы избегания и самонаказания у девушек были не столь распространены (12,8 и 10,6 % соответственно), мотив отказа от жизни вовсе не выявлялся. Практически не встречался у юношей мотив самонаказания (2,4 %), однако выявлялся мотив отказа от жизни (4,8 %), который был не свойственен подросткам женского пола.

Сравнительная характеристика причин суицидальных попыток. Теоретическая концепция суицидов, разработанная А. Г. Амбрумовой (1974) и получившая широкое признание в отечественной суицидологической практике, значительное внимание уделяет неразрешимому микросоциальному конфликту, в связи с которым личность переживает социально-психологическую дезадаптацию и в итоге совершает суицидальные действия. Описывая социально-психологическую дезадаптацию как «общую предпосылку суицидального поведения» и выделяя две динамические

фазы: predisпозиционную и суицидальную, А. Г. Амбрумова и В. А. Тихоненко (1978) отмечали, что «решающее значение для перехода первой фазы во вторую имеет конфликт, который занимает центральное, стратегическое положение в структуре рассматриваемого акта».

В зарубежной литературе предпочтение отдается концепции «стресс-диатеза» (Mann J. [et al.], 1999; Wassermann D., 2001), которая несколько по-иному трактует фазу predisпозиции и соотношение стрессора с личностью, где основное значение играет фактор повышенной чувствительности (тропности) к стрессогенному фактору.

В нашей работе мы подробно опрашивали всех обследуемых подростков о причинах суицидальной попытки. При этом предлагалось выделить основную причину (конфликтную сферу взаимоотношений), которая явилась запускающим фактором («триггером») суицидальных действий и наиболее остро переживалась в пресуицидальном периоде вне зависимости от его длительности.

Наиболее частой причиной суицидальной попытки подростки называли проблемы в отношениях с родителями (33,7 %), на втором месте по частоте встречались интимно-личностные проблемы (25,8 %). Реже встречались конфликты на учебе (12,4 %), унижение (10,1 %), неуспеваемость на учебе (7,9 %), усталость от жизни (5,6 %) и крах личных планов (4,5 %).

Девушками достоверно чаще ($p < 0,05$), чем юношами, среди причин суицидальной попытки обозначались интимно-личностные проблемы (36,1 % девушек и 14,3 % юношей). У юношей, по сравнению с девушками, достоверно чаще выявлялись причины, связанные с конфликтом на учебе (21,4 % юношей и 4,3 % девушек). Также у юношей чаще встречалась такая причина, как крах личных планов (9,5 %), которая у девушек вообще отсутствовала, хотя наличие подобных планов отмечалось даже более часто у девушек. Видимо, к данному результату приводит большая адаптивность, отмечаемая у девушек.

Сравнительная характеристика типов постсуицидального периода. Постсуицидальный период, начинающийся вслед за суицидальной попыткой, представляет собой «результатирующую» таких многочисленных составляющих, как конфликтная ситуация, приведшая к покушению на самоубийство, сам суицидальный акт, особенности прерывания суицида и последующих реанимационных мероприятий, соматические последствия и осложнения, а также новая, сложившаяся после попытки ситуация и личностное

отношение к ней. В постсуицидальном периоде является важной оценкой следующих обстоятельств, связанных с суицидентом:

- 1) актуальность суицидогенного конфликта;
- 2) степень фиксированности суицидальных тенденций;
- 3) особенности отношения к совершенной попытке.

Тип постсуицидального периода у подростка оценивался ретроспективно в соответствии с перечисленными критериями, при этом выделялось четыре соответствующих состоянию варианта.

Критический тип постсуицида у подростков диагностировался на основании утраты актуальности суицидогенного конфликта, в связи с «обрывающим» эффектом суицидальной попытки и отсутствием суицидальных проявлений.

Манипулятивный тип постсуицида у подростков диагностировался на основании следующих критериев: при благоприятном для суицидента изменении ситуации выраженность суицидальных проявлений снижалась, и, наоборот, суицидальная активность сохранялась, если рентные установки не реализовывались.

Аналитический тип постсуицида у подростков диагностировался на основании следующих критериев: суицидогенный конфликт был актуален, однако суицидальные проявления не сохранялись; имелось сожаление о содеянном, критическое отношение к суицидальной попытке, и рецидивирование суицидальных действий было возможно.

Суицидально фиксированный тип постсуицида у подростков диагностировался на основании следующих критериев: суицидогенный конфликт оставался актуален или диссимулировался; сохранялись суицидальные проявления, имелась положительная трактовка, оценка совершенной суицидальной попытки и вероятность рецидивирования суицидальных действий была очень высокой.

Благодаря ретроспективному анализу раннего постсуицидального периода удалось значительно снизить роль диссимуляции отношения к суицидальной попытке, которая обычно проявляется в связи с боязнью дальнейшей госпитализации в психиатрический стационар на ранних этапах после совершения суицидальных действий.

Наиболее часто у подростков выявлялись манипулятивный (39,3 %) и критический постсуициды (32,6 %), более редко встречались аналитический (15,7 %) и суицидально фиксированный (12,4 %) типы постсуицида. У девушек, по сравнению с юношами, достоверно чаще ($p < 0,05$) встречался манипулятивный постсу-

ицид (28,6 % юношей и 48,9 % девушек) и аналитический постсуицид (7,1 % юношей и 23,4 % девушек). Для юношей более характерным оказался критический постсуицид, который достоверно чаще встречался по сравнению с девушками (47,6 % юношей и 19,2 % девушек).

Таким образом, у юношей преобладали критический и манипулятивный типы постсуицида, а у девушек — манипулятивный и аналитический. У обоих полов суицидально фиксированный тип постсуицида наблюдался редко.

Сравнительная характеристика антисуицидальных мотивов. К антисуицидальным факторам личности («антисуицидальный барьер») относят отдельные личностные установки (переживания), препятствующие формированию суицидального поведения или реализации суицидальных действий.

Для исследования характера и выраженности антисуицидальных мотивов использовался «Опросник причин для жизни» (Linehan M. M., 1983) (Приложение 5). В связи с отсутствием детей у респондентов из опросника были удалены утверждения, касающиеся мотивов, связанных с детьми (3 пункта).

Анализ результатов выявил статистически значимые различия ($p < 0,05$) по всем группам антисуицидальных мотивов, за исключением группы «моральные установки, противоречащие совершению самоубийства». Такие показатели, как «уверенность в необходимости преодоления ситуации» ($3,8 \pm 0,1$ у юношей; $3,0 \pm 0,3$ у девушек) и «опасения социального неодобрения» ($3,4 \pm 0,12$ у юношей; $2,9 \pm 0,2$ у девушек) были статистически достоверно выше у юношей по сравнению с девушками ($p < 0,05$). Напротив, для девушек статистически достоверно ($p < 0,05$) были сильнее выражены такие антисуицидальные мотивы, как «ответственность перед семьей» ($3,6 \pm 0,06$ у юношей; $4,2 \pm 0,1$ у девушек) и «опасения относительно совершения самоубийства» ($3,2 \pm 0,2$ у юношей; $4,1 \pm 0,4$ у девушек).

Таким образом, было выявлено преобладание у юношей мотивов, связанных с необходимостью преодолевать трудности, справляться со сложившейся ситуацией самому, при этом у них наблюдался более выраженный страх социального ostrакизма, неодобрения собственных суицидальных действий со стороны окружающих, общества. У девушек также был выявлен один из наиболее важных антисуицидальных факторов, связанных с социальной сферой взаимодействия, но в первую очередь он имел связь не с предполагаемым неодобрением обществом суицидального поступка, что является

ся незначимым для девушек, а с ответственностью и обязательствами перед семьей и родными. Антисуицидальные мотивы, связанные с опасениями относительно совершения самоубийства, сильнее выражены у девушек, предположительно из-за большого страха причинения себе физического вреда (боль, вид крови), боязни выглядеть после травматичной попытки некрасиво и неуверенности в способе, месте и времени совершения попытки, по сравнению с юношами, которые имели более четкий план совершения суицида и большую намеренность в суицидальных действиях.

Прогноз риска рецидивирования суицидального поведения у юношей и девушек. Наличие рецидивов суицидального поведения, которые анализировались в нашем исследовании, фиксировалось в течение 1,5 лет после суицидальной попытки. Под суицидальным поведением подразумевались любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемых представлениями о лишении себя жизни (Тихоненко В. А., Амбрумова А. Г., 1978). Внутренние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения. *Пассивные суицидальные мысли* характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности. *Суицидальные замыслы* являются активной формой проявления суицидальности, при этом продумываются способы суицида, время и место действия. *Суицидальные намерения* предполагают присоединение к существующему суицидальному замыслу волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее суицидальное поведение. К внешним формам суицидального поведения относятся суицидальные попытки и завершенные суициды.

После выписки большинство пациентов находилось под наблюдением лечащего врача, а в случае проживания в другом городе данные уточнялись по телефону при беседе с родителями и самим подростком. Таким образом, было охвачено 100 % включенных в исследовательскую группу подростков.

При анализе частоты рецидивирования суицидального поведения в течение 1,5 лет после совершения анализируемой в исследовании суицидальной попытки было выявлено, что 18,0 % подростков предприняли повторную суицидальную попытку, при этом у 27,0 % наблюдались пассивные суицидальные мысли, а у 19,1 % — суицидальные тенденции (замыслы и намерения). У 35,9 % подростков не наблюдалось внутренних и внешних форм

суицидального поведения. Завершенных суицидов в период катамнестического наблюдения не было.

Были выявлены достоверные различия в проявлениях внутренних форм суицидального поведения у подростков в зависимости от половой принадлежности ($p < 0,05$). У девушек отмечалось преобладание пассивных суицидальных мыслей (36,2 %) по сравнению с юношами (16,7 %). Напротив, у юношей чаще наблюдались суицидальные тенденции (28,6 %) по сравнению с девушками (10,6 %). Отсутствие любых форм суицидального поведения было характерно для 29,8 % девушек и 42,8 % юношей.

Достоверных различий в частоте суицидальных попыток получено не было ($p > 0,05$), однако отмечалась тенденция к преобладанию суицидальных попыток у девушек (11,9 % юношей и 23,4 % девушек). Таким образом, несмотря на большую представленность суицидальных тенденций у юношей, для девушек было характерно преобладание суицидальных попыток. По-видимому, это может быть связано с более быстрым формированием у девушек психологической установки (копинг-поведения) на суицидальное реагирование, когда переходы от пассивных суицидальных мыслей к суицидальным замыслам, намерениям и действиям не так четко оформлены, как у юношей, а сам суицидальный акт играет роль разрешающего проблему действия. При этом в силу специфики реагирования окружающих на подобное поведение в зависимости от половой принадлежности подростка девушки с большей легкостью и меньшими последствиями для здоровья воплощают в реальность суицидальный акт как коммуникативный, в отличие от большинства юношей. Суицидальные действия подростков мужского пола, несмотря на их большую брутальность и намеренность, могут рассматриваться окружающими с более жестких позиций как поступок слабого, пусть и молодого, но все-таки мужчины. Такое отношение, в свою очередь, способствует формированию другого типа суицидального поведения у юношей, связанного в большей степени с объективно неразрешимыми проблемами и меньшей направленностью на манипуляцию окружающими.

С помощью метода бинарной логистической регрессии был построен прогноз рецидивирования суицидального поведения у подростков. За критерий рецидива мы принимали возникновение суицидальных тенденций, т. е. появление в мыслях подростков конкретных замыслов лишения себя жизни, волевого компонента, способствующего совершению суицидальных действий, а также непосредственно наличие суицидальной попытки. Пассивные суи-

цидальные мысли, которые, безусловно, играли свою роль на начальных этапах формирования аутоагрессивных действий, но в большей степени способствовали снижению внутреннего напряжения у подростков в конфликтных ситуациях («игра со смертью») и не были связаны с самопроизвольной активностью, не учитывались.

Таким образом, было выделено две группы подростков, у которых имелось рецидивирование суицидальной активности, — 17 юношей (40,5 %) и 16 девушек (31,9 %). Отдельно для юношей и девушек был построен прогноз рецидивирования суицидального поведения в период 1,5 лет после суицидальной попытки.

В результате было выявлено, что у девушек частота рецидивирования увеличивалась с повышением уровня общей тревожности и депрессии, а также с наличием суицидальных попыток и сексуального насилия в анамнезе, в то время как более высокая частота обращаемости за медицинской помощью и выраженность такого антисуицидального фактора, как «опасения относительно совершения суицида», уменьшали вероятность рецидива (значимость критерия Хосмера — Лемешова, $p = 0,876$).

$$p = 1/1 + e^{-z},$$

$$Z = 1,924 \cdot X_1 + 2,086 \cdot X_2 + 1,685X_3 + 0,892 \cdot X_4 -$$

$$- 1,767 \cdot X_5 - 2,106 \cdot X_6,$$

где p — вероятность рецидива в период катамнестического наблюдения (1,5 года); e — основание натурального логарифма ($e = 2,7$); z — показатель степени; X_1 — уровень общей тревожности, $p = 0,041$; X_2 — уровень депрессии, $p = 0,026$; X_3 — наличие суицидальных попыток в анамнезе, $p = 0,007$; X_4 — наличие сексуального насилия в анамнезе, $p = 0,038$; X_5 — обращаемость за медицинской помощью, $p = 0,01$; X_6 — выраженность «опасений относительно совершения суицида», $p = 0,017$.

У юношей вероятность рецидива в период катамнестического наблюдения возрастала в зависимости от возраста, выраженности общего индекса тяжести симптомов и наличия аддиктивного поведения, в то время как выраженность такого антисуицидального фактора, как «опасения относительно совершения суицида», уменьшала вероятность рецидива (значимость критерия Хосмера — Лемешова, $p = 0,962$).

$$p = 1 / 1 + e^{-z},$$

$$Z = 1,528 \cdot X_1 + 0,936 \cdot X_2 + 2,117 \cdot X_3 - 1,410 \cdot X_4,$$

где p — вероятность рецидива в период катамнестического наблюдения (1,5 года); e — основание натурального логарифма ($e = 2,7$);

z — показатель степени; X_1 — возраст, $p = 0,009$; X_2 — выраженность общего индекса тяжести симптомов (GSI), $p = 0,041$; X_3 — наличие аддиктивного расстройства, $p = 0,017$; X_4 — выраженность «уверенности в необходимости преодоления ситуации», $p = 0,032$.

Отдавая отчет в относительной трудоемкости использования этих формул практическими врачами, мы считаем, что, тем не менее, они могут нацеливать специалистов на факторы, способствующие рецидивированию суицидального поведения у подростков. В нашем же исследовании полученные данные об этих факторах в дальнейшем были учтены при составлении лечебно-реабилитационных программ, если такие подростки вновь попадали на лечение в отделение, и определяли в будущем необходимость наблюдения в ПНД по месту жительства в связи с повторными суицидальными действиями, особенно в случае высокой степени их летальности (см. гл. 7).

Исследуемый нами контингент подростков, безусловно, являлся неблагополучным как в психологическом, так и в социальном плане, поэтому полностью экстраполировать данные нашего исследования на общую подростковую популяцию не представляется нам верным. Однако все же хотелось бы отметить, что в рамках рассмотрения суицидального поведения как одной из форм общеповеденческих реакций (Амбрумова А. Г., 1978) наша работа позволяет наметить основные пути дальнейших исследований и методологических подходов в изучении аутоагрессивного поведения у подростков и в общей популяции. В особенности это касается тех психических или поведенческих нарушений, которые могут проявляться атипично, наподобие делинквентных форм депрессивного расстройства у подростков или различных форм подпороговых нарушений, при которых суицидальный поступок может являться, по сути, «лакмусовой бумажкой» общего психического неблагополучия и социально-психологической дезадаптации молодого человека, формально считающегося абсолютно здоровым, но переживающим «трудный переходный возраст».

ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Известное возрастное своеобразие как суицидальных проявлений, так и психологических и психопатологических состояний, создающих предпосылки к суициду, делают бесспорной необходимость рассматривать суицидальное поведение у подростков как самостоятельную проблему. В связи с этим диагностика суицидальных проявлений также будет отличаться от таковой в более старших возрастных группах.

Суицидологическая диагностика включает в себя анализ не только собственно суицидальных проявлений (мыслей, переживаний, тенденций, поступков и др.) в их статике и динамике, но и всей совокупности личностных, средовых, клинических факторов, участвующих в генезе суицида (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980). В процессе исследования каждого конкретного случая суицидолог оперирует такими понятиями, как дезадаптация, конфликт, позиция личности, уровень ее социализации, установки, модусы поведения, ценностные ориентации, характер и структура контактов, механизмы защиты, фрустрация, толерантность к эмоциональным нагрузкам, социально-демографический статус, ролевое поведение, про- и антисуицидальная мотивация и т. д. Результат такой развернутой, многосторонней диагностики, во-первых, фиксируется в интегральной оценке суицидального риска как основной прогностической категории, а во-вторых, определяет тактику ведения пациента, направления и формы лечебно-коррекционных воздействий, а также комплекс превентивных мер, которые следует организовать.

Однако для того чтобы осуществлять диагностику суицидального поведения, в первую очередь необходимо отчетливо понимать критерии данного феномена. С момента зарождения суицидологии как науки, обладающей своим методологическим аппаратом, предлагалось множество дефиниций, но к настоящему времени по-прежнему нет единого мнения относительно таких понятий, как «суицид», «суицидальная попытка», «суицидальное, самоповреждающее, аутоагрессивное поведение». Рассмотрение современных определений и классификаций было проведено в гл. 1. Следует также отметить, что большинство исследований по идентифика-

ции и управлению суицидальными рисками сосредоточены в основном на роли медицинских работников, в то время как задачам других значимых лиц (учителей и родителей) уделяется недостаточное внимание. Отчасти это оправданно: среди подростков-суицидентов преобладают лица с различного рода психической патологией или психологическим своеобразием. Однако если говорить о первичной профилактике, то обратить вовремя внимание на изменения в поведении ребенка могут именно родители и школьные работники (психолог или учителя). В какой-то степени алгоритмы диагностики, предлагаемые в данной главе и больше рассчитанные на подготовленных лиц, могут также быть использованы другими специалистами.

Суицидальное поведение у детей до 13 лет — явление относительно редкое, но с 14–15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16–19 лет. Такое явление связано, в первую очередь, с тем, что суицидальное поведение в детском возрасте редко определяется наличием психической патологии: в подавляющем большинстве случаев это ситуационно-личностные реакции, чаще реакция оппозиции. У подростков же роль психических расстройств, в особенности аффективной и личностной патологии, имеет большее значение в развитии суицидального поведения.

Контингент суицидальных подростков с психическими нарушениями неоднороден. Это обусловлено широким кругом расстройств, связанных с суицидальным поведением: «аффективные расстройства» (F3); «шизофрения и шизофреноподобные расстройства» (F2); «расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» (F6) на этапе формирования расстройства личности у подростков; «поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (F5); «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F4). Нередкая коморбидность этих состояний затрудняет возможности оценки суицидального риска у данной категории пациентов. В особенности это касается выявления пресуицидальных состояний, длительность которых может исчисляться не только месяцами («хронический пресуицид»), но и минутами («острый пресуицид»). Если для взрослых характерно более плавное нарастание аутоагрессии от пассивных суицидальных мыслей к замыслам и затем к намерениям, то у подростков, в целом более склонных к реакциям «короткого замыкания», в течение всего периода пресуицида существует суицидальная готовность, настроенность, когда

в случае ухудшения ситуации пассивные суицидальные переживания то и дело перемежаются с активными.

Определенную помощь в оценке суицидального риска может оказать не только клиническое наблюдение, но и использование ряда психометрических опросников и шкал, которые условно можно разделить на методики, выявляющие:

1) собственно суицидальное поведение и степень суицидального риска;

2) психопатологическую симптоматику, обуславливающую возможное суицидальное поведение;

3) факторы суицидального риска и признаки психических расстройств (депрессия, тревога, уровень дезадаптации и т. д.).

В настоящее время не существует универсальной психодиагностической методики для определения суицидального риска у детей и подростков. Тестовые методики, опросники и анкеты являются одними из наиболее распространенных диагностических инструментов, используемых при оценке суицидального риска.

Клинико-психологический скрининг пресуицидальных состояний у подростков имеет несколько целей. В первую очередь это определение суицидального потенциала, его выраженности, а также выяснение индивидуальных факторов, потенцирующих и лимитирующих совершение суицида, принятие решения о госпитализации в психиатрический стационар, если пациент находился на амбулаторном лечении, или большая настороженность медицинского персонала на предмет суицидального риска у данного пациента, если он уже находился в стационаре. Кроме того, полученные сведения являются основополагающими для выбора фармакологической и психотерапевтической стратегии ведения пациента и для работы с членами его семьи и значимыми близкими.

В ранней диагностике суицидального поведения у подростков необходимо учитывать следующие особенности.

1. Недостаточно адекватную оценку подростками последствий аутоагрессивных действий, и как результат — отсутствие четких границ между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажным аутоагрессивным поступком.

2. Наличие внешней демонстративности суицидального поведения.

3. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми суициденты подросткового возраста объясняют свои попытки самоубийства, что обусловли-

вает трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций.

4. Суицидальные попытки в подростковом возрасте, в отличие от таковых у взрослых, не имеют прямолинейной зависимости от наличия и характера психопатологической симптоматики, и в частности, от депрессии.

5. Наличие взаимосвязи суицидальных попыток и суицидов подростков с некоторыми видами отклоняющегося поведения: прогулами занятий, конфликтными взаимоотношениями с родителями, случаями алкоголизации, наркотизации, дромоманией и уходами из дома, мелкими правонарушениями.

6. Повышенный интерес к проблеме смерти и суицида, их романтизация, значительная роль имитационных и кластерных самоубийств.

7. Конфликты, приводящие к формированию суицидального поведения, чаще всего кратковременные, объективно не тяжелые, с широким диапазоном сфер отношений (от бытовых ссор до конфликтов типа «внутреннего кризиса»), с наличием так называемой почвы в виде предшествующих физических и психологических нагрузок.

8. Неоднозначность психологического смысла суицида с преобладанием «протеста» и «призыва», наряду с псевдожеланием смерти и малой дифференцированностью представлений о ней.

9. Преимущественно аффективный механизм суицидов.

10. Рассогласованность между серьезностью мотивов суицида, степенью желания смерти и соматической тяжестью попытки.

11. Наличие половых различий суицидального поведения у подростков: у девочек большая представленность аффективного суицидального поведения; у мальчиков — выраженный эндогенный радикал, т. е. суицидальные действия мальчиков в большей степени обусловлены биологическими факторами: среди них больше пациентов с депрессиями и расстройствами личности, более выражена наследственная отягощенность, большее число повторных суицидов, чаще встречаются истинные суицидальные попытки.

В связи с вышеперечисленными особенностями суицидального поведения у подростков, суицидальная симптоматика для врача иногда представляется всего лишь особенностями «переходного возраста» или уходит на второй план, служит «фоном» основного заболевания, диагностировать который для неподготовленного специалиста является проблематичным, что увеличивает печальную статистику суицидов.

Ранняя диагностика пресуицидальных состояний у подростков в психиатрической практике основывается на:

- 1) целенаправленном расспросе (клиническом интервью);
- 2) опросе родителей, близких и друзей потенциального суицидента, находящегося на амбулаторном лечении;
- 3) наблюдении за пациентом в психиатрическом стационаре;
- 4) применении специализированных опросников;
- 5) соматическом обследовании и применении лабораторных и инструментальных методов исследований (телесный осмотр на наличие следов самоповреждений, ЭЭГ и МРТ для выявления имеющегося органического фона, токсикологические тесты крови или мочи на наличие наркотических средств).

Клинический метод включает в себя оценку анамнестических данных, клинико-психопатологического состояния по общим правилам психиатрического обследования подростков в соответствии с моделями диагностики психических расстройств (Краснов В. Н., Гурович И. Я., 1999). В психиатрическом статусе оцениваются функции восприятия, внимания, памяти, интеллекта, мышления, воли, эмоций с верификацией нарушений с помощью патопсихологических методов.

В процессе анамнестического исследования собираются данные о наследственной отягощенности психопатологией у подростка, об особенностях психического развития, анамнестические сведения о заболеваниях с акцентом на неврологические и психические нарушения. Желательно, чтобы данные заносились в стандартизированную анкету, где также фиксируется информация о состоянии здоровья родителей, особенности течения и патологии беременности и родов у матери, динамика дальнейшего развития ребенка, приобретенные заболевания и травмы ЦНС. При первом визите подросток обследуется в присутствии лечащего врача и родителя для более точного заполнения анамнестическо-биографической анкеты.

Рассматривая суицидальное поведение у подростков с точки зрения концепции А. Г. Амбрумовой как нарушение адаптационной реакции на острую психотравмирующую ситуацию или тяжелый пролонгированный стресс, а также оценивая уровень нарушений социального функционирования в связи с этим, в процессе патопсихологического исследования желательно делать акцент на следующих аспектах:

— *когнитивный компонент* (нарушения в обучении, ослабление памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психи-

ческих процессов, несформированность произвольной регуляции деятельности, затруднения в усвоении нового материала, забывчивость, проблемы сосредоточения, истощаемость внимания, невнимательность к деталям, замедление мышления при проблемно-решающих операциях, а также избегание заданий, требующих усидчивости);

— *эмоциональный компонент* (нарушения эмоционально-личностного отношения к отдельным школьным предметам, обучению в целом, педагогам, а также перспективам, связанным с учебной; нарушения эмоционально-личностного отношения к родителям и другим значимым людям; отсутствие адекватного реагирования на социальные ограничения; неконтролируемое выражение разнообразных эмоций);

— *поведенческий компонент* (систематически повторяющиеся нарушения поведения в семье, по месту обучения или работы, в социуме, различные девиации, наличие аддиктивного и делинквентного поведения).

Ниже приводятся общие принципы обследования подростка с суицидальными тенденциями.

Клиническое интервью. Врачу необходимо помнить, что выявление суицидального риска является достаточно сложной задачей, поскольку порой будущие суициденты стараются диссимулировать свои переживания, чтобы избежать госпитализации или дальнейшего стационарирования, и в первую очередь это касается подростков. В силу данных причин во время беседы должны быть созданы комфортные условия для пациента. Врач должен вести себя спокойно, способствовать созданию эмпатийной, понимающей среды, говорить на одном с подростком языке. Также не стоит морализировать: необходимо обсуждать с пациентом его чувства, стараться задавать вопросы как можно конкретнее.

1. Определение наличия антивитаальных переживаний:

- чувствуете ли вы, что у вас есть будущее;
- бывает ли у вас такое чувство, будто жизнь не стоит того, чтобы за нее держаться;
- случалось ли вам когда-нибудь переживать совершенно беспросветное отчаяние и безнадежность;
- не бывает ли у вас ощущения, что лучше бы умереть и оставить все это?

2а. Если антивитаальные переживания не были выявлены:

- многие люди имеют суицидальные мысли. Как вы решили, что не смогли бы совершить самоубийство;

— вы планировали, что именно должны вы сделать (не пытались ли вы накапливать таблетки);

— что вас удержало?

2б. Если выявлены антивитальные переживания:

— у вас когда-нибудь возникали мысли покончить с жизнью;

— имели ли вы в прошлом мысли о совершении суицида;

— совершали ли вы в прошлом суицидальную попытку?

3. При положительных ответах следует продолжить опрос и оценить:

— текущие мысли о суициде;

— планы или отношение пациента к суициду;

— предыдущие эпизоды суицидальных мыслей;

— альтернативы суициду (самоповреждающее поведение, проявления вербальной и невербальной агрессии), либо какими путями пациент избегал суицида (уход от опасной ситуации, призыв другого на помощь и пр.).

В дополнение к традиционным анамнестическим и диагностическим сведениям необходимо выяснить суицидальный потенциал, степень его выраженности и urgency текущей ситуации. Для выяснения этих факторов целесообразно собрать суицидологический анамнез, включающий следующий круг вопросов:

1. Если раньше была суицидальная попытка, то каковы ее характеристики (способ и вероятность возможности оказания помощи при суициде).

2. Импульсивность или продолжительность суицидальных мыслей в контексте личностных факторов, касающихся возможности контролировать импульсы.

3. Наличие текущих утрат, особенно смерти или суицидов в социальном окружении пациента.

4. Появление намерений, указывающих на существование суицидального плана.

5. Выявление фактов завершения дел, раздаривание своих любимых вещей, написание прощальных записок.

6. Степень изолированности от социального окружения.

7. Суициды в семейном анамнезе или наличие суицидов у лиц, близких к суициденту.

8. Предыдущие психиатрические госпитализации, влияние психического заболевания на уровень социально-психологической адаптации.

9. Наличие симптомов деперсонализации и дереализации.

10. Наличие синдромов органического поражения головного мозга.

11. Наличие зависимости от ПАВ (особенно от алкоголя).

Опрос родителей, близких и друзей. Уточните у родственников или друзей, наблюдали ли они в последнее время у подростка следующие изменения в поведении:

- резкое изменение стиля общения (излишняя замкнутость или чрезмерная разговорчивость);

- наличие сильных эмоциональных переживаний, повышение сонливости, ранимости;

- нарушение сна, частое отсутствие аппетита;

- потеря интереса ко всему, отсутствие уверенности в будущем;

- появление высказываний суицидального характера («надоело жить», «нет смысла жить», «хочу умереть», «хочу уйти на тот свет» и т. п.);

- предпочтение отдается прослушиванию траурной и печальной музыки;

- подготовка предметов, которые могут стать орудием самоубийства (режущие предметы, лекарства, шнурки, веревки);

- написание вариантов прощальных записок;

- удаление из фотоальбома своих фотографий, приведение в порядок личных дневников и записей, удаление своих контактов в социальных сетях;

- раздаривание ранее дорогих ему вещей;

- появление интереса к загробной или потусторонней жизни: доминирующими темами для чтения, бесед и творчества становятся темы смерти и самоубийств, интерес к интернет-сайтам «Клуба самоубийц» и т. д.;

- изменение привычек с тенденцией к пренебрежительному отношению к своей внешности и несоблюдением правил личной гигиены;

- появление несвойственных ранее реакций ухода из дому и бродяжничества;

- зависимость от алкоголя и других ПАВ, в последнее время все чаще наблюдается уход в виртуальную реальность (компьютерная зависимость).

Перечень представленных вопросов для диагностического интервью, безусловно, является неполным, но в итоге основными являются следующие:

- имеется ли у обследуемого реальное намерение покончить с собой;

- в состоянии ли он решить проблемы, приведшие к кризисной ситуации?

Наблюдение в стационаре. На основании выявленных клинических особенностей рационально выделить следующие типы пресуицидального состояния у подростков:

— депрессивный — с преобладанием аффектов депрессивного регистра, а также ипохондрических, фобических расстройств;

— астенический — с преобладанием соматических, и в частности вегетативных эквивалентов депрессии, проявлениями раздражительной слабости, иногда с апатико-абулическими чертами;

— гиперстенический — с двигательной расторможенностью, суетливостью, многоречивостью, нередко с присоединением гиперактивной деятельности;

— агрессивный — с выраженным злобным аффектом и протестными формами поведения.

Следует отметить, что нередко в пресуицидальном периоде перед самым совершением суицидального действия у подростков возникает качественно новое состояние, обусловленное аффективным сужением сознания. При этом наблюдается отрешенность от реальности, фрагментарное восприятие окружающего, отсутствие или снижение реакции на внешние раздражители, суетливость, неадекватные поступки и высказывания. Иногда данное состояние является единственным диагностическим проявлением для специалиста, особенно при «остром» пресуициде, исчисляющемся минутами.

Особенности протекания пресуицидального состояния, которое в одних случаях бывает острым, в других имеет медленное развитие с периодами усиления и дезактуализации суицидальных тенденций, могут определяться не только суицидальными факторами, но и антисуицидальными, а также непосредственным фактом оказания психиатрической помощи и госпитализацией в психиатрический стационар. К ним относятся:

— недостаточная продолжительность стационарного лечения подростков с психическими расстройствами;

— недостаточность наблюдения за суицидоопасными пациентами в психиатрических стационарах;

— психотравмирующее влияние на пациента факта постановки ему психиатрического диагноза;

— недостаточно обоснованная госпитализация пациента в психиатрический стационар;

— заметная для пациента излишняя обеспокоенность медицинского персонала тем, что он может совершить суицид;

— недооценка психического состояния и нераспознавание признаков суицидального поведения врачами-психиатрами;

- отсутствие или неадекватность поддерживающей медикаментозной терапии;
- возможности использования психотропных препаратов в качестве средства совершения самоубийства;
- депрессогенный (противоэпилептические средства) или активизирующий (антидепрессанты активирующего действия) эффект некоторых психотропных препаратов;
- обострение суицидальности после отмены некоторых психотропных препаратов (гл. 5).

Обозначенные выше общие принципы обследования подростка с суицидальными тенденциями должны быть использованы в процессе структурированного клинико-психологического скрининга (КПС) пресуицидных состояний. Разработанная нами программа может проводиться врачами любых медицинских направлений и предполагает привлечение на одном из этапов медицинского психолога или медицинской сестры.

Предложенный вариант КПС удобен в применении и может быть реализован в учреждениях здравоохранения различных профилей на первичной встрече врача и пациента, при этом по результатам можно выделить три степени суицидального риска (СР): минимальный, средний, высокий.

Кроме того, предлагается набор экспериментально-психологических тестов, направленных на оценку аффективной и когнитивной сфер, использование которых может способствовать дополнительному анализу и пониманию актуального психического состояния пациента, что поможет раскрыть специфику пресуицидального состояния в каждом конкретном случае.

Процедура КПС включает в себя три этапа (рис. 2): на I этапе выявляется наличие критериев включения пациента в полную программу скрининга; на II этапе определяется степень суицидального риска и вероятность совершения суицидальных действий; на III этапе (дополнительном) предлагается расширенное психологическое исследование аффективной, когнитивной и личностной сфер пациента для более тонкой диагностики клинических особенностей пресуицидальных состояний и их качественной оценки.

В соответствии с выявленной степенью СР для каждого пациента врачом выбирается определенное направление лечебных, психотерапевтических и профилактических мероприятий.

I этап — определение наличия критериев включения пациента в полную программу скрининга пресуицидальных состояний. На первом этапе предлагается использование небольших по

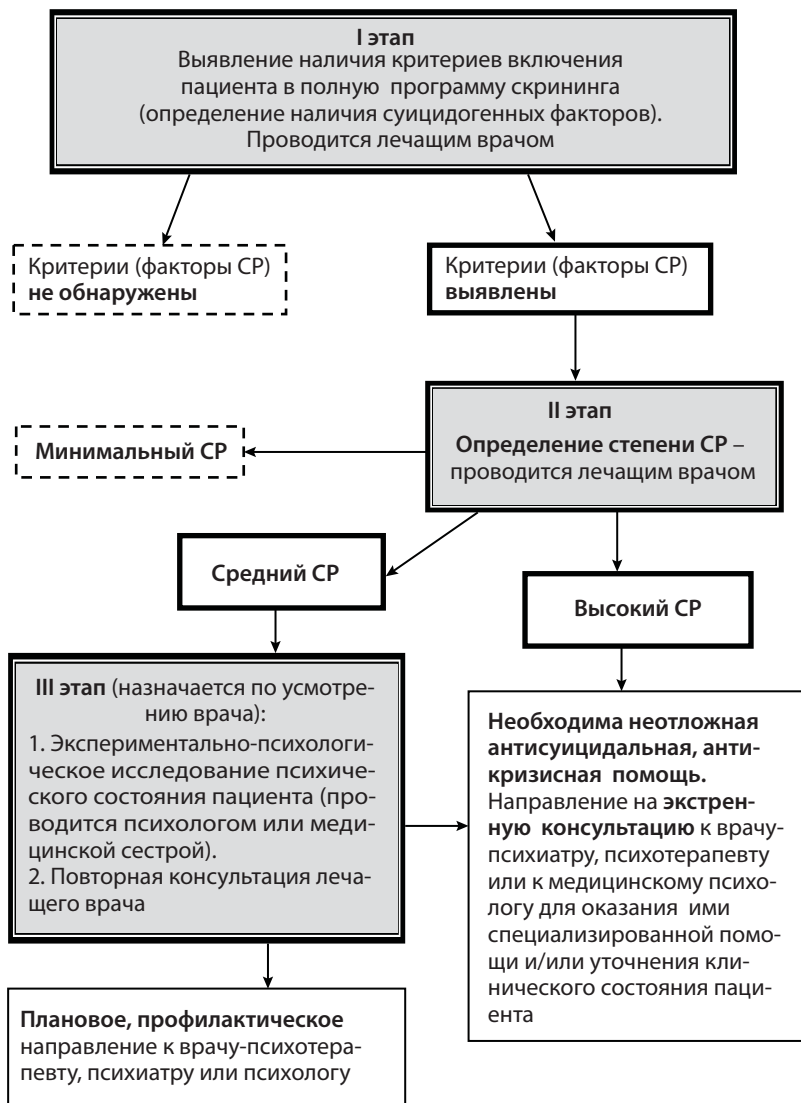


Рис. 2. Проведение клинико-психологического скрининга пресуицидных состояний в учреждениях здравоохранения

размеру скрининговых шкал, использование которых совместно с клиническим интервью позволяет выявить наличие суицидального риска у подростка. Для определения факторов возможного СР врачу предлагается использовать карту критериев включения пациента в программу скрининга (табл. 4). Предложенная карта включает перечисление неблагоприятных факторов, которые могут быть причиной формирования суицидальных тенденций. Она представляет собой перечень из 12 утверждений, касающихся особенностей социальной жизни пациента.

Таблица 4

Критерии включения пациента в программу КПС

№ п/п	Критерий	Наличие
1	Наличие суицидальных попыток в анамнезе	
2	Суицидальные попытки у родственников	
3	Суицидальные высказывания (прямые или косвенные признаки угрозы суицида)	
4	Наличие сведений об употреблении ПАВ или злоупотреблении алкоголем в анамнезе	
5	Наличие актуальных депрессивных проявлений	
6	Острое кризисное состояние, связанное со смертью близких людей, разводом, изменой супруга, расставанием с любимым человеком и т. д.	
7	Частые переезды или миграция (переживания, связанные с одиночеством, отсутствием близких друзей, круга общения, сложностями адаптации к новой культуре и т. д.)	
8	Эпизоды пережитого насилия над личностью (сексуального, физического, морального)	
9	Снижение социального статуса, изменение жизненного стереотипа (переезд, увольнение, выход на пенсию, приобретенная инвалидность, банкротство)	
10	Наличие субъективно неразрешимых проблем в профессиональной или учебной деятельности (несостоятельность, неудачи на работе или в учебе, падение престижа)	
11	Наличие хронических заболеваний (соматических или психических), влияющих на качество жизни (заболевания, ограничивающие жизнедеятельность, определяющие инвалидность, с вероятным смертельным исходом и т. д.)	
12	Конфликты, связанные с возможностью несения уголовной ответственности (ожидание предстоящих судебных разбирательств, огласки, угроза содержания в изоляции, арест и т. д.)	

У детей и подростков может использоваться «Прогностическая таблица риска суицида» (А. Н. Волкова) (табл. 5). При этом самим автором предполагается, что дети и подростки, набравшие более 25 баллов, относятся к группе суицидального риска.

Таблица 5

Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков

№ п/п	Критерий	Наличие	Баллы
1	Утрата обоих родителей		5
2	Утрата одного из родителей или развод в семье		4
3	Тяжелая психологическая атмосфера в семье		4
4	Изоляция в детском коллективе		4
5	Несправедливые методы воспитания, подавление		4
6	Тяжелые соматические болезни, инвалидность		3
7	Отсутствие опоры на любящего взрослого		3
8	Неудачи в учебе, низкие школьные успехи		3
9	Акцентуации личности		3
10	Употребление алкоголя и наркотиков		2
11	Нарушение контроля, импульсивность		2
12	Низкая самооценка		1
13	Тяжело протекающий пубертат		1
14	Пассивность, робость, несамостоятельность		1

В случае, если хотя бы одно из утверждений в вышеобозначенных опросниках отмечается утвердительно, то врачом на взрослого заполняется шкала суицидального риска Старшенбаума, а на подростка заполняется «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л. Б. Шнейдер) — II этап КПС.

«Карту критериев включения пациента в программу КПС» или «Прогностическую таблицу риска суицида у детей и подростков» врач заполняет на первичном приеме после непродолжительной беседы с пациентом и сбора кратких анамнестических сведений, которые можно получить, соотнеся их с критериями, предложенными в данных опросниках.

II этап — определение степени суицидального риска. В том случае, если на I этапе врачом при беседе с подростком выявляется хотя бы один из критериев «Прогностической таблицы риска суицида у детей и подростков», то следует переходить ко II этапу скрининга — на подростка заполняется «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л. Б. Шнейдер) (Приложение 6). Данная методика позволяет определить выраженность факторов риска суицида у подростков и содержит несколько блоков: биографические данные, актуальная конфликтная ситуация, характеристики личности. После заполнения бланка высчитывается алгебраическая сумма, и полученный результат соотносится с приведенными ниже значениями: менее 9 баллов — минимальный СР; 9–15,5 баллов — риск суицида присутствует; более 15,5 баллов — риск суицида значителен.

У взрослых аналогично можно использовать шкалу суицидального риска Г. В. Старшенбаума (Приложение 7). Она включает в себя 28 утверждений, которые распределены на три блока: постоянные факторы риска (8 утверждений); переменные факторы риска (10 утверждений); антисуицидальные факторы (10 утверждений). Каждому из 28 пунктов шкалы присваивается оценка 1 балл, за исключением трех утверждений из блока «постоянных факторов»: «одна суицидальная попытка более года назад» — 3 балла, «повторные суицидальные попытки в анамнезе» — 4 балла, «суицидальная попытка в этом году» — 5 баллов. При заполнении шкалы врачом отмечается наличие тех или иных факторов. Далее по каждому из трех блоков шкалы (постоянные факторы СР, переменные факторы СР и антисуицидальные факторы) подсчитываются баллы. Итоговый балл степени СР высчитывается через сложение баллов постоянных и переменных факторов и вычитание из этой суммы балла, полученного по шкале антисуицидальных факторов.

Таким образом, степень СР = (Постоянные факторы СР + + Переменные факторы СР) — Антисуицидальные факторы (АСФ). В итоге может быть определено несколько степеней суицидального риска: минимальный СР — до 10 баллов; средний СР — 10–15 баллов; высокий СР — более 15 баллов.

Следует помнить, что шкала суицидального риска Г. В. Старшенбаума разработана для использования специалистами психиатрического профиля (врачами-психиатрами, психотерапевтами и психологами) и содержит специфические термины, которые могут препятствовать ее качественному использованию врачами других специальностей.

В соответствии с выявленной степенью суицидального риска для каждого пациента врачом выбирается определенное направление лечебных, психотерапевтических и профилактических мероприятий.

1. При низкой степени суицидального риска могут определяться отдельные суицидальные факторы, описанные в «карте критериев». Возможны относительно кратковременные антивитаальные переживания (размышления об отсутствии ценности жизни без четких представлений о своей смерти), эпизодическое снижение настроения, не приводящее к стойкому снижению настроения и ангедонии (утрате интереса к собственной жизни и способности радоваться). Характерна минимальная выраженность суицидальных факторов при доминировании антисуицидальных факторов. В итоге можно предположить, что вероятность совершения суицидальных действий минимальна. Пациент исключается из программы клинико-психологического скрининга, однако возможно профилактическое наблюдение.

2. Средняя степень суицидального риска может характеризоваться выраженными депрессивными переживаниями, чувством безнадежности, при этом антивитаальные переживания и размышления об отсутствии ценности жизни также имеют значительную выраженность. Возможно субъективное ощущение собственного бессилия, невозможности преодоления проблемы, высокая ситуативная и личностная тревожность, повышение агрессивных тенденций (склонность к вербальному проявлению злости, подозрительности) при наличии актуального переживания чувства вины. Такое сочетание признаков при неблагоприятных обстоятельствах может приводить к трансформации гетероагрессивных импульсов в аутоагрессивные. Отмечается повышение переменных факторов СР (средние и высокие баллы). Вместе с тем может отмечаться достаточное количество антисуицидальных факторов, что свидетельствует о наличии личностных ресурсов, необходимых для разрешения жизненных сложностей.

Таким образом, можно предположить, что вероятность совершения суицида существует и пациент находится в «зоне риска». В том случае, если выявляется средняя степень СР, пациент направляется на III этап, предполагающий дополнительное, углубленное исследование, направленное на уточнение клинических особенностей состояния пациента. После проведения исследования результаты тестов анализируются, кратко описываются и передаются лечащему врачу. Если отмечается повышение значений по

всем трем опросникам (шкалы депрессии и безнадежности Бека, шкала аффективности Бойко), то СР считается высоким. Пациент направляется на экстренную антикризисную консультацию к врачу-психиатру, психотерапевту или психологу. Если по результатам тестов повышения по всем трем шкалам нет, то СР считается средним и пациент направляется на плановую профилактическую консультацию к врачу-психотерапевту, психиатру или психологу для прояснения состояния.

3. Для высокой степени суицидального риска характерным может быть высокое чувство безнадежности, пессимистическое видение будущего, ощущение бесперспективности. Выражены переживания, связанные с субъективным ощущением невозможности самостоятельно контролировать свою жизнь. Субъективное восприятие ситуации как «безвыходной» обуславливает формирование в сознании образов собственной смерти и самоубийства. Возможно появление стойких суицидальных замыслов (разработка плана суицида) и суицидальных намерений (решение выполнить план). Свойственны эмоциональная неустойчивость, аффективность поведения, повышение ситуативной и личностной тревожности, также не исключено проявление ригидности аффекта и чувства вины. Вместе с тем депрессивные переживания не всегда выступают на первый план, хотя их интенсивность, как правило, выше средней. Во взаимоотношениях с людьми возможно проявление косвенной агрессивности в виде раздражительности, подозрительности, недоверия. Повышение агрессивности (даже косвенной) неблагоприятно и при стрессовых событиях может приводить к трансформации гетероагрессивных импульсов в аутоагрессивные. Значительно снижается выраженность антисуицидальных факторов.

Перечисленные особенности могут быть обусловлены недостаточностью компенсаторных механизмов: снижение способности к решению проблемных ситуаций, ригидность, негибкость при решении проблем и как следствие — формирование неспособности длительное время стойко переносить неприятности. К суицидальным мыслям присоединяется стойкое намерение прекратить собственную жизнь. Особо следует отметить, что не все потенциальные суициденты, имеющие стойкие суицидальные намерения, раскрывают свои мысли и планы, т. е. имеет место тенденция к диссимуляции.

В данном случае следует констатировать, что вероятность совершения суицида является крайне высокой и пациент находится

в «зоне риска». Необходима неотложная антисуицидальная, антикризисная помощь. Лечащим врачом осуществляется незамедлительное направление пациента на экстренную консультацию к врачу-психиатру, психотерапевту (по ситуации) или к психологу для проведения необходимых экстренных психотерапевтических или психиатрических мер либо для уточнения клинического состояния пациента.

III этап — дополнительное экспериментально-психологическое исследование аффективной и когнитивной сфер пациента. Данный этап необходим для более тонкой диагностики аффективной и когнитивной сфер пациента и направлен на выявление специфических клинических признаков, характерных для пациентов, находящихся в пресуицидальных состояниях.

Дополнительная диагностика с использованием экспериментально-психологических тестов назначается лечащим врачом, если на II этапе КПС выявляется средняя степень суицидального риска. В этом случае экспериментально-психологическое обследование необходимо для выявления скрытых признаков, определяющих угрозу совершения суицидальных действий, распознать которые, ограничиваясь только клинической беседой с пациентом, невозможно, а также при постановке лечащим врачом дополнительных вопросов, связанных с состоянием пациента, решение которых поможет обоснованному прогнозу суицидального поведения.

Для решения вышеобозначенных задач III этапа нами предлагается использование следующего комплекса экспериментально-психологических тестов и шкал.

1. Шкала безнадежности А. Бэка (Приложение 8).
2. Шкала депрессии А. Бэка (Приложение 9).
3. Тест «Экспресс-диагностика склонности к аффективному поведению» (В. В. Бойко) (Приложение 10).

Выбор методик определен в соответствии с современными научными представлениями о клинических феноменах, наблюдаемых у пациентов, находящихся в пресуицидальном состоянии, а также их общей доступностью, простотой в применении и обработке полученных результатов.

Шкала безнадежности А. Бэка (Beck Hopelessness Scale, BHS) позволяет оценить подверженность суицидальному риску, выраженность субъективного ощущения пациентами безнадежности и бесперспективности своей жизни. Особую ценность данная методика представляет в качестве косвенного индикатора суицидаль-

ного риска у пациентов, страдающих депрессией, а также у людей, ранее уже совершавших попытки самоубийства.

Шкала депрессии А. Бэка (Beck Depression Inventory, BDI) предназначена для оценки выраженности депрессивной симптоматики, позволяет определить уровень депрессии. Отмечается чувствительность теста к динамике депрессивных расстройств, что позволяет использовать его для оценки эффективности проведенного лечения.

Тест В. В. Бойко «Экспресс-диагностика склонности к аффективному поведению» предназначен для оценки степени аффективности поведения пациентов, крайние формы которого могут выражаться в неустойчивости эмоционального фона, раздражительности, вспыльчивости по ничтожным, незначительным причинам, способным спровоцировать неадекватную по силе чувственную, эмоциональную реакцию с агрессией и вегетативно-двигательным компонентом.

Проведение исследования с помощью предложенных тестов может взять на себя медицинский психолог, а при отсутствии в штате медицинского учреждения данного специалиста эти функции могут взять на себя сотрудники, занимающие должность младшего медицинского персонала (медицинские сестры). В случае отсутствия указанных специалистов лечащий врач может взять на себя работу по проведению исследования.

Если на III этапе КПС выявляется сочетание высоких баллов по всем трем тестам, то степень суицидального риска считается высокой. В этом случае в соответствии со II этапом пациент незамедлительно направляется для осуществления экстренной, антисуицидальной, антикризисной помощи, которая должна оказываться специально подготовленными специалистами (врачами-психиатрами, психотерапевтами и медицинскими психологами).

Если по результатам исследования значимого повышения (в соответствии с ключами методик) по всем трем шкалам нет, то СР считается средним. В этом случае пациент направляется лечащим врачом на плановую профилактическую консультацию к врачу-психиатру, психотерапевту или медицинскому психологу.

На этапах более углубленного обследования, которое нацелено в первую очередь на выявление личностных особенностей подростка, уровня выраженности дезадаптации и особенностей семейного функционирования, помимо клинического интервью, используются различные экспериментально-психологические методики. Ниже приведено их краткое описание и значимость в определении суицидального риска.

4.1. Склонность к суицидальному поведению

Опросник суицидального риска в модификации Т. Н. Разуваевой используется для экспресс-диагностики суицидального риска, выявления уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства у учащихся 8–11-го класса.

Диагностика суицидального поведения подростков (модификация опросника Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» для подросткового возраста). Методика предназначена для определения уровня тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности личности, влияющих на формирование суицидальных наклонностей подростка.

Методика выявления суицидального риска у детей (А. А. Кучер, В. П. Костюкевич). Внимание ребенка сосредотачивается на тесте, цель которого вуалируется как определение интеллектуальных способностей ребенка. Ребенку зачитываются выражения, его задача — соотнести их с соответствующими колонками заранее подготовленной таблицы в бланке ответа. На обдумывание внутреннего смысла выражения и определение темы его содержания отводится 5–7 с. Если ребенок не может отнести услышанное выражение к какой-либо теме, он его пропускает. После заполнения бланка подсчитывается количество отметок в каждой колонке. Ответы интерпретируются на основе диагностических таблиц. О наличии суицидального риска свидетельствует результат, полученный в колонке «Добровольный уход из жизни».

Методика диагностики суицидального поведения М. В. Горской предназначена для подростков 16–17 лет.

Тест «Ваши суицидальные наклонности» (З. Королева). Целью данного опросника является определение суицидальных наклонностей субъекта.

Методика определения степени риска совершения суицида (И. А. Погодин). Основу методики составляет специальная карта, в которую включен 31 фактор риска суицида. Наличие и степень выраженности каждого из этих факторов необходимо установить у обследуемого индивида.

Одним из наиболее часто используемых в клинической практике инструментов для проведения полуструктурированного интервью является **Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS)** (Приложение 4). За сравнительно короткую историю применения шкала уже успела получить широкое признание как

информативный и удобный инструмент для оценки тяжести суицида и суицидального риска. Шкала состоит из четырех модулей:

- суицидальные идеи;
- интенсивность суицидальных идей;
- суицидальное поведение;
- реальная/потенциальная опасность суицидальных попыток.

Модуль «суицидальные идеи» состоит из 5 пунктов с градацией от более легкого (1-й пункт — желание умереть) до самого тяжелого (5-й — актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерениями). Каждый пункт требует положительного или отрицательного ответа, причем ответ дается дважды — на период оценки и также на наличие данного симптома когда-либо в прошлом.

Модуль «интенсивность суицидальных идей» заполняется при наличии положительных ответов в разделе «суицидальные идеи». На каждый ответ «да» в первом модуле заполняется отдельный бланк второго модуля. Интенсивность суицидальных идей оценивается по сумме баллов показателей частоты, продолжительности, контролируемости суицидальных идей, а также наличию сдерживающих факторов и оснований для суицидальных идей. Каждый пункт оценивается по 5-балльной шкале, где 5 считается максимальной выраженностью признака. Для каждого балла приведены четкие критерии оценки. Оценка проводится также по двум временным интервалам, причем оцениваются те периоды, когда показатели интенсивности были наиболее высоки.

Третий модуль «суицидальное поведение» состоит из 6 пунктов: истинная попытка самоубийства, прерванная попытка самоубийства, остановленная попытка самоубийства, подготовительные действия или поведение, суицидальное поведение во время периода наблюдения и осуществленная попытка самоубийства. На каждый пункт также дается отдельное детализированное определение с клиническими примерами и пояснениями. Как и в первом модуле, каждый пункт оценивается дважды — на период оценки и на наличие данного проявления когда-либо в прошлом.

Последний модуль заполняется только при наличии истинных суицидальных попыток. Он состоит всего из двух пунктов: «реальная опасность/ущерб здоровью» и «потенциальная опасность». Оценка проводится трехкратно: для самой недавней попытки, для самой тяжелой попытки и самой первой суицидальной попытки. Пункт «потенциальная опасность» заполняется лишь в случае, если пункт «реальная опасность» оценен в 0 баллов (физических повреждений нет или они весьма незначительны, например —

неглубокие царапины). Пункт «реальная опасность» оценивается в зависимости от тяжести от 0 до 5, а «потенциальная опасность» — 0 до 2. Также для каждого балла приведены критерии оценки. Несомненно, удобным является то, что структурированное интервью для данной шкалы инкорпорировано в саму шкалу (рекомендуемые вопросы, которые должны быть заданы пациенту, вставлены в каждый пункт).

Крайне важно при оценке по шкале задавать предлагаемые в бланке вопросы. Это обеспечит достоверность полученных результатов. Интерпретация полученных данных достаточно проста. Оценка тяжести суицидальных идей 3 балла и выше свидетельствует о серьезном риске суицида. Оценка 5 баллов, а также любые выявленные суицидальные действия означают наличие крайне высокого риска и абсолютной необходимости urgentных терапевтических мероприятий и госпитализации. Раздел «интенсивность суицидальных идей» позволяет более точно оценить тяжесть состояния, а также спрогнозировать его динамику. Здесь очень важны пункты, отражающие способность контроля, наличие сдерживающих факторов и оснований для совершения суицида. Безусловным достоинством шкалы является возможность ретроспективной оценки прежних эпизодов, связанных с повышенным риском суицида. Это дает дополнительную возможность моделировать развитие актуальной ситуации у больного, что крайне важно с практической точки зрения.

Шкала суицидальных мыслей А. Бэка включает пять категорий вопросов, позволяющих оценить отношение к жизни/смерти, характеристики суицидальной идеаторной активности, характеристики предполагаемой суицидальной попытки, реализацию предполагаемого суицида и предпосылки для его совершения.

Шкала выраженности суицидальной активности А. Г. Амбрумовой (1980) позволяет выявить антивитаальные переживания, суицидальные замыслы, суицидальные намерения и суицидальные попытки.

Методика «Сигнал» (Зотов М. В., 2003) относится к новому поколению психодиагностических инструментов — она основана на объективном измерении психофизиологических реакций, что отличает ее от методик, направленных на выявление склонности к самоубийству с помощью опроса, экспертных оценок и самооценок, при которых весьма вероятны искажения субъективной информации об эмоциональных переживаниях. Испытуемому предлагаются задачи по выявлению грамматических ошибок в предло-

жениях с нейтральным и суицидальным содержанием. При этом регистрируется время реакции на дополнительный звуковой стимул. Используется у подростков с 16 лет.

4.2. Особенности личностного функционирования

ПДО (патохарактерологический диагностический опросник). Метод патохарактерологического исследования подростков предназначен для определения в возрасте 14–18 лет типов акцентуации характера и расстройств личности, а также сопряженных с ними некоторых личностных особенностей (психологической склонности к алкоголизации, делинквентности и др.). ПДО может быть использован не только психиатрами и медицинскими психологами, но и врачами других специальностей и педагогами, получившими специальную подготовку по медицинской психологии.

Использование данного опросника позволяет с высокой долей вероятности определить наиболее важные параметры, определяющие вероятность формирования суицидального поведения у подростков:

- наличие акцентуаций характера и типов психопатий;
- оценка личностных особенностей подростков (психологической склонности к алкоголизации, делинквентному поведению, к диссимуляции черт своего характера и системы своих личностных отношений и др.);
- оценка склонности к депрессии;
- оценка риска социальной дезадаптации;
- оценка риска злоупотребления ПАВ;
- определение склонности подростка к совершению истинных и демонстративных суицидальных попыток.

Частота, с которой встречаются разные типы расстройств личности и акцентуаций характера, непосредственно связана с тем, имело ли место демонстративное поведение, аффективная попытка или истинное покушение.

Риск демонстративного суицидального поведения уменьшается в следующем ряду: истероидный, истероидно-неустойчивый, гипертимно-истероидный типы; epileптоидный, epileптоидно-истероидный типы; другие типы. Маловероятно совершение демонстративных суицидальных попыток у шизоидного, циклоидного, сенситивного типов.

Риск аффективного суицидального поведения уменьшается в следующем ряду: лабильный, лабильно-истероидный тип; другие

варианты истероидного типа; сенситивный, конформно-неустойчивый тип; эпилептоидный тип.

Истинное суицидальное поведение в большей степени свойственно сенситивному (высокий риск!) и циклоидному типам.

Специальные дополнительные шкалы ПДО могут использоваться при решении отдельных вопросов медико-психологической диагностики, когда в этом возникает необходимость. Большинство из них построено на оценке графика обработки результатов, что упрощает процедуру, не требуя снова обращаться к опросным листам и выискивать подходящие номера выборов.

Риск социальной дезадаптации (Дз). Выявление риска социальной дезадаптации возможно, если с помощью ПДО определен гипертимный (Г), лабильный (Л), сенситивный (С), шизоидный (Ш), эпилептоидный (Э), истероидный (И), неустойчивый (Н) тип акцентуации характера.

Если диагностирован смешанный тип, то ориентируются на тот тип, в отношении которого набрано наибольшее число баллов (например, если формально диагностирован смешанный гипертимно-неустойчивый тип (ГН), но по Г набрано 8 баллов, а по Н — 6 баллов, то для определения риска социальной дезадаптации используют шкалу Г). Если при диагностике смешанного типа в отношении каждого из типов выбрано равное число баллов, то пользуются шкалой того из них, где выявляются признаки дезадаптации.

Ниже обозначены (табл. 6) заголовками диагностируемые типы акцентуаций и приведены признаки дезадаптации — величины показателей по шкалам ПДО, являющиеся таковыми признаками для данного типа. Наличие хотя бы одного из признаков говорит о риске социальной дезадаптации, наличие двух и более признаков делает этот риск высоким. Суммарные показатели (Г + Н, А + С + П) получаются арифметическим сложением баллов по данным отдельным признакам.

Обращают внимание на два вида признаков дезадаптации. Один из них — высокий показатель в баллах именно того типа акцентуации, который был диагностирован.

При минимальном диагностическом числе 6–7 баллов величина 10–13 баллов для гипертимного, лабильного, сенситивного, шизоидного, истероидного и неустойчивого типов служит признаком риска дезадаптации. Исключение составляет эпилептоидный тип — здесь высокий показатель эпилептоидности о риске дезадаптации не свидетельствует. Вероятно, это связано с существованием так называемых гиперсоциальных эпилептоидов, у которых черты их типа акцентуации могут быть ярко выражены.

Типы акцентуаций характера и признаки дезадаптации

Гипертимный тип	Лабильный тип	Сенситивный тип	Шизоидный тип
Г = 11 и больше	Л = 12 и больше	С = 11 и больше	Л = 6 и больше
Э = 7 и больше	Ш = 7 и больше	Э = 6 и больше	Ш = 12 и больше
Н = 8 и больше	Н = 7 и больше	d = 3 и больше	d = 5 и больше
Д = 5 и больше	Е = 4 и больше	Дп-амбивалентность*	—
Е = 5 и больше	d = 4 и больше	—	—
Г + Н = 19 и больше	—	—	—
Эпилептоидный тип	Истероидный тип	Неустойчивый тип	—
Ш = 7 и больше	А = 5 и больше	Ц = 6 и больше	
И = 8 и больше	П = 8 и больше	И = 10 и больше	
Н = 8 и больше	И = 13 и больше	В = 5 и больше	
Е = 5 и больше	Н = 7 и больше	А + С + П = 7 и больше	
d = 5 и больше	d = 6 и больше	—	

* Дп-амбивалентность подразумевает наличие и положительных, и отрицательных баллов по шкале депрессии независимо от суммарной оценки по ней.

Другой вид признаков — высокие показатели в отношении тех типов, которые трудно совместимы или даже в определенной мере полярны тому типу акцентуации, который диагностирован (табл. 7). Это высокие показатели эпилептоидности у гипертимного и сенситивного типов, шизоидности у лабильного типа и лабильности у шизоидного, психастеничности у истероидного типа, циклоидности и суммы баллов астенических типов у неустойчивого. Возможно, что определенная тенденция к *дискордантности характера* (феномен, обнаруживаемый в случаях, когда при диагностике определенного типа акцентуации характера одновременно оказывается достаточно высоким показатель такого типа, который с ним не совместим) может служить дезадаптирующим фактором. Возможно также, что подобные противоположные черты служат проявлением реакции гиперкомпенсации.

Склонность к депрессии (Дп). Определение риска депрессии осуществляется по графику. Положительные баллы по шкале Дп начисляются за: $\Gamma \leq 2$, $C \geq 7$, $N \leq 2$, $T > D$ (показатель откровенности выше показателя диссимуляции), у подростков мужского пола $M < \Phi$ (преобладание черт феминности в системе личностных отношений). Отрицательные баллы начисляются за: $\Gamma \geq 7$, $I \geq 7$, $N \geq 7$, $D - T \geq 4$ (диссимуляция личностных отношений).

Типы акцентуаций характера и признаки дискордантности

Диагностируемый тип	Признаки дискордантности
Гипертимный	$C \geq 6, П \geq 6, Ш \geq 6$
Циклоидный	$Ш \geq 6$
Сенситивный	$Э \geq 6, И \geq 6$
Психастенический	$Н \geq 6$
Шизоидный	$Г \geq 6, Ц \geq 6$
Эпилептоидный	$C \geq 6$
Истероидный	$C \geq 6$
Неустойчивый	$П \geq 6$
При $E \geq 5$	$C \geq 6, П \geq 6$

За каждый из перечисленных показателей начисляется один положительный или отрицательный балл. Результат суммируется. Если в сумме получается результат с отрицательным знаком, то риск депрессии отвергается. Если получается величина +2 и выше, то отмечается риск депрессии; если результат оказывается нулевым или равен +1, то риск считается неопределенным.

Дифференциальная диагностика истинных и демонстративных суицидных попыток (*Si*). Считается, что более половины суицидных попыток в подростковом возрасте являются демонстративными, т. е. не имеют настоящего намерения умереть, а лишь хотят разыграть для окружающих спектакль, производящий впечатление суицидной попытки, с целью привлечь к себе внимание, добиться каких-то преимуществ, избавиться от грозящих неприятностей. Тем не менее различить истинные и демонстративные суицидные попытки не всегда легко. По клиническим данным, у подростков около 30 % составляют не вполне ясные случаи. Именно поэтому нами была предпринята попытка использовать обследование с помощью ПДО для дифференциальной диагностики между истинными и демонстративными суицидными попытками (табл. 8).

Диагностическая процедура состоит в том, что полученные по шкале дифференциальной диагностики истинных и демонстративных суицидных попыток баллы со знаком плюс и минус суммируются алгебраически.

Шкала дифференциальной диагностики истинных и демонстративных суицидных попыток

В пользу истинной попытки начисляется 1 балл со знаком плюс за каждый из следующих показателей	В пользу демонстративной попытки начисляется 1 балл со знаком минус за каждый из следующих показателей
С = 6 и больше	Г = 7 и больше
Н = 2 и больше	С = 3 и меньше
Т больше Д	И = 7 и больше
Дп = +2 и больше	Н = 6 и больше
Дискордантность характера	Дп = - 2 и ниже

Если полученная сумма имеет знак плюс (от +1 до +5), то попытка расценивается как истинная, если знак минус (от -1 до -5) — как демонстративная. При нулевом результате она считается неопределенной.

При выявлении у подростка предрасположенности к демонстративному суицидальному поведению необходимо сделать больший терапевтический акцент на проработке межличностных отношений, учитывая особенности ранее выявленной акцентуации характера.

Риск злоупотребления ПАВ (N). Данная шкала предназначена для выявления в подростковой популяции лиц, у которых имеется склонность к злоупотреблению психоактивными веществами не только с целью получения удовольствия, но и в качестве универсального средства для снижения уровня тревоги, депрессии, ухода от имеющихся проблем (табл. 9). Учитывая высокую частоту совершения суицидальных попыток и завершенных суицидов под воздействием дурманных средств, выявление данной категории лиц среди подростков является весьма актуальным.

Таблица 9

Показатели риска злоупотребления ПАВ

Показатель	Число баллов в пользу риска
С = 0,1 или 2 баллам	2 балла
Э = 7 и более баллам	1 балл
Н = 7 и более баллам	2 балла
Склонность к употреблению спиртных напитков V = +4 и больше	1 балл

Суммарная оценка 0–1 балл принята за отсутствие риска, 2 балла — за умеренный риск, 3 балла — за выраженный риск, 4–6 баллов — за очень высокий риск.

4.3. Уровень тревоги

Методика «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ) широко используется в детской и подростковой психиатрической практике. В структуру методики включены 10 шкал, позволяющих дать дифференцированную оценку тревожности у детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет.

Шкала 1. «Общая тревожность», в результатах которой отражается общий уровень тревожных переживаний подростка в последнее время, связанных с особенностями его самооценки, уверенностью в себе и оценкой дальнейшей перспективы.

Шкала 2. «Тревога в отношениях со сверстниками», в результатах которой отражается уровень тревожных переживаний, обусловленных проблемными взаимоотношениями с другими детьми и подростками.

Шкала 3. «Тревога, связанная с оценкой окружающими», в результатах которой отражаются уровень специфической тревожной ориентации подростка на мнение других в оценке своих результатов, поступков и мыслей; уровень тревоги по поводу оценок, даваемых окружающими, в связи с ожиданием негативных реакций с их стороны.

Шкала 4. «Тревога в отношениях с учителями», в результатах которой отражается уровень тревожных переживаний, обусловленных взаимоотношениями со школьными педагогами и влияющими на успешность обучения подростка.

Шкала 5. «Тревога в отношениях с родителями», в результатах которой отражается уровень тревожных переживаний, обусловленных проблемными взаимоотношениями со взрослыми, выполняющими родительские функции, а также характер тревожного реагирования подростка в связи с родительским отношением и оценкой его родителями.

Шкала 6. «Тревога, связанная с успешностью в обучении», в результатах которой отражается уровень тревожных опасений подростка, оказывающих непосредственное влияние на развитие у него потребности в успехе, достижении высокого результата и т. п.

Шкала 7. «Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения», в результатах которой отражается уровень тревожных переживаний подростка в ситуациях, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей.

Шкала 8. «Тревога, возникающая в ситуации проверки знаний», в результатах которой отражается уровень тревоги подростка в си-

туации проверки (особенно публичной) его знаний, достижений, возможностей.

Шкала 9. «Снижение психической активности, обусловленное тревогой», в результатах которой отражается уровень реагирования на тревожный фактор среды признаками астении, оказывающей влияние на приспособляемость подростка к ситуациям стрессогенного характера.

Шкала 10. «Повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой», в результатах которой отражается уровень выраженности психовегетативных реакций в ответ на тревожный фактор среды, свидетельствующий об особенностях приспособляемости организма подростка к ситуациям стрессогенного характера.

Деление по степени выраженности каждого из 10 измеряемых проявлений тревожности разделяется на следующие категории по 10-балльной шкале:

0–2 балла — отсутствие тревоги или слабая ее выраженность;

3–5 баллов — нормативный уровень тревожности, способствующий оптимальной адаптации индивида;

6–8 баллов — повышенный уровень тревожности, дестабилизирующий психоэмоциональное состояние индивида в определенных ситуациях, — субклинический уровень;

9–10 баллов — крайне высокий уровень тревожности, носящей генерализованный характер и дезорганизирующей деятельность подростка вплоть до клинических проявлений.

Опросник ситуативной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина. Данный опросник позволяет дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. Опросник позволяет специалисту косвенным образом выявить особо уязвимые с точки

зрения суицидальности «триггерные зоны», которые связаны с высоким уровнем личностной тревожности, а также выраженностью эмоциональных проявлений в соответствующей ситуации.

Шкала личностной тревожности Дж. Тейлор. Данная шкала состоит из 50 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». Утверждения отбирались из набора утверждений Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММРП). Выбор пунктов для теста осуществлялся на основе анализа их способности различать лиц с «хроническими реакциями тревоги». Более известен вариант методики в адаптации Т. А. Немчинова и В. Г. Норакидзе (1975), которые дополнили опросник шкалой лжи, позволяющей судить о демонстративности, неискренности в ответах.

4.4. Уровень депрессии

Методика оценки уровня депрессии по шкале Зунга. Шкала Зунга (в адаптации Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю., 1995) предназначена для самооценки депрессии. На основе факторного анализа измеряют 7 параметров: чувство душевной опустошенности, изменение настроения, соматические и психомоторные симптомы депрессии, суицидальные мысли, раздражительность, нерешительность. Шкала включает 20 пунктов, каждый из которых определяет субъективную частоту («никогда или изредка», «иногда», «часто», «почти всегда или постоянно») симптомов депрессии. Подсчет осуществляется в соответствии с ключом. В результате получается числовое выражение (уровень депрессии — УД), которое колеблется от 50 до 70 баллов и выше. Оценка результатов производится в соответствии со следующими правилами: < 50 баллов — состояние без депрессии; 50–59 баллов — минимальная, легкая депрессия; 60–69 баллов — умеренная депрессия; > 70 баллов — истинное депрессивное состояние.

4.5. Агрессия, враждебность, раздражительность

Опросник Басса — Дарки. Данный опросник содержит 8 шкал, направленных на выявление двух видов враждебности (обида и подозрительность) и пяти видов агрессии (физическая агрессия, ковенная агрессия, раздражение, негативизм и вербальная агрессия).

1. Показатели по шкале «Физическая агрессия» отражают использование подростками физической силы против другого лица.

2. В показателях шкалы «Косвенная агрессия» отражена агрессия, которая может быть направлена на другое лицо (сплетни, злобные шутки), или агрессия, которая ни на кого не направлена (взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топание ногами и т. п.).

3. По шкале «Раздражение» показатели регистрируют готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость).

4. Результаты шкалы «Негативизм» отражают оппозиционную манеру поведения, обычно направленную против авторитета или руководства. Это поведение может проявляться в формах от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов.

5. В показателях по шкале «Обида» отражена степень зависти и ненависти к окружающим, обусловленных чувством горечи и гнева на весь мир за действительные или вымышленные (мнимые) страдания.

6. По показателям шкалы «Подозрительность» регистрируют существование недоверия и осторожности по отношению к людям, основанных на убеждении, что окружающие намерены причинить вред.

7. Показатели шкалы «Вербальная агрессия» отражают выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы).

8. Результаты шкалы «Чувство вины» выражают возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести.

Результаты исследования по полученным шкалам рассчитываются в процентном соотношении совпадений ответов испытуемых с ключом: таким образом, распределение процентов происходит в интервале от 0 до 100 %. Оценка результатов производится в соответствии со следующими правилами: отсутствует или слабо выраженный уровень — 0–25 %; средний или нормальный уровень — 26–50 %; повышенный уровень — 51–75 %; крайне высокий уровень — больше 75 %. За нормативные данные берутся средние показатели, полученные при исследовании общей популяции населения.

4.6. Дополнительные методики

Методика «Копинг-тест Лазаруса» (Lazarus R. S., Folkman S., 1984). В структуру методики включены 8 параметров-шкал, позволяющих выделить у обследуемого преобладающие копинги по-

ведения: конфронтационный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование и решение проблемы, а также положительная переоценка.

Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга. Детский вариант методики предназначен для ребенка 7–14 лет. Позволяет выявлять уровень социальной адаптации, причины неадекватного поведения учащихся по отношению к сверстникам и преподавателям (конфликтность, агрессивность, изоляция) и эмоциональные стереотипы реагирования в стрессовых ситуациях.

Факторный личностный опросник Кеттелла. Позволяет определить личностные свойства детей и подростков, степень социальной адаптации, наличие эмоциональных, личностных проблем. Существуют варианты для детей (7–12 лет) и подростков (12–16 лет).

Методика «Незаконченные предложения», вариант методики Saks — Sidney, адаптированной в СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева. Может использоваться для учащихся с 1-го класса. Позволяет оценить отношение к себе, семье, сверстникам, взрослым, к переживаемым страхам и опасениям, отношение к прошлому и будущему, к жизненным целям.

Определение склонности к отклоняющемуся поведению (А. Н. Орел). Предлагаемая методика является стандартизированным опросником, предназначенным для измерения склонности подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения. Методика предполагает учет и коррекцию установки на социально желательные ответы испытуемых. Шкалы опросника делятся на содержательные и служебную.

Содержательные шкалы направлены на измерение психологического содержания комплекса связанных между собой форм девиантного поведения, т. е. социальных и личностных установок, стоящих за этими поведенческими проявлениями. Служебная шкала предназначена для измерения предрасположенности испытуемого давать о себе социально одобряемую информацию, оценки достоверности результатов опросника в целом, а также для коррекции результатов по содержательным шкалам в зависимости от выраженности установки испытуемого на социально желательные ответы.

Необходимо также учитывать, что содержание и структура деликвентного поведения у юношей и девушек существенно отличаются и соответственно различаются пункты, входящие в шкалу деликвентности для женского и мужского видов методики.

Цветовой тест М. Люшера позволяет определить психоэмоциональное состояние и уровень нервно-психической устойчивости, степень выраженности переживаний, особенности поведения в напряженных ситуациях и возможность самостоятельного выхода, склонность к депрессивным состояниям и аффективным реакциям. Предназначен для взрослых и детей с 5 лет. Выраженным признаком риска суицидального поведения является выбор группы $+7 \div +4$ — «Старается избавиться от проблем, трудностей и напряжения с помощью непоследовательных и неожиданных действий. Отчаянно ищет пути избавления, способен на опрометчивые поступки вплоть до самоубийства».

Помимо перечисленных методик, в работе с подростком может быть использована *визуально-аналоговая шкала*, которая представляет собой прямую линию длиной 10 см, начало которой соответствует отсутствию явления — «феномена нет». Конечная точка на шкале отражает высшую степень выраженности изучаемого феномена или явления — «крайняя выраженность». Линия может быть как горизонтальной, так и вертикальной. Пациенту предлагается сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности измеряемого ощущения. Расстояние между началом линии («нет ощущения») и сделанной больным отметкой измеряют в сантиметрах и округляют до целого. Каждый сантиметр на визуальной аналоговой шкале соответствует 1 баллу. Как правило, все пациенты, в том числе и дети старше 5 лет, легко усваивают визуальную аналоговую шкалу и правильно пользуются ею. Визуальная аналоговая шкала является достаточно чувствительным методом для количественной оценки феноменов, и данные, полученные при ее использовании, хорошо коррелируют с другими методами измерения их интенсивности.

После того как осуществлена уже полная клинико-психологическая экспертная оценка, важно определить степень риска суицида с точки зрения его величины в более расширенном варианте. В приведенной ниже таблице (табл. 10) за основу взят отрезок в масштабе от «несуществующий риск самоубийства» до «крайне высокая степень риска самоубийства».

Подобная переоценка уровня суицидоопасности связана с тем, что на этапе скрининга не всегда возможно выяснить все факторы суицидального риска, а также важные, с точки зрения специалиста, аспекты межличностных отношений, особенности эмоциональной сферы и личностной патологии со свойственными ей отклоняющимися формами поведения.

Уровень суицидального риска

Уровень риска	Критерий
Отсутствует	Риска нанесения себе вреда не существует
Незначительный	Суицидальные идеи ограничены, нет твердых планов или подготовки к нанесению себе вреда, известно всего лишь несколько факторов риска. Намерение совершить самоубийство неочевидно, но суицидальные идеи присутствуют. У подростка нет определенных планов и не было попыток самоубийства в прошлом
Умеренный	Налицо твердые планы и подготовка с заметным присутствием суицидальных идей, возможно наличие попыток суицида в прошлом и, по крайней мере, два дополнительных фактора риска. Или при наличии более одного фактора риска суицида присутствуют суицидальные идеи и намерение, но отрицается наличие четкого плана. Присутствует мотивация по возможности улучшить свое текущее эмоциональное состояние и психологический статус
Высокий	Четкие и твердые планы и подготовка к тому, чтобы причинить себе вред, или известно, что у подростка были многочисленные попытки самоубийства в прошлом, наличие двух или более факторов риска. Суицидальные идеи и намерения вербализуются наряду с хорошо продуманным планом и средствами для выполнения этого плана. Подросток проявляет когнитивную жесткость и отсутствие надежд на будущее, отвергает предлагаемую социальную поддержку
Крайне высокий	В прошлом многочисленные попытки суицида наряду с несколькими значительными и многообразными факторами риска. Крайне необходимо повышенное внимание и неотложные меры

В конечном счете врач несет ответственность за выбор подхода и определение точки на шкале летальности, которая могла бы помочь выявить у подростка наличие потенциала на причинение себе смертельного вреда. С нашей точки зрения, лучше совершить ошибку в сторону ложноположительного, чем ложноотрицательного определения. Вместе с этим диагностированный у конкретного индивида в данных обстоятельствах уровень суицидального риска — незначительный, умеренный, высокий или крайне высокий — не может экстраполироваться на будущее. Отдаленный прогноз суицидального поведения — задача чрезвычайно сложная, требующая поиска дополнительных критериев.

Оценка постсуицидального периода. В случае совершения подростком суицидальной попытки основной задачей врача является оценка постсуицидального периода в зависимости от его динамики и типа, а также проведение диагностического обследования для выбора терапевтической тактики, решения вопроса о вариантах амбулаторного наблюдения или необходимости стационарирования. Помимо этого, необходимо отслеживать динамику суицидального процесса и с определенной периодичностью оценивать суицидальный риск. Это связано с тем, что наличие суицидальной попытки в анамнезе является одним из наиболее значимых факторов риска повторного покушения и завершённого суицида.

В связи с тем, что постсуицидальные состояния имеют свою динамику, целесообразно выделить три периода в их развитии (Амбрумова А. Г., 1980).

1. Ближайший постсуицид (в течение первой недели после совершённой попытки). Проявления его полиморфны и складываются из психических переживаний и соматоневрологических осложнений, вызванных суицидальной попыткой. Несмотря на лабильность оценок и личностных позиций, в течение недели после суицида формируется тип постсуицидального состояния, поэтому одной из главных задач является его правильная квалификация и выработка тактики дальнейшего ведения суицидента.

2. Ранний постсуицид (от недели до месяца после попытки). В этот период по мере ликвидации соматических осложнений на первый план выдвигаются проблемы «психической реанимации» или психиатрической помощи (в случаях душевных заболеваний). Основные усилия должны быть направлены на ликвидацию конфликтной ситуации, выработку адекватных установок у суицидента, повышение его толерантности к психогенным влияниям и ликвидацию психопатологической продукции. Важно отметить, что в раннем постсуициде пациенты особенно подвержены травматизации и возрождению суицидальных тенденций, поэтому контакт их с суицидологом должен быть тесным и систематическим, независимо от того, происходит ли он в стационарных условиях или амбулаторно.

3. Поздний постсуицид (последующие 4–5 мес.). Данный период наступает при благополучном прохождении раннего постсуицида, критериями чего служат: ликвидация конфликта, отсутствие суицидальных тенденций, устойчивое отрицательное отношение к совершённой попытке и наличие правильных жизненных ориентаций. На позднем этапе с особой отчетливостью выступают

проблемы, не имеющие прямого отношения к данному суицидогенному конфликту, а затрагивающие уровни социальной адаптации личности. Необходимость психокоррекционных воздействий в этом периоде также не подлежит сомнению.

После совершения подростком суицидальной попытки необходимо оценить характеристики ближайшего постсуицидального периода, определив, таким образом, дальнейшую терапевтическую тактику. Период, начинающийся вслед за попыткой самоубийства, представляет собой «результатирующую» таких многочисленных составляющих, как конфликтная ситуация, приведшая к покушению на самоубийство; сам суицидальный акт с его «психическим» и «соматическим» компонентами; особенности прерывания суицида и последующих реанимационных мероприятий; соматические последствия и осложнения; новая, сложившаяся после попытки ситуация и личностное отношение к ней и т. д. Определить удельный вес каждого из перечисленных компонентов, его роль в формировании постсуицидального состояния — задача, от решения которой зависят не только теоретические построения, но и конкретные практические решения.

В ближайшем постсуицидальном периоде определяются три главных момента: актуальность суицидогенного конфликта; степень фиксированности суицидальных тенденций; особенности отношения к совершенной попытке. В соответствии с особенностями перечисленных критериев выделяют четыре типа постсуицидальных состояний, относительно независимых от их клинических выражений.

1. Критический постсуицид:

— конфликт утратил свою актуальность, так как в пресуицидальном периоде значимость его была гиперболизирована; суицидальное действие как бы «разрядило напряженность», привело к «обрывающему» эффекту;

— суицидальных тенденций нет;

— отношение к совершенной попытке негативное — чувство стыда перед окружающими, чувство страха перед возможным смертельным исходом суицидальной попытки; понимание того, что конфликт «не стоил жертв» и что покушение на свою жизнь не изменяет положения, не разрешает ситуации;

— вероятность повторения суицида хотя и имеется, но минимальна.

2. Манипулятивный постсуицид:

— актуальность конфликта значительно уменьшилась за счет непосредственного влияния суицидальных действий пациента на

сложившуюся ситуацию и изменения ее в благоприятную для него сторону;

- суицидальных тенденций нет;

- отношение к совершенной попытке рентное — легкое чувство стыда и страх перед возможным смертельным исходом; однако имеется отчетливое понимание того, что суицидальные действия в будущем могут служить способом для достижения своих целей и средством влияния на окружающую обстановку;

- вероятность повторных суицидов в конфликтных ситуациях значительно возрастает, хотя степень их серьезности (опасности для жизни) уменьшается.

3. Аналитический постсуицид:

- конфликт по-прежнему актуален для суицидента;

- суицидальных тенденций нет;

- отношение к попытке негативное — раскаяние за совершенное покушение; понимание того, что суицид не является адекватным способом ликвидации конфликта, однако, поскольку последний сохраняет свою актуальность, обнаруживаются поиски иных путей его разрешения;

- в случае отсутствия вариантов разрешения ситуации, ее невыносимости для субъекта возможен повторный суицид, но уже не как «необдуманный шаг» под влиянием аффекта, а как единственный «выход из тупика». При этом увеличивается опасность смертельного исхода.

4. Суицидально фиксированный постсуицид:

- конфликт актуален;

- суицидальные тенденции сохраняются (в явном виде или диссимилируются);

- отношение к суициду — положительное, причем вербально это может выражаться в таком, например, заявлении, как «не вижу иного пути»;

- пациент продолжает быть опасным для самого себя и фактически не выходит из «суицидального статуса», т. е. суицидальная попытка не прерывает пресуицида.

Очевидно, что с типом постсуицидальных состояний определенным образом должна быть связана врачебная тактика. Так, если при критическом типе она может быть ограничена рациональной психотерапией, то при манипулятивном — уже может включать в себя комплекс воздействий на личность пациента и ставить перед психотерапевтом задачи изменения ценностных ориентаций, выработки негативного отношения к суициду, трансформации тех

копингов поведения, которые в будущем могут привести к повторным суицидальным попыткам.

При аналитическом типе постсуицидальных состояний особые усилия следует направлять на ликвидацию конфликтной ситуации. Если она реально имеет место, то требуется помощь со стороны соответствующих служб; если же она обусловлена психопатологической продукцией, то необходимо лечение. Но так или иначе суицидент нуждается в активной помощи и систематическом наблюдении. Естественно, что наличие суицидально фиксированного типа постсуицидальных состояний служит прямым показанием для применения мер строгого надзора по отношению к пациенту.

Четыре типа постсуицидальных состояний описаны выше в их «чистом», неосложненном виде. В тех случаях, когда после суицидальной попытки на первый план выступают явления экзогенных и соматогенных расстройств психической деятельности, обусловленных способом самоубийства (странгуляционная асфиксия с последующими синдромами помрачения сознания и дисмнестическими проявлениями; интоксикационные психозы при отравлении ядовитыми веществами; нарушения психики, характерные для острого периода черепно-мозговых травм и т. д.), постсуициды называются осложненными. При этом иногда отмечается амнезия суицидальной попытки и предшествовавших ей событий.

В некоторых случаях имеет место отрицание, сокрытие суицидальной попытки, диссимуляция пациентом истинных намерений поступка (например, из-за опасения госпитализации в психиатрическую больницу или социального осуждения). При этом суицидент сознательно искажает факты, объясняя происшедшее случайностью или неосторожностью. Однако это «искажение» не всегда является осознанным. Специалист должен помнить, что объективная оценка степени суицидальных интенций часто затрудняется следующими обстоятельствами:

— защитным поведением пациента (неосознаваемые психологические защиты), например диссоциативная амнезия обстоятельств поступка и его мотивов; декларация манипулятивных намерений при явно противоречащих им тяжелых последствиях попытки и др.;

— неадекватные представления пациента (завышенные или заниженные) о степени летальности избранного способа суицидальной попытки — характерны для действий детей, подростков или лиц с тяжелыми психическими расстройствами;

— недоучет пациентом случайных внешних обстоятельств (например, вмешательство посторонних).

Вследствие несовпадения краткосрочных целей («изменение ситуации», «избавление от душевной боли» при помощи суицида) и долгосрочных перспектив («желание позитивных изменений», «стремление к лучшей жизни»), степени летальности выбранного способа, динамичного изменения состояния (абортивная попытка), недоучета обстановки (прерванная попытка), оценка суицидальных действий в категориях «истинные» — «демонстративные» не всегда практически обоснована. Можно сказать, что скорее категория истинности дает нам большее представление о суицидальной попытке как требующей более пристального внимания и дальнейшего наблюдения, особенно в совокупности с диагностированной психической патологией, а демонстративность, которая порой является нарочитой, особенно у лиц с истероидным радикалом личности, позволяет в большей мере сместить фокус внимания к категориям личностного смысла суицидального поведения.

Вместе с тем не подвергается сомнению, что любая суицидальная попытка, как истинная, так и демонстративная, имеет свой мотив, что подтверждается словами Эдвина Шнейдмана, который говорил, что «встречается множество бессмысленных смертей, но никогда не бывает немотивированных самоубийств». Хотя, с нашей точки зрения, в силу выраженности патологического состояния («туннельное сознание», «руминация мыслей», «душевная боль», ангедония и т. д.) при истинных суицидальных попытках, смысл, по сути, поглощается невыносимым душевным состоянием, избавление от которого и является целью предпринимаемой попытки.

В связи с этим на этапе оказания кризисной помощи необходимо раскрытие переживаний подростка с разъяснением личностного смысла суицидального поведения. В общем виде личностный смысл может быть представлен следующими типами (Амбрумова А. Г., 1980): протест (месть), призыв, избегание (наказания, страдания), самонаказание, отказ.

«Протестные» формы суицидального поведения возникают в ситуации конфликта, когда объективное его звено враждебно или агрессивно по отношению к субъекту, а смысл суицида заключается в отрицательном воздействии на объективное звено. Месть — это конкретная форма протеста, нанесение конкретного ущерба враждебному окружению. Данные формы поведения предполагают наличие высокой самооценки и самоценности, активную или

агрессивную позицию личности с функционированием механизма трансформации гетероагрессии в аутоагрессию.

Смысл суицидального поведения типа «призыва» состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. При этом позиция личности менее активна.

При суицидах «избегания» (наказания или страдания) суть конфликта — в угрозе личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самооценнность. Смысл суицида заключается в избегании непереносимости наличной угрозы путем самоустранения.

«Самонаказание» можно определить как «протест во внутреннем плане личности»; конфликт, по преимуществу, внутренний при своеобразном расщеплении «Я», интериоризации и сосуществовании двух ролей: «Я-судьи» и «Я-подсудимого». Причем смысл суицидов самонаказания имеет несколько разные оттенки в случаях «уничтожения в себе врага» (так сказать, «от судьбы», «сверху») и «искупления вины» («от подсудимого», «снизу»).

Если в предыдущих четырех типах цель суицида и мотив деятельности не совпадали, что давало основания квалифицировать суицидальное поведение как действие, то при суицидах «отказа» обнаружить заметное расхождение цели и мотива не удастся. Иначе говоря, мотивом является отказ от существования, а целью — лишение себя жизни.

Рассматривая предложенную схему от первого типа к пятому, можно обнаружить постепенное сближение цели суицида с мотивом деятельности, вследствие чего укрепляется истинность суицидальных тенденций, нарастает желание смерти, а значит, и серьезность попыток. В подростковом возрасте наблюдается наибольшая встречаемость мотивов протеста и призыва, хотя чаще всего они сочетаются друг с другом или с другими мотивами.

Оценка индивидуальных факторов риска. Для более точного предсказания суицидологического прогноза требуется тщательный анализ индивидуальных факторов. В каждом конкретном случае реальный риск суицидального поведения мы рекомендуем определять на основе сопоставления суицидогенных и антисуицидальных факторов личности.

Индивидуальные факторы личности, имеющие суицидальную направленность, подразделяются (по мере их последовательного включения на пути от дезадаптации до суицидального поступка) на predispositional, positional, statusные и intentional (Амбрумова А. Г., 1980).

1. Предиспозиционные суицидогенные факторы представляют собой «слабые», «угрожаемые» в отношении их недостаточности, неполноценности функционирования, а также механизмы психической деятельности, которая складывается из: мотивации, ориентировки в ситуации и ее оценки, суждения о ней, формулировки цели и задач, принятия решения, выбора средств осуществления деятельности и необходимых для этого форм контактов.

Потенциально опасной в отношении суицида, приводящей к срыву тех или иных звеньев деятельности является совокупность следующих условий:

- сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам;
- своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность, незрелость суждений), недостаточность механизмов планирования будущего;
- неблагополучие, неполноценность коммуникативных систем;
- неадекватная личностным возможностям (заниженная, лабильная или завышенная) самооценка;
- слабость личностной психологической защиты;
- снижение или утрата ценности жизни.

Методами их диагностики являются клиническое наблюдение, беседа и психологическое обследование.

2. Позиционные суицидогенные факторы — это «проигрышные», дезадаптирующие, суицидоопасные позиции, которые личность занимает в ситуации конфликта. Позицией личности называется интегральное, смысловое образование, выражающее систему отношений субъекта к наличной ситуации, мнению окружающих и к самому себе; содержащее в себе моральную оценку ситуации, прогнозирование ее исхода, а также определяющее тактику поведения.

Риск возникновения суицидальных тенденций и поступков значительно возрастает, если субъект занимает в ситуации конфликта при наличии предиспозиционных суицидогенных факторов одну из следующих «проигрышных позиций»: «никто меня не понимает», «все против меня», «нет справедливости», «нет сил бороться» — протест; «я никому не нужен», «за что вы меня так мучаете?» — призыв; «дальше будет еще хуже», «деваться некуда», «мне не вынести этого позора» — избегание; «никогда не прощу себе» — самонаказание; «никогда не вернуть того, что было», «все потеряно», «это — конец» — отказ.

3. Статусными суицидогенными факторами являются те психические состояния и реакции, которые, возникая на основе соответ-

ствующим предиспозиций и позиций, несут в себе потенциальную угрозу суицида. Это аффективные (тревога, страх, депрессия, дистимия, дисфория), аффективно-бредовые и галлюцинаторно-бредовые синдромы у лиц с психической патологией.

Что же касается лиц практически здоровых, а также занимающих промежуточное положение между нормой и пограничной патологией, то возникающие у них в экстремальных, конфликтных условиях суицидоопасные состояния и реакции следует выделять в особый класс, отличающийся, с одной стороны, от психопатологических синдромов, а с другой стороны, от оптимального диапазона нормальных переживаний.

Окружающая реальность изменяет свое смысловое содержание, воспринимаясь преимущественно с позиций возникшего суицидального мотива. Суицидогенный конфликт и его участники как бы уходят за пределы актуальности. Объекты, находящиеся в поле зрения суицидента, нередко приобретают значение средств самоубийства, выбор которых падает на первый подходящий предмет (веревка, бритва, кухонный нож, окно, ядовитые вещества и т. д.).

Своеобразной трансформации подвергается и самосознание: охваченность суицидальным побуждением предполагает отсутствие страха боли и смерти, телесные ощущения вытесняются из сознания. Период от зарождения суицидальных тенденций до их реализации может исчисляться минутами. В результате эгоцентрического переключения сознания суицидентом недоучитываются обстоятельства покушения, которые, несмотря на выраженность намерения умереть, связаны с совершением попытки на глазах у окружающих, что позволяет им принять экстренные меры к спасению суицидента.

Попытки прервать стремительно развивающийся суицидальный акт зачастую не приносят успеха, вызывая лишь появление агрессивных и усиление суицидальных тенденций. С момента же начала реализации последние резко ослабевают вплоть до полного исчезновения. Одновременно с этим в «исходное положение» возвращается сознание и самосознание, появляется критика своего поступка, чувство раскаяния и стыда за совершенное при утрате или значительном уменьшении актуальности суицидогенного конфликта. Память на происшедшее сохраняется, однако объем ее бывает ограничен тем эгоцентрическим переключением, которому подверглось сознание.

Реакции психалгии. Суть этих преимущественно аффективных реакций состоит в ощущении «душевной боли», возникаю-

щей на высоких степенях интенсивности отрицательной эмоции. При этом не происходит никаких трансформаций сознания, биологических потребностей и витальных проявлений; сохраняется способность к дифференциации внешних стимулов; не появляется негативной или продуктивной симптоматики. Наблюдается некоторое сужение мотивационной сферы, а также известное ограничение общения. Своеобразно, отлично от депрессий, изменяется переживание времени. Характерно стеничное поведение, поиск или переход к новым стратегиям поведения, направленным на избавление от страдания.

Психалгические реакции встречаются в широком спектре личностных вариаций и практически во всех возрастных группах. Их суицидоопасность чрезвычайно высока, причем значителен как риск покушений, так и риск завершённых самоубийств. После суицидальных попыток, совершённых в состоянии психалгии, хотя суицидальные тенденции и ослабевают достаточно быстро, но актуальность суицидогенных конфликтов продолжает еще некоторое время (дни или недели) сохраняться. Это обстоятельство обуславливает вероятность повторных покушений в случаях, если конфликтная ситуация не найдет адекватного разрешения.

Переживания негативных интерперсональных отношений. Качественное своеобразие этих реакций, несмотря на безусловное присутствие в них аффективного компонента, заключается в идеаторной сфере. Речь идет о таких состояниях, которые сопровождаются мучительной сосредоточенностью на представлениях и суждениях, направляемых резко изменившимся отрицательным отношением к субъекту высокозначимых для него лиц.

Подобные реакции появляются в ситуации межличностных конфликтов, которым предшествовал период интерперсональной фиксации на «значимом другом» в пределах круга общения человека. Такие фиксации сопровождаются, как правило, «ценностным сужением», т. е. ярким доминированием в сознании выбранного объекта отношения и относительным снижением уровня иных ценностей. В ситуации конфликта возникает так называемая цепная реакция, когда, стремясь оторваться от источника боли, человек еще сильнее притягивается к нему. Таким образом, переживания отрицательных интерперсональных отношений обладают способностью поддерживать себя по типу порочного круга и трансформироваться в пресуицид. Следует отметить, что часть из них можно причислить к разряду криминогенных: некоторые суициденты сообщали, что их в большей степени влекло к устране-

нию «объекта», чем к самоубийству, однако в последний момент срабатывал сформированный в процессе социализации механизм переключения гетероагрессии на аутоагрессию.

При реакциях негативных интерперсональных отношений пре-суицидальный период бывает более продолжительным, чем при реакциях эгоцентрического переключения и психалгиях.

Встречаются как истинные, так и демонстративно-шантажные покушения, имеющие характер «призыва» или «протеста». Суицидентом принимаются меры к тому, чтобы источник конфликта знал о его намерениях. После попыток самоубийства суицидальные тенденции исчезают в тех случаях, когда ситуация изменилась в благоприятную сторону. Если же этого не произошло — продолжается манипулирование суицидальными проявлениями.

Реакции отрицательного баланса. Так следует квалифицировать суицидоопасные состояния, содержанием которых является рациональное «подведение жизненных итогов», оценка пройденного пути, определение реальных перспектив существования, сравнение положительных и отрицательных моментов продолжения жизнедеятельности. При наличии преимущественно внутренних конфликтов, объективно неразрешимых, и ограничений адаптационной деятельности, обнаруживающих явную тенденцию к постепенному и необратимому усилению в будущем, в сознании личности выводится «отрицательный жизненный баланс» и принимается решение о самоубийстве.

Подобные механизмы суицидального поведения наблюдаются, например, у лиц с неизлечимыми соматическими заболеваниями (рак, лейкоз), знающих о неизбежности углубления страданий и летального исхода; у одиноких лиц позднего возраста, критически оценивающих свое прогрессирующее физическое одряхление и нарастающую несостоятельность во всех сферах деятельности вплоть до самообслуживания, и т. п.

Важно подчеркнуть, что ни сам процесс «взвешивания» позитивных и негативных сторон, ни его результат — суицидальное решение — не испытывают при реакциях данного типа деформирующего влияния какой-либо психической сферы. Анализируя эти реакции, не удастся выявить акцент на тех или иных психических функциях, как это имело место в предыдущих типах. Клиническое исследование (применительно к приведенным примерам) включает признаки соматогенной или инволюционной патологии. «Подведение баланса» предполагает высокий уровень критично-

сти, четкость и реалистичность суждений, сохранность личностного ядра, а поведение в пресуициде свидетельствует об отсутствии аффективной напряженности (то, что в зарубежной литературе обозначается термином «холодный» пресуицид). Подготовка к самоубийству носит тщательно скрытый характер; выбираются наиболее летальные способы суицида. В случае покушений, не закончившихся смертью, суицидальные намерения сохраняются и с большим трудом подвергаются обратному развитию.

Существование смешанных и переходных реакций доказывает принципиальную общность вышеописанных типов, отсутствие непреодолимых границ между ними, наличие для них единых базисных механизмов. Акцентированные реакции не имеют жесткой связи с тем или иным типом личности, можно лишь говорить о преимущественных корреляциях с диапазонами личностных вариаций.

Так, реакции эгоцентрического переключения чаще возникают у личностей с чертами возбудимости, стеничности, агрессивности; психалгии — при элементах эмоциональной неустойчивости, снижении толерантности к эмоциональным нагрузкам. Для реакций негативных интерперсональных отношений существенно наличие ригидно-конформного радикала, фиксированность нравственных установок. Реакции отрицательного баланса имеют место при гармоничных личностных структурах со сложившейся рациональной системой защитных механизмов.

Составляя преklinическую зону, акцентированные реакции (первые три типа) могут в ряде случаев трансформироваться в психопатологические клинические феномены: реакции эгоцентрического переключения — в синдромы измененного сознания; психалгии — в депрессивные состояния; переживания негативных интерперсональных отношений — в обсессивные, сверхценные, реже — субпараноидные образования с микромасштабными идеями отношения.

4. Интенционные суицидогенные факторы включаются с момента зарождения суицидальных тенденций и проявляются в степени их активности, вероятности реализации, а также истинности и серьезности суицидальных намерений.

Оценка истинной серьезности суицидальной попытки, т. е. вероятности завершеного самоубийства, существенно корректируется и уточняется, как правило, в постсуицидальном периоде. Несмотря на ретроспективность такого анализа, он имеет несомненное практическое значение в отношении прогноза повтор-

ных суицидов. При его проведении необходимо обращать внимание на три момента: обстоятельства попытки, субъективные сведения суицидента, медицинские критерии серьезности покушения.

Более подробно следует охарактеризовать выбор способа суицида и принятие алкоголя перед попыткой. Выбор способа суицида обуславливается культурно-историческими моментами, представлениями о летальности способа, эстетическими критериями, витальными переживаниями (страх боли, крови), остротой пресуицида, серьезностью намерений и реальной обстановкой. Способы самоубийств и покушений отличаются по частоте их использования.

Более половины самоубийств и суицидальных попыток совершаются в состоянии алкогольного опьянения. Наличие опьянения к моменту попытки констатируется не только у определенной части больных хроническим алкоголизмом, но и в других диагностических категориях, включая практически здоровых лиц, ранее употреблявших алкоголь умеренно или эпизодически.

Между приемом алкоголя и суицидальным поведением существуют два основных типа соотношений. При первом из них алкоголь принимается до появления суицидальных мыслей. В состоянии опьянения вначале возникают конфликты, затем — суицидальные тенденции, которые в течение короткого и острого пресуицида достигают максимума и реализуются в суицидальных действиях. При втором типе алкоголь принимается после появления суицидальных мыслей с целью облегчить реализацию своего намерения. Пресуицид в этом случае более продолжительный, с меньшей аффективной напряженностью.

Влияние алкогольного опьянения на степень суицидального риска неоднозначно. С одной стороны, оно повышает вероятность суицидальных действий, облегчает их реализацию; с другой стороны, в большинстве случаев свидетельствует о недостаточной истинности и серьезности намерений; с третьей стороны, в силу ослабления критики и контроля над своим поведением может приводить к завершенным суицидам даже при явно демонстративных тенденциях.

Оценка антисуицидальных факторов личности. Антисуицидальные факторы личности — это установки и переживания, препятствующие реализации суицидальных намерений. Антисуицидальные факторы складываются в определенную систему, куда входят:

- интенсивная эмоциональная привязанность к значимым близким;
- родительские обязанности;
- выраженное чувство долга, обязательность;
- концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического страдания или ущерба;
- зависимость от общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих;
- представления о позорности, греховности суицида;
- представление о неиспользованных жизненных возможностях;
- наличие творческих планов, тенденций, замыслов;
- наличие эстетических критериев в мышлении (нежелание выглядеть некрасивым даже после смерти).

Все перечисленные факторы подразделяются на две категории: 1) факторы, требующие для своего поддержания постоянной деятельности и дополнительных затрат энергии (такие, например, как наличие творческих планов и замыслов); 2) факторы, не зависящие от энергетических колебаний, не требующие дополнительной активности (такие, например, как ранее оформившиеся устойчивые представления о позорности суицида или эстетические критерии).

Понятно, что при состояниях снижения психической активности (астения, депрессия) прежде всего выходит из строя первая группа факторов, в то время как факторы второй группы отличаются достаточно стабильным функционированием. Чем большим количеством действующих антисуицидальных факторов обладает субъект, тем прочнее его «антисуицидальный барьер» и тем менее вероятно реализация суицидальных тенденций, и наоборот.

Выявить антисуицидальные факторы можно в процессе направленной беседы или с помощью опросника причин для жизни (Reasons for Living Inventory; Linehan M., 1983). Данный опросник предназначен для выявления наиболее значимых для личности причин, которые в дальнейшем могли бы удержать тестируемого от совершения суицидальной попытки. Опрос пациента проводится в ходе компьютерного тестирования (в комплекте с программой «Сигнал») или на бланке (Приложение 5) и позволяет оценить уровень ответственности перед семьей, роль мотивов, связанных с детьми, умение справляться с ситуацией, опасения относительно социального неодобрения и совершения самоубийства, а также моральные установки, противоречащие суицидальному поведению. Американская исследовательница М. Лайнхен выделила шесть

групп мотивов, по которым лица с суицидальными тенденциями могут удерживаться от совершения самоубийства.

1. Убеждения в необходимости преодоления проблемы («Как бы плохо я себя ни чувствовал, я всегда уверен, что еще не все потеряно»).

2. Ответственность за семью («У меня есть обязательства перед моей семьей»; «Я очень сильно люблю мою семью и никогда не оставлю ее»).

3. Забота о детях («Дети нуждаются во мне, я должен жить ради нее»).

4. Страх суицида («Я боюсь смерти и неизвестности»; «Я боюсь, что останусь в живых после попытки покончить с собой и стану инвалидом»).

5. Страх социального отвержения («Меня беспокоит, что другие станут считать меня слабым и никчемным, если я попытаюсь покончить с собой»).

6. Моральные и религиозные установки («Мои религиозные убеждения запрещают совершать суицид»).

В процессе диагностического интервью и дальнейшей психотерапевтической работы с ближайшим окружением подростка специалист обязан обучать родственников выявлять специфические «маркеры», сигнализирующие об изменении состояния ребенка и возможном суицидальном риске. Благодаря этому родственники могут самостоятельно осуществлять первичную неспецифическую диагностику и вовремя обратиться к специалисту. Список основных выявляемых «маркеров» может выглядеть следующим образом.

1. Уход в себя. Стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Но будьте начеку, когда замкнутость и обособление становятся глубокими и длительными или когда подросток, ранее общительный, сторонится вчерашних друзей и товарищей.

2. Капризность, привередливость. Любой подросток время от времени капризничает, хандрит. Это состояние может быть вызвано погодой, самочувствием, усталостью, учебными или семейными неурядицами и т. п. Но когда настроение подростка чуть ли не ежедневно колеблется между упадком и возбуждением, необходимо обратить на это внимание.

3. Депрессия. Это глубокий эмоциональный упадок, который у каждого человека проявляется по-своему. Некоторые подростки становятся замкнутыми, уходят в себя, но при этом маскируют свои чувства настолько хорошо, что окружающие долго не замеча-

ют перемен в их поведении. Единственный путь в таких случаях — прямой и открытый разговор.

4. Агрессивность. Многим актам самоубийства предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости к окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом суицидента обратиться на него внимание, помочь ему. Однако подобный призыв обычно дает противоположный результат — неприязнь окружающих, их отчуждение от суицидента. Вместо понимания человек добивается осуждения со стороны близких людей.

5. Саморазрушающее и рискованное поведение. Некоторые суицидальные подростки постоянно стремятся причинить себе вред, ведут себя «на грани риска». Это может быть связано также с неумеренным употреблением алкоголя, наркотических веществ, табака, половой распущенностью.

6. Потеря самоуважения. Молодые люди с заниженной самооценкой или же относящиеся к себе и вовсе без всякого уважения считают себя никчемными, ненужными и нелюбимыми. Им кажется, что они аутсайдеры и неудачники, что у них ничего не получается и что никто их не любит. В этом случае у них может возникнуть мысль, что будет лучше, если они умрут.

7. Изменение аппетита. Отсутствие или, напротив, повышение аппетита может свидетельствовать об изменении эмоционального состояния подростка. Особое значение это играет при возникновении расстройств пищевого поведения у девушек (анорексия, булимия), так как они находятся в зоне риска суицидального поведения.

8. Изменение режима сна. В большинстве своем суицидальные подростки спят целыми днями; некоторые же, напротив, теряют сон и превращаются в «сов»: допоздна они ходят взад-вперед по своей комнате, некоторые ложатся только под утро, бодрствуя без всякой видимой причины.

9. Изменение успеваемости. Многие учащиеся, которые раньше учились на «хорошо» и «отлично», начинают прогуливать, их успеваемость резко падает. Тех же, кто и раньше ходил в отстающих, нередко исключают из школы.

10. Внешний вид. Известны случаи, когда суицидальные подростки перестают следить за своим внешним видом. Подростки, оказавшиеся в кризисной ситуации, неопрятны в связи с тем, что им совершенно безразлично, какое впечатление они производят.

11. Раздача подарков окружающим. Некоторые люди, планирующие суицид, предварительно раздают близким и друзьям свои

вещи. Как показывает опыт, эта зловещая акция — прямой предвестник грядущего несчастья. В каждом таком случае рекомендуется серьезная и откровенная беседа для выяснения намерений потенциального суицидента.

12. Приведение дел в порядок. Одни суицидальные подростки будут раздавать свои любимые вещи, другие сочтут необходимым перед смертью «привести свои дела в порядок» — попрощаться с друзьями, завершить деятельность в социальной сети и т. д.

13. Психологическая травма. Каждый подросток имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К его слову может привести крупное эмоциональное потрясение или цепь мелких травмирующих переживаний, которые постепенно накапливаются. Расставание с родными, домом, привычным укладом жизни, столкновение со значительными физическими и моральными нагрузками, незнакомая обстановка и атмосфера могут показаться человеку трагедией его жизни. Если к этому добавляется развод родителей, смерть или несчастье с кем-либо из близких, личные невзгоды, у него могут возникнуть мысли и настроения, чреватые суицидом.

14. Перемены в поведении. Внезапные, неожиданные изменения в поведении подростка должны стать предметом внимательного наблюдения. Когда сдержанный, немногословный, замкнутый подросток неожиданно начинает много шутить, смеяться, болтать, стоит присмотреться к нему. Такая перемена иногда свидетельствует о глубоко переживаемом одиночестве, которое он стремится скрыть под маской веселья и беззаботности. Другим тревожным симптомом является снижение энергетического уровня, усиление пассивности, безразличие к общению, к жизни. Подростки, которые переживают кризис, теряют интерес ко всему, что раньше любили. Спортсмены покидают свои команды, музыканты перестают играть на своих музыкальных инструментах, те же, кто каждое утро делал пробежку, к этому занятию остывают. Многие перестают встречаться с друзьями, избегают старых компаний, держатся обособленно.

15. Угроза. Как правило, суицидальные подростки прямо или косвенно дают своим друзьям и близким понять, что собираются уйти из жизни. Прямую угрозу не переосмыслить, различным толкованиям она не поддается. «Я собираюсь покончить с собой», «В следующий понедельник меня уже не будет в живых»... Косвенные угрозы, многозначительные намеки уловить труднее. Подобные сигналы нелегко выявить во время разговора, иногда их можно принять за самые обыкновенные «жалобы на жизнь»,

которые свойственны всем нам, когда мы раздражены, устали или подавлены.

16. Любое высказанное стремление уйти из жизни должно восприниматься серьезно. Эти заявления можно интерпретировать как прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве. В таких случаях нельзя допускать черствости, агрессивности к суициденту, которые только подтолкнут его к исполнению угрозы. Напротив, необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить ему помощь, консультацию у специалистов.

17. Словесные предупреждения. Не исключено, что подросток задумал совершить самоубийство, если он произносит фразы типа: «Я решил покончить с собой»; «Надоело. Сколько можно! Сыт по горло!»; «Лучше умереть»; «Пожил и хватит»; «Ненавижу всех и всё!»; «Ненавижу свою жизнь!»; «Единственный выход умереть!»; «Больше не могу!»; «Больше ты меня не увидишь!»; «Ты веришь в переселение душ? Когда-нибудь, может, и я вернусь в этот мир!»; «Если мы больше не увидимся, спасибо за всё!»; «Выхожу из игры, надоело!»

18. Активная предварительная подготовка: собирание отравляющих веществ и лекарств, боевых патронов, разговоры о суициде как о легкой смерти, посещение кладбищ и красочные о них рассказы, частые разговоры о загробной жизни, посещение интернет-страниц и форумов с суицидальной тематикой.

В целом разъяснение родителям аспектов суицидального реагирования у детей и подростков может быть включено в общий контекст рациональной психотерапии и психообразовательных тренингов, нацеленных на улучшение внутрисемейных отношений и более адекватное восприятие потребностей и особенностей поведения младших членов семьи.

Несмотря на трудности диагностики суицидального поведения у подростков, связанные как с многофакторностью этого явления, так и с недостаточной связью выраженности дистресса с намеренностью действий и летальностью способа, следует отметить значительный вклад в профилактику подобных тенденций структурированных алгоритмов обследования. С нашей точки зрения, такие алгоритмы должны быть выработаны специалистом в процессе практической деятельности и определяться уровнем его квалификации (психиатр, психолог, врач общей практики, педагог, социальный работник), особенностями контингента обследуемых (возраст, пол, наличие психических расстройств) и возможностями проведения профилактической или лечебно-реабилитационной работы.

Глава 5

ФАРМАКОТЕРАПИЯ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Врачу-психиатру, участвующему в терапии пациентов, имеющих в анамнезе суицидальные попытки или страдающих психическими расстройствами, связанными с наиболее высоким риском суицидальных действий, предстоит столкнуться с несколькими проблемами, которые еще требуют своего разрешения. Одна из них связана с тем, что в настоящее время невозможно с уверенностью предсказать, какие лица покончат с собой в любой конкретный момент времени (Clark D. [et al.], 1987; Pokorny A., 1993). Также было показано, что до 78 % пациентов, которые убивают себя, отрицали какие-либо суицидальные намерения, прежде чем совершают попытку, и около 50 % пациентов умирают в связи с первой попыткой (Isometsa E. V. [et al.], 1998; Busch K. [et al.], 2003). И хотя общее соотношение суицидальных попыток к самоубийствам составляет 30 : 1, в случаях диагностированного психического расстройства это соотношение уменьшается. Например, при наличии биполярного расстройства соотношение составляет 3 : 1, что, по-видимому, можно отнести и к тяжелым проявлениям депрессивного расстройства (Baldessarini R., 2004; Baldessarini R. [et al.], 2006).

Согласно теории «стресс-диатеза» уровень суицидов среди лиц с психическими заболеваниями значительно выше, чем в общей популяции. Эпидемиологические исследования показали высокий уровень самоубийств у лиц с различными психическими расстройствами, включая депрессию, биполярное аффективное расстройство, шизофрению, пограничное расстройство личности и др. (Arsenault-Lapierre G. [et al.], 2004; Hawton K., 2009). Кроме того, посмертные исследования свидетельствуют о наличии психического расстройства более чем в 90 % случаев самоубийств (Isometsa E., 2001). Вместе с тем можно предположить, что психическое расстройство не является достаточным условием для проявлений суицидального поведения, поскольку более чем 90 % людей с психическим расстройством никогда не совершают самоубийства (Bostwick J. M., Pankratz V. S., 2000).

В своей практической деятельности врач, который, к сожалению, в настоящее время вследствие особенностей организации суицидологической помощи находится в зоне наибольшей ответ-

ственности, должен принимать ряд важных решений, определяющих тактику ведения пациента и организацию работы бригады. В связи с частотой суицидальных проявлений у лиц с психической патологией это в первую очередь вопросы фармакотерапии, которая в некоторых случаях является определяющей по воздействию на суицидальный процесс, а иногда может служить и ятрогенным фактором в связи с выраженными побочными эффектами, усугубляющими состояние. Также следует принимать во внимание уровень токсичности назначаемых лекарственных средств в ситуации передозировки и в случае необходимости ограничивать количество препарата, имеющегося одновременно в распоряжении пациента.

В настоящее время лечение пациентов с психическими расстройствами, имеющих суицидальный риск, ограничено применением фармакологических препаратов, обладающих четкими показаниями при конкретной патологии с учетом их побочных эффектов и избирательного влияния на суицидальные проявления. При этом период купирования суицидальных мыслей и соответствующих им поведенческих нарушений занимает порой длительное время, что требует не только наблюдения за пациентом в стационаре, но и особую организацию работы отделения для уменьшения риска совершения суицидальных действий. Каких-то специфических, быстродействующих «антисуицидальных» препаратов не существует. Вместе с тем добавление к терапии бензодиазепинов (Furukawa T. [et al.], 2001) может улучшить краткосрочный контроль суицидальных актов. Литий оказался эффективен в предотвращении суицидальных попыток и завершенных суицидов при применении с целью профилактики рецидивов суицидального поведения; в то же время пока неизвестно, обладает ли литий дополнительным быстрым антисуицидальным эффектом. Из нефармакологических методов электросудорожная терапия во всех клинических рекомендациях рассматривается как терапия первого выбора для пациентов с высоким риском суицида.

Новые подходы к терапии связаны с быстрым снижением риска самоубийства, например такие, как внутривенное введение кетамина или скополамина, способствующее значительному и относительно устойчивому уменьшению выраженности суицидальных мыслей от нескольких минут до нескольких часов после введения (Zarate C. [et al.], 2012; 2013; Murrrough J. [et al.], 2013). Исследования подобных методов лечения имеют большое значение для ургентной терапии острого суицидального кризиса и связаны со значительной ролью глутаматергической и мускариновой

систем в развитии суицидальных мыслей и поведения. Другими предполагаемыми целями для антисуицидального вмешательства являются пуринергическая система, связанная с импульсивным/агрессивным суицидальным эндотипом, а также использование препаратов, влияющих на функционирование щитовидной железы.

Предполагаемыми мишенями при разработке фармакологических подходов к уменьшению суицидальных тенденций являются следующие: 1) нейротрансмиттерные системы: серотонин, норэпинефрин, допамин, глутамат, гамма-аминомасляная кислота (ГАМК), ацетилхолин, а также опиоидная система; 2) система стресса: гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось, полиамины, цитокины, тестостерон, а также липидный обмен, эпигенетические особенности и когнитивные изменения; 3) системы клеточного обмена: G-белки, фосфолипаза C, протеинкиназа A и C, белок, связывающийся с цАМФ-зависимым элементом (CREB), нейротрофический фактор мозга (BDNF), рецептор, связанный с нейротрофной тирозиновой киназой 2-го типа (Mathews D. [et al.], 2013).

В последние два десятилетия в научной литературе большое внимание уделялось глутаматергической системе и ее влиянию на формирование депрессивных нарушений (Sanacora G. [et al.], 2008; Zarate C. [et al.], 2006). Наиболее же изученными в настоящее время являются следующие системы, определяющие суицидальный риск: 1) серотонинергическая система, функционирование которой связано с низким уровнем серотонина в ЦНС и 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-ГИУК) в спинномозговой жидкости (Nordstrom P. [et al.], 1994; Mann J. [et al.], 1995); 2) гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось, которая может быть затронута эпигенетическими влияниями, связанными с ранним стрессорным воздействием (Turecki G. [et al.], 2012); 3) другие гормональные системы, в том числе низкий холестерин и высокий уровень тестостерона, которые связаны с увеличением количества суицидальных попыток (Kunugi H. [et al.], 1997; Sher L., 2012).

Несмотря на появление все новых данных, касающихся причинно-следственных связей в формировании суицидального поведения и, соответственно, методов его коррекции, практическая работа врачей базируется на использовании препаратов, которые имеют доказанную эффективность в терапии соответствующей психической патологии, ассоциированной с высокой суицидальностью. Прежде всего, это терапия нейрорептиками и антидепрес-

сантами, а также использование по показаниям лития и нормотимиков. При этом необходимо помнить, что пациентам с высоким суицидальным риском дополнительно рекомендуется проведение психотерапии, краткосрочной целью которой является выстраивание интенсивного контакта с пациентом и обеспечение активной и быстрой психологической поддержки, направленной на облегчение состояния до завершения кризиса. Стабильные и надежные терапевтические отношения между врачом и пациентом сами по себе являются защитой от суицида, а также позволяют сохранять комплаентность в плане назначаемой терапии.

Влияние нейролептиков на суицидальное поведение. Самоубийство является трагическим исходом, который часто встречается у пациентов, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Считается, что продолжительность жизни у таких пациентов сокращается в среднем на 10 % в связи с суицидальными действиями (Caldwell C. [et al.], 1990; Gonzalez-Rodriguez A. [et al.], 2014; Chapman C. [et al.], 2015). Около 2 % умирают вследствие суицида в течение 5 лет с момента установления начального диагноза (Fazel S. [et al.], 2014). Предыдущие исследования указывают на то, что суицидальный риск при шизофрении в основном связан с аффективными симптомами, суицидальными попытками в анамнезе и количеством госпитализаций в психиатрический стационар. Помимо этого, другими идентифицированными факторами, по результатам последних исследований, являются молодой возраст, период времени, близкий к началу заболевания, пожилой возраст манифестации заболевания, мужской пол, злоупотребление ПАВ и ближайший период к моменту выписки из стационара (Fleischhacker W. [et al.], 2014; Popovic D. [et al.], 2014; Randall J. [et al.], 2014).

При первом эпизоде психоза переменными, связанными с повышенным риском самоповреждающего поведения, являлись: молодой возраст начала заболевания, молодой возраст в начале лечения, депрессивные нарушения, злоупотребление ПАВ и длительность нелеченого психоза (Challis S. [et al.], 2013).

Могут ли антипсихотики оказывать влияние на суицидальное поведение? Вопрос не имеет простого ответа. Это связано с тем, что трудно установить величину суицидального риска из-за нестойкого характера состояния. При этом невозможно сделать явные выводы о прицельном влиянии антипсихотических препаратов на суицидальное поведение при шизофрении из-за ряда методологических проблем. Имеются данные, что использование любых ан-

типсихотических препаратов у пациентов с шизофренией по сравнению с пациентами, которые не получают лечение, связано как со снижением общей смертности (Tiihonen J. [et al.], 2006; 2011), так и со снижением смертности из-за суицидов (Johnson D. [et al.], 1983; Naukka J. [et al.], 2008). Кроме того, как можно более раннее начало лечения первого эпизода психоза помогает уменьшить суицидальную смертность в период его протекания (Challis S. [et al.], 2013). Однако имеются данные как об увеличении уровня самоубийств у пациентов с шизофренией при использовании антипсихотиков (Hussar A., 1962), так и об отсутствии их влияния на суицидальную активность (Cohen S. [et al.], 1964; Planansky K. [et al.], 1971; Kasckow J. [et al.], 2011). Из этого можно сделать вывод, что сведения являются противоречивыми и требуют дополнительного анализа, в частности рассмотрения влияния на суицидальное поведение антипсихотиков первого и второго поколений. Также возможно, что антипсихотики действительно не помогают предотвратить суицидальное поведение, поскольку суицидальность является частично независимым феноменом, который может проявляться у человека до развития психоза и быть связанным с личностными особенностями, злоупотреблением ПАВ (Hearon B. [et al.], 2015; Zeng R. [et al.], 2015), уровнем выраженности агрессии (Huber C. [et al.], 2014) и прочими факторами. Некоторые исследования показывают, что разделение пациентов с шизофренией по уровню их ответа на антипсихотическую терапию не связано с аналогичным антисуицидальным эффектом (Modestin J. [et al.], 2005). Кроме того, даже наличие императивных слуховых галлюцинаций, приказывающих совершить самоубийство, не было напрямую связано с прогнозом совершения суицидальной попытки (Wilkinson G. [et al.], 1984; Harkavy-Friedman J. M. [et al.], 2003).

Некоторые авторы предполагают доминирующую роль воздействия окружающей среды на суицидальную активность. Индивидуальные факторы, а также особенности семейного функционирования, вероятно, в значительной степени способствуют проявлению суицидальной активности при психозе (Zalsman G. [et al.], 2008). Подобная точка зрения обосновывает тот нулевой эффект, который антипсихотики оказывают на уровень суицидов в некоторых исследованиях.

В настоящее время даже при наличии многообещающих фармакологических методов лечения остаются, по существу, неизвестными нейробиологические механизмы, которые обеспечивали бы защиту от самоубийства, особенно на уровне функционирования

центральной нервной системы. Суицидальная активность напрямую связана с дисфункцией префронтальной коры головного мозга, поскольку подобная дисфункция определяется при большинстве психических расстройств со значительным суицидальным риском. У лиц с суицидальными намерениями увеличение выраженности суицидального поведения может быть обусловлено усилением дисфункции в премоторной коре головного мозга, осуществляющей в норме планирование действий и определяющей в итоге выраженность контроля (Minzenberg M. [et al.], 2014). В этом случае любое антипсихотическое средство, которое нормализует деятельность префронтальной коры головного мозга, может иметь антисуицидальный эффект.

Многие исследования и мета-анализы показали связь между суицидальным поведением и низким уровнем липидов, особенно холестерина, а некоторые исследования показали такую взаимосвязь и с шизофренией. Недавнее исследование 148 пациентов с шизофренией (69 мужчин, 79 женщин, средний возраст 32 ± 10 лет), имеющих обострение их психического состояния, свидетельствует о том, что, так же как и у депрессивных пациентов, у них имеется низкий уровень общего холестерина, липопротеинов низкой плотности, триглицеридов и общих липидов, что может являться фактором риска суицидального поведения (Ainiyet B., Rybakowski J., 2014).

Помимо этого, непосредственно отсутствие проведения фармакотерапии может быть связано с повышением суицидального риска. Несоблюдение пациентом режима приема препаратов, а также самостоятельный отказ от них приводит к четырехкратному увеличению риска суицидальной попытки по сравнению с пациентами, принимающими планово назначенную терапию (Herings R. M., Erkens J. A., 2003).

Данные, отрицающие влияние антипсихотиков на суицидальное поведение, являются недостаточно убедительными. Два исследования не нашли никаких различий в антисуицидальном эффекте при использовании антипсихотиков и плацебо у пациентов с шизофренией (Khan A. [et al.], 2001; Storosum J. [et al.], 2003). Оба исследования имеют методологические ограничения, потому что они были специально разработаны для демонстрации того, что повышенный риск самоубийства или попытки самоубийства в группе плацебо не должен быть аргументом против проведения плацебо-контролируемых испытаний при шизофрении. Также они имели короткую продолжительность и из них были исключены пациенты

с высоким риском суицидального поведения. Даже использование клозапина в некоторых исследованиях не подтвердило гипотезу о том, что такое лечение связано с меньшим количеством смертей в результате суицида (Modai I. [et al.], 2000; Sernyak M. [et al.], 2001). Однако методологические недостатки этих исследований заставляют нас интерпретировать их с осторожностью.

Большинство пациентов с психозом получают антипсихотики, и относительно большое число из них совершают самоубийство. Представляется уместным выяснить, существует ли положительная связь между двумя этими фактами и может ли прием антипсихотиков увеличивать суицидальный риск (Modestin J., Voker W., 1992). Сравнение данных об уровне суицидального риска у пациентов в различные периоды жизни, в частности до или после приема антипсихотиков, свидетельствует о его увеличении после их введения. Хотя само заболевание является, вероятно, самым важным фактором, способствующим суицидальному риску, медикаментозное лечение, как представляется, также вносит свой вклад в этот риск (Healy D. [et al.], 2006). Существуют исследования, показывающие увеличение суицидального риска на фоне фармакотерапии антипсихотиками при различных заболеваниях. Ретроспективное исследование лечения 133 резистентных пациентов с БАР, разделенных на две группы (принимавших и не принимавших нейролептики), показало, что уровень суицидального риска был выше в группе принимавших антипсихотическую терапию (Brotman M. [et al.], 2000). Предположительно, нейролептики могут увеличивать суицидальность в связи с имеющейся побочной симптоматикой, которая косвенным образом, через тягостные неврологические эффекты, последовательно вызывает и негативное психологическое воздействие. Все возможные неврологические нарушения: паркинсонизм, дистония, акатизия, поздняя дискинезия — связаны с увеличением суицидального поведения (Yassa R., Jones B., 1985; Sandyk R. [et al.], 1991; Seemuller F. [et al.], 2012; Cheng H. [et al.], 2013). Несмотря на сообщения о том, что антипсихотики, особенно типичные, могут провоцировать «акинетиическую депрессию» (Van Putten T., May R., 1978), непосредственный суицидальный эффект акинезии неясен, поскольку она может влиять в целом на поведение человека, обладая «ослабляющим» эффектом (Siris S., 2001).

Дофаминовые синапсы в ЦНС участвуют в так называемом пути вознаграждения, поэтому их блокада нейролептиками может приводить к ангедонии и, возможно, к депрессии. Действительно,

состояние дисфории часто описывается у пациентов, получающих нейролептики (Hogan T. [et al.], 1983; Awad A., 1993; Krakowski M. [et al.], 1997). Чувство ангедонии, депрессия и дисфория могут увеличить риск самоубийства (De Alarcon R., Carney M., 1969; Hogan T., Awad A., 1983). Однако не все исследования обнаруживают подобную связь и существуют мнения против фармакогенной депрессии, поскольку депрессивные симптомы часто присутствуют и до начала терапии (Siris S., 2001), а антипсихотики как первого, так и второго поколения обладают антидепрессивным действием (Keck P. [et al.], 2000; Di Fiorino M. [et al.], 2014).

В настоящее время отсутствует четкое понимание связи между отношением «доза — эффект» у нейролептиков и суицидальным поведением. В одном из исследований делается вывод об отсутствии такой связи (Gaertner I. [et al.], 2002). Два других исследования такую связь нашли: одно при применении низких доз (Taiminen T., Kujari H., 1994), другое, напротив, при применении более высоких доз (Cheng K. [et al.], 1990). Подобные различия могут быть объяснены «U»-образной кривой эффекта антипсихотиков, когда очень низкие дозы являются неэффективными, а более высокие могут быть связаны с усилением побочных эффектов, вызывающих суицидальные тенденции (Palmer D. [et al.], 1999). Однако наиболее вероятной является гипотеза, согласно которой более высокие дозы нейролептиков назначались именно в группе суицидальных пациентов вследствие более неблагоприятного профиля симптомов.

По-видимому, на основе имеющихся данных, стимулирующий суицидальный эффект антипсихотических препаратов маловероятен. Исследования подтверждают сложный и своеобразный эффект антипсихотиков, который определяется динамическим взаимодействием между неспецифическим влиянием на дофаминовые рецепторы и фармакологическими свойствами каждого отдельного препарата, что может влиять на индивидуальную предрасположенность к возникновению дисфорического ответа и, соответственно, усиление суицидальных тенденций (Awad A., Voruganti L., 2005).

В связи с тем, что антипсихотики первого и второго поколений нередко противопоставляются в клинической практике как по эффективности, так и по выраженности и разнообразию побочных эффектов, следует рассмотреть их влияние на суицидальную активность по отдельности и в противопоставлении.

Некоторые исследования указывают на положительный эффект антипсихотиков первого поколения (Palmer D. [et al.], 1999). Национальное финское исследование пациентов с первым эпизо-

дом шизофрении, наблюдавшихся в течение пяти лет после назначения фармакотерапии, показало, что антипсихотики первого поколения, особенно хлорпротиксен, достоверно снижали суицидальную смертность среди пациентов (Kiviniemi M. [et al.], 2013). Другое финское ретроспективное исследование по методу психологической посмертной аутопсии суицидальных жертв, имевших диагноз шизофрении, выявило, что большинство пациентов, которые умерли в результате самоубийства, либо получали не соответствующую состоянию терапию, либо были некомплаентны, либо не ответили на адекватную терапию типичным антипсихотиком (Heila H. [et al.], 1999). Проспективное исследование «случай-контроль» (Johnson D. [et al.], 1983) обнаружило увеличение самоповреждающего поведения у пациентов, прекративших принимать типичные депо-нейролептики, по сравнению с пациентами, которые продолжали использовать терапию.

С другой стороны, существуют достоверные данные об эффективности атипичных нейролептиков, главным образом клозапина, которые оказывают профилактическое действие на суицидальное поведение у пациентов с шизофренией (Wilkinson G., Bacon N., 1984; Palmer D. [et al.], 1999; Ernst C., Goldberg J., 2004). В ретроспективном исследовании «случай-контроль» с оценкой всех записей о госпитализации по причине шизофрении или шизоаффективного расстройства (МКБ-10) в течение пяти лет и изучением влияния рисперидона и оланзапина на суицидальность авторы обнаружили, что оба лекарственных средства обеспечивают защиту от суицидального поведения (Barak Y. [et al.], 2004). Шведское посмертное исследование 4000 пациентов с впервые поставленным диагнозом шизофрении или шизоаффективного расстройства, умерших вследствие суицида в округе Стокгольма за период с 1984 по 2000 г., выявило более низкую суицидальную активность среди пациентов, которые принимали атипичные нейролептики, что, вероятно, связано с фармакологическим эффектом самих препаратов. При этом данные не указывают на какие-либо различия в воздействии на суицидальность различных антипсихотиков второго поколения (Reutfors J. [et al.], 2013). Исследование суицидальной активности у пациентов старше 18 лет, впервые получающих атипичный нейролептик, в течение более 3 мес. с начала лечения обнаружило отсутствие различий во влиянии арипипразола, оланзапина, кветиапина, рисперидона и zipразидона на суицидальные тенденции (Ulcickas Yood M. [et al.], 2010).

Следует отметить, что в сравнении с атипичными нейролептиками типичные имеют большее количество побочных эффектов, тягостно переживаемых больными, что определяет их потенциально значимыми факторами риска суицида. Атипичные препараты, обладающие более низкой частотой экстрапирамидных побочных эффектов, являются более безопасными. Антипсихотики второго поколения также имеют более положительное влияние на проявления качества жизни (Ritsner M. [et al.], 2004; Awad A., Voruganti L., 2004; 2013), а вместе с тем более низкое качество жизни было признано в качестве фактора риска суицидального поведения (Min J. [et al.], 2015). Тем не менее данные по качеству жизни не являются окончательными. Было обнаружено, что переход с АВП на АПП по клиническим причинам не приводил к какому-либо ухудшению качества жизни или симптомов у пациентов с шизофренией (Jones P. [et al.], 2006). Низкие или высокие уровни суицидального риска у разных пациентов также могут быть связаны с уровнем комплаенса или различиями в других характеристиках пациентов, определяющих их суицидальную предрасположенность (Reutfors J. [et al.], 2013).

Особое место в коррекции суицидального поведения у пациентов с шизофренией занимает клозапин, который ассоциируется со значительно меньшим риском самоубийства у данной категории пациентов (Meltzer H., 1999; Warnez S., Alessi-Severini S., 2014). Это единственный препарат, который рекомендуется к использованию у пациентов с шизофренией, демонстрирующих выраженные и стойкие суицидальные мысли и поведение (Buchanan R. [et al.], 2010). В ретроспективном исследовании, в котором оценивались предыдущие эпизоды суицидального поведения у пациентов с шизофренией или шизоаффективным расстройством: 237 — с хорошим ответом на терапию и 184 — резистентных, было выявлено, что общая заболеваемость и смертность у пациентов с резистентной шизофренией ниже в случае терапии клозапином по сравнению с типичными антипсихотическими препаратами из-за меньшей выраженности суицидального поведения (Meltzer H., Okayli G., 1995).

Клозапин имеет несколько фармакологических и нефармакологических особенностей. С нейробиологической точки зрения антисуицидальный эффект клозапина может быть опосредован повышением центральной доступности норадреналина и дофамина вместе с нормализацией центральной 5-НТ-активности, особенно в префронтальной коре посредством подавления центральных

5-HT_{2A}-рецепторов и увеличением доступности центральных 5-HT-рецепторов (Spivak B. [et al.], 1998; Van Oekelen D. [et al.], 2003). Эффект некоторых антипсихотиков, в частности клозапина, на липидный обмен также может опосредованно иметь антисуицидальный эффект. Ряд других факторов могут определять превосходство клозапина по сравнению с другими антипсихотиками посредством его антидепрессивного действия, улучшения когнитивных функций, уменьшения негативных симптомов, снижения злоупотребления ПАВ, а также улучшения комплаенса. В психологическом плане перечисленные эффекты могут синергично уменьшать чувство безнадежности и повышать, в свою очередь, надежду на улучшение состояния (Meltzer H., 2002). Уменьшение тревоги, раздражительности, импульсивности и агрессии имеет также решающее значение для профилактики суицидального поведения в состоянии психоза. В связи с этим клозапин обладает преимуществом по сравнению с другими антипсихотиками как препарат, уменьшающий возбуждение (Citrome L. [et al.], 2001).

С точки зрения Н. У. Meltzer (1999), нефармакологические эффекты использования клозапина были связаны с необходимостью еженедельного контакта с пациентами из-за необходимости мониторинга уровня лейкоцитов в крови, что, в свою очередь, дает нам информацию о необходимости структурирования формата встреч с такими пациентами для повышения комплаентности и снижения уровня безнадежности. Кроме того, E. J. Aguilar и S. G. Siris (2007) считают, что на начальном этапе терапии суицидальных пациентов назначение клозапина может иметь специфический психологический эффект, когда изначально негативно настроенный к получению помощи пациент с установкой «смерть сейчас от моих рук» переключается на установку «игра в русскую рулетку» с потенциально смертельным осложнением от препарата в виде агранулоцитоза. Безусловно, подобные рассуждения пациента не стоит подкреплять непосредственно самому врачу, основная задача которого в данном случае состоит в информировании пациента о возможных осложнениях, контроле лабораторных анализов и регулировании обеспечения пациента определенным количеством препарата во избежание использования его высоких доз с целью самоотравления.

Поскольку имеются данные о влиянии антипсихотиков на суицидальное поведение у пациентов с шизофренией, логичным было бы предположить, что определенным эффектом данные препараты будут обладать и при лечении пациентов с другими психическими расстройствами. В исследовании резистентных пациентов с БАР и

шизоаффективным расстройством, которые были рандомизированы в группу стандартного лечения (без клозапина) и группу, в которой к терапии был добавлен клозапин, результаты показали значительное уменьшение суицидальной идеации во второй группе (Suppes T. [et al.], 1999). По данным А. Ciapparelli [et al.] (2000), у пациентов с шизоаффективным расстройством и БАР с психотическими симптомами назначение клозапина в гибких дозах в течение 24 мес. значительно снижало суицидальный риск. Пилотное исследование с малым размером выборки предполагает, что рисперидон является полезным при аугментации терапии пациентов с большим депрессивным эпизодом (особенно в острой фазе тяжелых депрессивных симптомов), во время которого у них развились выраженные суицидальные тенденции (Modestin J. [et al.], 2005; Reeves H. [et al.], 2008). Назначение малых доз рисперидона также было эффективным при аугментации антидепрессивной терапии в другом небольшом исследовании при депрессии (Viner M. [et al.], 2003). По данным R. H. Weisler [et al.] (2011), аугментация терапии арипипразолом у пациентов с большим депрессивным эпизодом с недостаточным ответом на антидепрессивную терапию была связана с уменьшением уровня суицидальности в группе пациентов, имевших невысокий уровень суицидального риска. Некоторые нейролептики также оказали положительный эффект при пограничном расстройстве личности в исследованиях, где применялся флуфеназин-депо (Battaglia J. [et al.], 1999), флупентиксол (Montgomery S., Montgomery D., 1982) и низкие дозы клозапина (Benedetti F. [et al.], 1998). При самоповреждающем поведении в рамках пограничного расстройства личности только одно рандомизированное исследование оценило эффективность арипипразола, продемонстрировав, что за период 18-месячного наблюдения в группе лиц, принимавших антипсихотик, по сравнению с группой плацебо наблюдалось значительное снижение склонности к нанесению самоповреждений (Nickel M. [et al.], 2006).

Несмотря на приведенные выше данные, мы не полностью убеждены в антисуицидальном эффекте антипсихотиков у пациентов с непсихотическими расстройствами. Сравнение фармакотерапии у суицидальных пациентов и пациентов в контрольной группе, подобранных по возрасту, полу и диагнозу, на момент выписки из стационара показало, что именно антипсихотические препараты (классические и атипичные) использовались чаще всего у пациентов с аффективными психозами, при этом суицидальная попытка была совершена в период использования данной фармакотерапии

(Gaertner I. [et al.], 2002). По данным M. Rissanen [et al.] (2012), была отмечена положительная связь между суицидальными наклонностями, с поправкой на симптомы депрессии и тревоги, и антипсихотической терапией в различных диагностических группах (шизофрения, другие психозы, непсихотические расстройства). У пациентов, получавших антипсихотики, были более выражены суицидальные наклонности вне зависимости от диагностической группы и назначаемого препарата. В группе непсихотических пациентов более высокие дозы антипсихотика были связаны с более выраженным суицидальным риском, даже с поправкой на симптомы депрессии и тревоги ($p < 0,05$). Эти результаты свидетельствуют о том, что суицидальные тенденции следует учитывать при назначении антипсихотиков, особенно в амбулаторных условиях.

Следует резюмировать, что, за исключением клозапина, практически не существует доказательств эффективности антипсихотической терапии в сокращении суицидальности. Клозапин может быть рекомендован как единственный препарат с эффектом уменьшения суицидального риска при психозе. Однако в свете последних данных, возможно, будут выработаны рекомендации для других атипичных антипсихотиков. Своевременное и соответствующее использование данных препаратов с учетом их побочных эффектов могло бы способствовать снижению суицидального риска у пациентов с психозом и, возможно, у непсихотических пациентов.

Влияние антидепрессантов на суицидальное поведение. Эпидемиологические исследования отмечают в последние десятилетия снижение частоты суицидов и увеличение числа назначений антидепрессантов (Sartorius N. [et al.], 2007). В то же время продолжается дискуссия о том, могут ли повышать риск суицидального поведения некоторые антидепрессанты. При этом исследователи все больше внимания обращают на особые клинические состояния, которые могут быть связаны с усилением суицидального риска у пациентов с аффективными расстройствами, например, при наличии коморбидных личностных расстройств или неадекватного лечения биполярной депрессии (особенно смешанных депрессивных состояний).

Существуют данные, что терапия с использованием СИОЗС (а возможно, и других классов антидепрессантов) может повышать риск суицидальности (в частности, суицидальных попыток) у некоторых пациентов (Moller H., 2006). Этот риск может быть особенно выражен в начале терапии (Jick H. [et al.], 2004). В то же время G. E. Simon [et al.] (2006) показали, что самый высокий риск суицида приходится на месяц, предшествующий началу приема анти-

депрессанта; риск быстро снижается в первую неделю терапии и дальше продолжает стабильно падать в ходе лечения. Вместе с тем изначальная обеспокоенность привела к появлению официальных предупреждений FDA (американская служба контроля за качеством продуктов и лекарственных препаратов), особенно в отношении использования антидепрессантов в детской и подростковой практике.

В связи с озабоченностью по поводу появления суицидальности в ходе лечения FDA провела обзор независимых данных 24 исследований, проведенных на детях и подростках, девяти антидепрессантов (флуоксетина, сертралина, пароксетина, флувоксамина, циталопрама, бупропиона, венлафаксина, нефазодона и миртазапина). Известно, что в ходе исследований эти препараты назначались не только в связи с депрессией, но также при тревожных расстройствах и СДВГ. Среди 4400 пациентов, лечившихся СИОЗС или атипичными антидепрессантами, не было отмечено завершенных суицидов. Тем не менее при общей оценке риск суицидальности (суицидальные мысли или поведение) при применении антидепрессантов примерно в два раза превосходил плацебо (4 против 2 % соответственно). Этот факт нашел поддержку в другом мета-анализе нескольких исследований (Wohlfarth T. [et al.], 2006). Выявились различия в суицидальности и внезапно появлявшихся на фоне приема препарата возбуждении или враждебности (Hammad T. [et al.], 2006). Больные депрессией молодые люди, принимавшие пароксетин, были более склонны испытывать агитацию и враждебность. Пациенты, принимавшие венлафаксин XR, были более склонны к возникновению суицидальности.

На основании этих данных FDA пришло к выводу, что некоторые дети и подростки могут подвергаться реальному риску. В результате этого FDA выпустило «черный список», предупреждая работников здравоохранения и потребителей о повышенном риске суицидальных мыслей и поведения у детей и подростков, принимающих терапию антидепрессантами. В предупреждение включались все антидепрессанты в связи с предположением, что ограничение применения препаратов нового поколения будет стимулировать применение старых препаратов с узкими терапевтическими окнами и большей летальностью при передозировке (Gibbons R. [et al.], 2005). В это же время Комитет по медицинским продуктам для использования человеком, входящий в состав Научного комитета европейского медицинского агентства (ЕМЕА), также заключил, что антидепрессанты нового поколения «...не разрешены к применению в Европе для лечения депрессивных и тревожных расстройств у детей и подростков. Эти препараты не должны ис-

пользоваться в этой возрастной группе, потому что клинические исследования выявили повышенный риск возникновения суицидального поведения...» (European Medicines Agency, 2004).

Один из часто используемых фармакоэпидемиологических методов включает в себя исследование корреляции между региональными изменениями в количестве прописываемых современных антидепрессантов и изменениями показателей суицидов. В одном из австралийских исследований была обнаружена связь между увеличением количества прописываемых современных антидепрессантов и увеличением показателей суицидов среди подростков и молодых людей от 15 до 24 лет (Hall W. [et al.], 2003). Другие исследования описывают совершенно противоположное соотношение между количеством прописываемых СИОЗС и количеством суицидов у детей и подростков (Olfson M. [et al.], 2003; Ludwig J. [et al.], 2005; Gibbons R. [et al.], 2006). Согласно результатам анализа данных ВОЗ, по уровню назначений СИОЗС и суицидальному поведению у молодежи в течение последних 14 лет уровень суицидов у подростков и молодых людей от 15 до 24 лет снизился в среднем на 33 % в 15 странах (Mann J. [et al.], 2006). Поскольку такой анализ несовершенен и подвержен «экологическим погрешностям», можно предположить, что эти исследования не подтверждают представления о том, что современные антидепрессанты связаны с повышением уровня суицидов среди молодежи.

Неоднозначные результаты также выявляются при оценке ретроспективных исследований незавершенных суицидальных попыток и самоповреждающего поведения у подростков, принимающих антидепрессанты. R. J. Valuck [et al.] (2004) изучали связь между лечением антидепрессантами и попытками суицида у приблизительно 24 000 подростков (12–18 лет), у которых было диагностировано депрессивное расстройство. После редукции депрессивных симптомов обнаружилось, что подростки, проходившие лечение СИОЗС, не имели статистически значимого роста уровня суицидальных попыток по сравнению с подростками, лечившимися другими препаратами. Подростки, продолжавшие лечение любым антидепрессантом в течение 6 мес., предпринимали значительно меньше суицидальных попыток, чем принимавшие препарат менее 8 нед. A. Khan [et al.] (2000) сравнили частоту суицидов и суицидальных попыток на фоне приема ряда антидепрессантов нового поколения и не обнаружили статистически значимых расхождений с плацебо.

В отдельном исследовании G. E. Simon с коллегами (2006) использовали крупную американскую базу данных для проведения

ретроспективного анализа более 82 000 проиндексированных случаев лечения антидепрессантами, 5107 из которых были детьми и подростками в возрасте от 5 до 18 лет. Через 6 мес. после начала лечения антидепрессантами пациентов с диагнозами депрессивных расстройств 3 подростка и 28 взрослых совершили самоубийство. Наблюдался значительно более высокий уровень суицидальных попыток в первую неделю лечения по сравнению с последующими неделями. Однако при сравнении в общей выборке не наблюдалось статистически значимого увеличения уровня завершенных суицидов в первый месяц лечения по сравнению с последующими месяцами лечения. Кроме того, уровни серьезных суицидальных попыток, начиная за 3 мес. до и заканчивая через 6 мес. после первичного назначения антидепрессанта, были выше в течение месяца до назначения антидепрессантов. В связи с этим в начале антидепрессивной терапии детей и подростков, имеющих суицидальный риск, рекомендуется осматривать повторно через неделю после назначения препарата и далее наблюдать достаточно часто, до тех пор пока риск суицида не потеряет клиническую актуальность (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009).

C. Martinez [et al.] (2005) провели гнездовое исследование методом «случай-контроль» для сравнения уровней смертельных и несмертельных самоповреждений более чем у 146 000 пациентов, используя для этого крупную британскую базу данных общей медицинской практики. «Случаем» считалось выписывание ТЦА, СИОЗС или атипичных антидепрессантов при депрессивных эпизодах (уни- и биполярных) или дистимии. В течение 6 мес. после назначения препарата в возрастной когорте 10–18 лет не произошло ни одного случая суицида. Однако по сравнению с депрессивными подростками, лечившимися ТЦА, у подростков с депрессией, лечившихся СИОЗС, было установлено «слабое доказательство» повышения уровня несмертельных самоповреждений. При оценке группы СИОЗС наибольший риск несмертельных самоповреждений был связан с приемом пароксетина. В свою очередь Н. Jick [et al.] (2004) обнаружили значимые данные о повышении уровня самоповреждений при лечении пароксетином детей и подростков (10–19 лет).

Также имеются и другие выборочные исследования, которые касаются отдельных препаратов. В сравнительных исследованиях флуоксетина с другими антидепрессантами не было выявлено отличий в частоте возникновения суицидальных идей между флуоксетином и дулоксетином у детей с депрессивными расстройствами (Atkinson S. [et al.], 2014; Emslie G. [et al.], 2014). В ретроспек-

тивном когортном исследовании 36 842 детей в возрасте от 6 до 18 лет, применявших антидепрессанты, 419 совершили явные или предполагаемые попытки самоубийства, у 4 был завершенный суицид. При этом никаких доказательств, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина были более опасны в части суицидогенеза, чем серотонин-норэпинефриновые ингибиторы обратного захвата (включая венлафаксин), не было получено. Это же исследование показало, что сертралин не отличается от других антидепрессантов по частоте возможных ассоциированных с его приемом суицидов (Cooper W. [et al.], 2014).

Что касается токсичности антидепрессантов в случае передозировки, то К. Hawton [et al.] (2010) обнаружили более высокую смертность при применении венлафаксина и миртазапина по сравнению с СИОЗС, но она все равно была намного ниже, чем при использовании ТЦА. Среди СИОЗС, которые в целом дают сравнительно низкую смертность при передозировке, наиболее токсичным препаратом является, по данным К. Hawton, циталопрам. Несколько иные данные по токсичности приводит М. Bauer (2013), который к наиболее токсичным относит следующие препараты: амитриптилин, доксепин, имипрамин и мапротилин (табл. 11).

В связи с этим врачу рекомендуется прописывать пациенту с тяжелой депрессией и риском передозировки лекарственных препаратов ограниченное количество (например, на неделю) потенциально опасных антидепрессантов (например, ТЦА) и выбирать относительно безопасный антидепрессант на случай приема избыточной дозы. Помимо этого, врач обязан предупреждать пациента о возможных побочных эффектах, которые могут максимально проявляться в первые недели от начала приема антидепрессанта. Несмотря на лучший профиль переносимости СИОЗС и атипичных антидепрессантов (тразодон, венлафаксин и др.) по сравнению с ТЦА у взрослых, даже незначительные побочные эффекты у детей и подростков вследствие приема данных препаратов могут быть причиной усиления тревоги, раздражительности, дезорганизованного поведения и в итоге усиления суицидальных тенденций. При назначении СИОЗС ребенку (так же как и при назначении антидепрессантов других групп) необходимо обсудить с ним и его родителями возможные побочные эффекты (табл. 12) (например, такие значимые, как раздражительность, тревога, нарушения сна, головная боль и т. д.), а также возможность обращения к специалисту в случае их выявления для снижения дозировки или коррекции терапии (например, назначения анксиолитика при усилении тревоги в первые дни приема антидепрессанта).

Побочные эффекты терапии антидепрессантами и их токсичность
(Bauer M., 2013)

Название	Антихолинергические	Тошнота/расстройства ЖКТ	Седация	Бессонница/возбуждение	Сексуальная дисфункция	Ортоstaticическая гипотензия	Набор веса	Летальность при передозировке
Амитриптилин	+++	0	+++	0	+	+++	+++	Высокая
Доксепин	+++	0	+++	0	++	+++	++	Высокая
Имипрамин	++	0	+	++	+	++	++	Высокая
Мапротилин	++	0	++	0	+	++	++	Высокая
Кломипрамин	+++	+	+	+	++	++	++	Умеренная
Агомелатин	0	+	0	0	0	0	0	Низкая
Венлафаксин	0	++	-	++	++	0	0	Низкая
Миансерин	+	0	++	0	0	+	+	Низкая
Милнаципран	0	++	0	++	++	0	0	Низкая
Миртазапин	-	-	++	-	-	+	++	Низкая
Моклобемид	+	+	-	+	-	-	-	Низкая
Тразодон	-	+	++	-	++	+	+	Низкая

В итоге специалистам предлагается ориентироваться на данные большинства современных исследований, которые утверждают, что применение СИОЗС не сопряжено с суицидальным риском в большей мере, чем применение старых антидепрессантов (Hall W., Lusche J., 2006). Несмотря на то что многое известно о действии антидепрессивных препаратов на детей и подростков, необходимы исследования для дальнейшего улучшения наших возможностей по лечению депрессии у молодежи. Будут также продолжаться дискуссии относительно безопасности этих препаратов. Если будет выявлено, что риск является реальным, исследователи должны будут определить этиологию самоповреждающего или суицидального поведения, а также сделать заключение о возможности предвидения и нейтрализации этих нарушений. Должны быть взвешены следующие показатели: существующие данные о заболеваемости и смертности от нелеченой депрессии, все риски терапии и риск продолжения терапии. В группах детей и подростков с депрессией, которые находятся на этапе лечения, должны проводиться психообра-

зовательные программы. Необходимо проведение оценки наличия и выраженности у подростков суицидальных идей до назначения антидепрессантов, при этом во время проведения терапии необходим активный мониторинг динамики суицидального риска.

Таблица 12

Побочные эффекты терапии СИОЗС

(по данным Национального руководства по психиатрии, 2009)

Побочный эффект	Флувоксамин	Флуоксетин	Пароксетин	Циталопрам	Сертралин
Тошнота	+++	+++	+++	+++	+++
Диарея	+	++	+	+	+++
Снижение аппетита	+/0	+++	+/0	+/0	+
Запор	+	(+)	++	++	(+)
Бессонница	++	+++	++	+++	++/+
Сонливость	+++	++	+++	++/+	++/+
Раздражительность	++	++	(+)	(+)	+
Тревога	+	++	(+)	(+)	(+)
Мания	(+)	++	+	(+)	(+)
Нарушения половой функции	(+)	+++	+++	++	+++/+
Головная боль	++	++	+	+++	+++/+
Тремор	++	++	+++	+++	++/(+)
Гипергидроз	+	++	+++	+++	++
Сухость во рту	++	++	++/(+)	+++	++
Кожная сыпь	(+)	++	(+)	(+)	(+)
Аллергические реакции	(+)/0	(+)	(+)	(+)	(+)/0
Экстрапирамидные расстройства	(+)	(+)	+	(+)	+
Гипонатриемия	(+)	+	+	(+)	+
Отеки	(+)	(+)	+	(+)	(+)
Судорожный синдром	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)/0

Примечания: +++ – часто встречающийся побочный эффект (15 % и более); ++ – редко встречающийся побочный эффект (2–7 %); + – очень редко встречающийся побочный эффект (менее 2 %); (+) – возможный, но крайне редко встречающийся побочный эффект; 0 – побочного действия не обнаружено.

Фармакотерапия аффективных расстройств у подростков.

Отдельно хотелось бы выделить рекомендации к фармакотерапии подростков с аффективными расстройствами, как наиболее уязвимой для развития суицидальных тенденций группы. Диагностика и лечение депрессий у детей и подростков обычно являются более сложной задачей, чем у взрослых, по двум главным причинам. Во-первых, клинические характеристики депрессивных расстройств у молодых пациентов могут значительно отличаться от таковых у взрослых. Вместо проявления нейровегетативных или собственно депрессивных симптомов у детей с депрессией могут быть проблемы в поведении, вызывающие сложности психосоциального функционирования в школе и дома. Для выявления этого поведения, в основе которого на самом деле лежит депрессия, в качестве источника информации требуется не только беседа с самим пациентом, но и беседы с родителями и учителями. Вторая сложность проистекает из возможных вариантов лечения, эффективность и безопасность которых недостаточно доказана у детей и подростков. Кроме того, ранее рассматривались вопросы, касающиеся повышения риска усугубления суицидального поведения у молодых людей с депрессией, лечатся антидепрессантами (Leslie L. K. [et al.], 2005). Все перечисленное должно учитываться перед тем, как принимать решение о целесообразности и способах лечения депрессии у детей и подростков.

Выбор медикаментозного, психотерапевтического, комбинированного подхода к терапии депрессивных расстройств зависит от тяжести симптоматики. При легких формах депрессии рекомендовано наблюдение за ребенком в течение 5–6 нед. и оказание ему психотерапевтической помощи. При умеренной и тяжелой степени депрессии требуется назначение комплексной терапии — медикаментозного и психотерапевтического лечения. Эффективно сочетание психосоциальной интервенции с различными видами психотерапии: индивидуальной, групповой, арт-терапией.

При легких и умеренных формах нарушений при отсутствии у пациента суицидальных намерений рекомендовано оказание помощи в амбулаторных условиях. Амбулаторное лечение у детей и подростков предпочтительно при корригируемом поведении в домашних условиях и детских учреждениях, отсутствии социальной и учебной дезадаптации. Стационарное лечение показано при выраженных аффектах тоски, тревоги или страха, агрессивности, социальной и школьной дезадаптации, резистентности психопатологических расстройств к амбулаторному лечению, неблагоприят-

ных социально-бытовых условиях, наличии суицидального риска. Срок наблюдения ребенка в стационаре составляет от 4 до 12 нед. Возможно оказание помощи в режиме дневного стационара после госпитализации для закрепления положительного терапевтического эффекта и обучения в щадящих условиях в школе. Срок наблюдения составляет до 12 мес.

В практической деятельности врача могут оказаться полезными общие рекомендации для лечения детей и подростков, которые предлагаются в докладе рабочей группы Международной коллегии нейропсихофармакологии (2007).

Тщательно обследуйте пациента. Коморбидные или альтернативные диагнозы, такие как биполярное расстройство, тоже могут быть предметом назначения медикаментозного лечения. Проведите различие между депрессивным расстройством и депрессивным дистрессом у подростка (для целей скрининга наиболее важны симптомы безнадежности, ангедонии и суицидальности).

После тщательной диагностики обсуждайте соотношение пользы и риска применения антидепрессантов и/или психотерапии. В обсуждении должны принимать участие родители или опекуны и, если целесообразно, пациент. В обсуждении должны учитываться как риск, связанный с лечением, так и риск нелеченой депрессии.

Если депрессивные симптомы легкие или текущий эпизод первый или недавно начавшийся, проводите интенсивную психосоциальную терапию, поддержку и мониторинг. Учитывая эпизодический характер депрессии и определенную «турбулентность» в детском и подростковом возрасте, некоторые депрессивные эпизоды могут хорошо поддаваться психотерапии простым поддерживающим вмешательством, либо может наступать спонтанная ремиссия. Тем не менее, если симптомы возобновляются, пациенты относятся к группе риска возникновения повторных эпизодов и за ними необходимо наблюдение. Если симптомы утяжеляются или сохраняются на протяжении шести — восьми недель, необходимо начать применение обоснованной фармакотерапии и/или специфической психотерапии, если до этого времени проводилась только психологическая поддержка.

Информируйте пациентов и их семью о том, что можно ожидать от медикаментозного лечения. Важно, чтобы они были ин-

формированы о возможном возникновении побочных эффектов до того, как они почувствуют улучшение. Информировать их о возможной раздражительности, акатизии, возбуждении и мании и посоветуйте звонить в случае вопросов.

Разработайте план безопасности с пациентом и ответственным взрослым. У ребенка и родителей/опекунов должны быть номера врачей/клиник, а также информация о доступе в службы скорой помощи. Если у пациента возникают суицидальные мысли, но он подходит для амбулаторного лечения, выдавайте ограниченное количество препаратов. Убедите пациента убрать из дома огнестрельное оружие и другое опасное оборудование.

На начальном этапе терапии следует применять небольшие дозировки и аккуратно проводить мониторинг. В случае начала терапии с малых доз дети могут переносить, а иногда и требовать, те же дозировки, что и взрослые. Мониторинг должен проводиться с учетом индивидуальности клинической ситуации. На первых неделях лечения в дополнение к оценке суицидального риска пациентов и членов их семей необходимо расспрашивать о приверженности лечению и изменениях поведения:

- в течение первых четырех недель — каждую неделю;
- в течение последующих четырех недель — каждую вторую неделю;
- после 12 нед. — по мере необходимости.

Терапия может быть продолжена, если пациент «отвечает» на нее. «Стабилизирующая» терапия в течение 3–6 мес. после достижения ремиссии помогает снизить риск рецидива. «Поддерживающая» терапия продолжительностью от одного года до трех лет должна строго назначаться тем детям и подросткам, у которых в прошлом были депрессивные эпизоды. Если после наступления ремиссии планируется отмена препарата, то она должна быть хорошо спланирована, проводиться медленно и под внимательным наблюдением.

Если пациент «не отвечает» на терапию, пересмотрите диагноз до смены тактики лечения. В случае подтверждения диагноза попробуйте альтернативную медикаментозную стратегию.

Многочисленные клинические исследования трициклических антидепрессантов (ТЦА) дали достаточное количество фактов об эффективности этих препаратов у взрослых. Кокрановский обзор 13 рандомизированных клинических исследований, в которые

были включены более 500 молодых людей, был проведен P. Hazell [и др.] (2002). Среди детей не было обнаружено никакого значимого улучшения, но зато в группе подростков отмечался положительный эффект. Различный ответ на терапию согласуется с данными о большей эффективности ТЦА у взрослых и может быть объяснен зрелостью неврологических путей или другими связанными с развитием различиями между детьми, подростками и взрослыми (Bostic J. [et al.], 2005). Важно, что при сравнении с контрольной группой плацебо ТЦА были в большей степени связаны с явлениями головокружения, ортостатической гипотензии и сухостью во рту в педиатрической группе (Hazell P. [et al.], 2002). Таким образом, ТЦА не имеют клинически значимой эффективности в детском возрасте, но могут использоваться в подростковой практике с учетом риска побочных эффектов и пользы от препарата.

Венлафаксин — антидепрессант, который ингибирует обратный захват серотонина и норадреналина, оценивался в качестве препарата для лечения депрессии у детей и подростков. M. Mandoki [et al.] (1997) опубликовали результаты исследования, куда вошли 40 детей и подростков (возраст от 8 до 18 лет), которые принимали либо относительно низкие дозы венлафаксина (37,5 мг — дети, 75 мг — подростки), либо плацебо; всем испытуемым также в течение недели проводили психотерапию с когнитивными и бихевиоральными элементами. По прошествии шести недель значительное улучшение было отмечено у всех испытуемых, тем не менее, не было отмечено значительной разницы между группой венлафаксина и плацебо. G. J. Emslie [et al.] (2007a, 2007b) провели два РКИ венлафаксина пролонгированного действия (XR) у 334 детей и подростков в возрасте от 7 до 17 лет с депрессией. При анализе подгрупп детей (возраст 7–11 лет) и подростков (возраст 12–17 лет) авторы предполагают эффективность препарата у подростков, но не у детей. Согласно отчету CSM, в группе венлафаксина наблюдалось больше случаев отмены препарата в связи с побочными явлениями, включая враждебность и суицидальность.

В настоящее время для лечения депрессии у детей и подростков рекомендованы в качестве препаратов первой линии антидепрессанты из группы СИОЗС.

По данным E. Woollorton (2003), обобщенные результаты трех неопубликованных исследований с участием педиатрических пациентов с большим депрессивным расстройством не показали, что пароксетин более эффективен, чем плацебо. В то же время суицидальные мысли, суицидальные попытки и эпизоды самопо-

вреждений чаще встречались среди пациентов, принимавших пароксетин (Rubino A. [et al.], 2007). На основе этих исследований E. Wooltorton (2003) не рекомендует применять пароксетин у пациентов в возрасте до 18 лет. Перед назначением препарата рекомендовано провести оценку возможного наличия суицидальных мыслей у пациентов, а прием пароксетина не рекомендовано прекращать внезапно. Аналогичные выводы делают A. Apter [et al.] (2006) на основе проведенного ими слепого исследования в популяции из более 1191 подростка, принимавшего пароксетин.

K. D. Wagner [et al.] (2003) опубликовали совместные результаты двух отдельных 10-недельных исследований (53 центра в пяти странах) 376 детей и подростков (возраст от 6 до 17 лет) с большим депрессивным расстройством. В то время как результаты индивидуальных исследований не достигали статистической значимости при измерении первичных результатов лечения (среднее снижение по шкале CDRS-R), при совместном анализе наблюдался небольшой, но статистически значимый эффект. В конце исследования средняя разница по баллам CDRS-R была значимой у подростков и только погранично значимой у детей. Следует отметить, что в группе сертралина в три раза чаще происходила отмена препарата вследствие побочных эффектов, чем в группе плацебо.

K. D. Wagner [et al.] (2004) также опубликовали результаты 8-недельного исследования циталопрама у 174 детей и подростков (возраст 7–17 лет) с большим депрессивным расстройством. При сравнении с плацебо критерий реакции на лечение (CDRS-R < 28) был достигнут у значительного большинства пациентов в группе циталопрама. Прекращение приема циталопрама и плацебо в связи с возникновением побочных эффектов было одинаковым (5,6 и 5,9 % соответственно). A. L. Von Knorring [et al.] (2006) сообщали о значительном терапевтическом ответе (60 %) как на циталопрам, так и на плацебо у 244 подростков в возрасте 13–18 лет, но с лучшим выходом на циталопраме, когда результаты были сравнены с контролем, где применялась психотерапия. Усиление суицидальных мыслей и повышение случаев парасуицидального поведения оказалось более частым в группе плацебо. В обзоре J. Q. Vostic [et al.] (2005) отмечено, что в результате 8-недельного РКИ использования эсциталопрама (*S*-изомера циталопрама) у 264 детей и подростков (в возрасте от 6 до 17 лет) выявилось статистически значимое улучшение в группе эсциталопрама по сравнению с плацебо у подростков.

Доказанную клиническую эффективность для применения в детском возрасте имеет флуоксетин (с 8 лет). Этот препарат, на-

ряду с эсциталопрамом (разрешенным к применению с 12 лет), рекомендован FDA (США) для лечения депрессий в детско-подростковом возрасте. Несмотря на активное использование флуоксетина в зарубежной детско-подростковой практике, в нашей стране данный препарат не одобрен для лечения у данной возрастной категории. Терапия начинается с небольших дозировок с еженедельным в первые 4 нед. лечения и раз в две последующие недели мониторингом. Эффективность терапии должна оцениваться приблизительно спустя 6 нед. после ее начала. Лечение депрессии у детей и подростков должно продолжаться в течение 4–6 мес. после ремиссии. Достоверно показано, что более краткие сроки лечения приводят к увеличению риска рецидива депрессии. Если у ребенка отсутствует положительная реакция на терапию, то необходимо пересмотреть диагноз, проанализировать коморбидность (особенно СДВГ или тревожные расстройства), комплаенс, соматические расстройства, семейное функционирование, негативные жизненные события, болезни родителей и сиблингов.

Частым коморбидным состоянием при депрессиях у детей и подростков является тревога. В первые дни после начала лечения СИОЗС вследствие активизирующего эффекта этих препаратов (особенно флуоксетина) может увеличиться тревога. Важно помнить, что все препараты группы СИОЗС могут повышать суицидоопасность. При выявлении тревожной симптоматики необходимо ее купирование одновременно с началом антидепрессивной терапии.

Наряду с антидепрессивной терапией назначаются ноотропы, не обладающие стимулирующим действием, — фенибут, когитум, глицин, а также общеукрепляющее лечение и физиотерапия. При наличии психотических симптомов в рамках аффективной патологии показано назначение небольших доз нейролептиков.

На основании категорий доказательств (А — контролируемые исследования у детей/подростков; В — контролируемые исследования у взрослых; С — открытые исследования у детей/подростков и ретроспективный анализ; D — описание случаев, мнение экспертов) эффективности лечения БАР 1-го типа у детей и подростков с учетом дополнительных аспектов (например, безопасность, переносимость и возможные взаимодействия) могут быть рекомендованы следующие алгоритмы терапии (Kowatch R. [et al.], 2005).

Для лечения острого БАР 1-го типа с маниакальным или смешанным эпизодом без психотических симптомов на первом этапе может быть рекомендована монотерапия нормотимиками (литий (А, В), вальпроевая кислота (В, С), карбамазепин (В)) и АА (оланза-

пин (*B, C*), кветиапин (*B, C*), рисперидон (*B, C*). Поскольку сравнительная эффективность данных препаратов не является хорошо изученной у детей и подростков, окончательное решение о выборе препарата должен принимать врач исходя из своего клинического опыта использования этих препаратов и профиля переносимости побочных эффектов у данного ребенка. В случае частичного ответа на терапию может быть использовано сочетание нормотимика с *AA*. Для тех детей, у которых отсутствует ответ на первоначально выбранную монотерапию, или имеющих выраженные побочные эффекты рекомендуется использовать другой препарат из представленных выше. В дальнейшем в случае отсутствия эффекта могут использоваться различные терапевтические схемы, например сочетание двух нормотимиков (литий + вальпроевая кислота), сочетание лития с другим нормотимиком и *AA* (литий + вальпроевая кислота + рисполепт; литий + карбамазепин + оланзапин и т. д.). Могут быть использованы альтернативные схемы лечения (окскарбазепин (*D*), зипразидон (*D*) или арипипразол (*D*)). Для молодых лиц, не показавших ответ на предложенную выше терапию или имевших непереносимые побочные эффекты, может быть рекомендовано использование клозапина (*C*) или ЭСТ (только для подростков). На всех этапах подбора терапии, описанных выше, когда ребенок не реагирует на лечение, необходимо учитывать факторы, часто связанные с плохим ответом: неправильную диагностику, отсутствие комплаенса и соблюдения режима приема терапии, наличие сопутствующих заболеваний (например, злоупотребление ПАВ, СДВГ, тревожные расстройства), а также присутствие хронических или острых стрессовых факторов. Предпочтение должно отдаваться монотерапии, при этом эффективные дозировки препаратов могут быть значительно ниже, чем для взрослых. Для лучшей переносимости лекарственной терапии возможно разделение суточной дозы на несколько приемов.

Для лечения острого БАР 1-го типа с маниакальным или смешанным эпизодом с психотическими симптомами на первом этапе рекомендуется использовать нормотимик (литий (*A, B*), вальпроевая кислота (*B, C*), карбамазепин (*B*)) в сочетании с *AA* (оланзапин (*B, C*), кветиапин (*B, C*), рисперидон (*B, C*)). При частичном ответе рекомендуется присоединение лития или другого нормотимика, в случае если он ранее не использовался (литий + вальпроевая кислота + *AA*; литий + карбамазепин + *AA*). При отсутствии ответа на комбинированную терапию, которая применялась на первом этапе, рекомендованы комбинации (нормотимик + *AA*),

которые ранее не использовались. В дальнейшем при отсутствии клинической эффективности предложенного лечения могут быть последовательно использованы следующие схемы: нормотимик + альтернативный АА (зипразидон (*B*, *C*), арипипразол (*D*)); литий + вальпроевая кислота или карбамазепин + альтернативный АА; клозапин; ЭСТ (только для подростков).

Основными целями поддерживающей терапии являются профилактика рецидивов, уменьшение подпороговых симптомов, суицидального риска, быстрой цикличности расстройства и аффективной нестабильности, улучшение профессиональной и социальной адаптации. В настоящее время наиболее частой терапией, используемой для поддерживающей терапии у детей и подростков, являются литий, вальпроевая кислота и карбамазепин (Weller [et al.], 2002), в отличие от взрослых, у которых применяется литий, ламотриджин и оланзапин (Keck Jr., 2003). Длительность терапии определяется индивидуально, но рекомендуется использовать поддерживающую терапию в течение как минимум 12–24 мес. после достижения ремиссии. В некоторых случаях необходимо оценить величину риска, связанного с возможным неблагоприятным влиянием терапии и потенциальной возможностью рецидива.

Поскольку нет никаких проспективных исследований по лечению депрессивного эпизода при БАР 1-го типа у детей и подростков, а также БАР 2-го типа, то в настоящее время не разработано соответствующих алгоритмов терапии. Однако на основании имеющихся данных по эффективности лечения биполярной депрессии у взрослых литием (*B*, *C*), он может быть рекомендован для терапии соответствующих состояний у детей и подростков. Также клиническую эффективность показали вальпроевая кислота (*C*), оланзапин (*B*) и кветиапин (*B*). В рандомизированных контролируемых исследованиях у взрослых ламотриджин (*B*, *D*) был эффективен для купирования острой фазы и профилактики депрессивных эпизодов. Использование СИОЗС у детей и подростков с биполярной депрессией уменьшает степень выраженности депрессивной симптоматики. Тем не менее у некоторых молодых людей СИОЗС вызывали дестабилизирующий эффект с формированием значительных перепадов настроения, как правило, это были подростки, у которых отсутствовал прием нормотимика в схеме терапии. Также возможен прием антидепрессантов (кроме ингибиторов МАО и трициклических) для купирования острой фазы БАР или после 8 нед. формирования ремиссии депрессии.

В работе с пациентом, имеющим суицидальные тенденции независимо от подобранной терапии, необходимо в первую очередь учитывать степень суицидоопасности и соответствующим образом организовать наблюдение за ним в стационаре, а также обеспечить преемственность оказания помощи на амбулаторном этапе, подключая к лечебно-реабилитационным мероприятиям также и его семью.

Глава 6

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Профилактика суицидального поведения является одним из самых сложных видов медицинской, психологической и социальной помощи (Dingman C. W. [et al.], 1986; Enachescu C. [et al.], 1992; Pallis D. J., 1996).

В практической деятельности по профилактике самоубийств существуют значительные трудности. В России лишь 5 % лиц с суицидальными тенденциями обращаются к врачу-психиатру или психотерапевту, предпочитая этому посещение врача общей практики в поликлинике. При этом суицидальная симптоматика диагностируется лишь у 5 % из них (Положий Б. С., 2010). Подобные сведения приводят J. M. Williams и L. R. Pollock (1993), согласно которым около 30 % лиц, совершивших суицид или суицидальную попытку, в течение предшествующего месяца обращались за медико-психологической помощью, где их суицидальные переживания не были своевременно распознаны.

Кроме того, до сих пор остается нерешенным вопрос о системе специализированной помощи лицам, совершившим попытку самоубийства. Все эти факты свидетельствуют о недостаточной разработанности организационных подходов к профилактике суицидального поведения. Сокрытию фактов суицидального поведения способствуют такие аспекты, как табу, стигма, стыд и чувство вины. Проводя активную работу по их преодолению, система здравоохранения и общество в целом могут помочь в предотвращении самоубийств. Однако следует отметить, что государственная централизованная суицидологическая служба имеется только в крупных городах. В то же время, согласно ряду исследований, рост суицидов отмечается, как правило, в небольших городах, где суицидологическая служба отсутствует или представлена частично (Редько А. Н., 1992; Войцехович Б. А., 1994).

В практическом смысле выделяют 3 вида научно обоснованных вмешательств, направленных на предупреждение суицидов, каждый из которых в той или иной степени связан с рядом специфических факторов суицидального риска (Gordon R. S., 1983; Mrazek P. J. [et al.], 1994). Универсальные стратегии предупреждения самоубийств ставят целью охватить все население мерами, направлен-

ными на всемерное улучшение здоровья и сведение к минимуму риска самоубийства путем устранения препятствий к получению помощи, облегчения доступа к поддержке, укрепления защитных процессов, таких как социальная поддержка и улучшение средовых условий. Селективные стратегии предупреждения самоубийств обращены к уязвимым группам населения, идентифицируемым на основе таких характеристик, как возраст, пол, род занятий или семейный анамнез. Индивидуальные профилактические стратегии обращены к отдельным уязвимым индивидам, например, проявляющим ранние признаки суицидального потенциала или совершившим попытку самоубийства. По своей сути данные вмешательства совпадают по основным смыслообразующим понятиям с терминами «первичная», «вторичная» и «третичная профилактика», которые Е. А. Grollman (1988) обозначал как превенцию, интервенцию и поственцию. При этом, строго говоря, профилактикой может считаться только первичная, тогда как вторичная и третичная являются так называемыми «вмешательством» и «последующими действиями» (Shneidman E., 1965).

Базируясь на данной типологии, отечественные авторы (Положий Б. С., Панченко Е. А., 2012) предложили использовать четыре последовательных уровня суицидальной превенции.

1. Универсальный — направленный на предупреждение возникновения суицидального поведения в общей популяции, включая все возрастные группы, путем активного дифференцированного просвещения населения в отношении факторов риска суицидального поведения и «антисуицидального барьера», формирования мотивации и установок на ведение здорового образа жизни.

2. Селективный — направленный на активное выявление лиц с наличием биологических, личностно-психологических и клинических (психические расстройства) детерминантов суицидального поведения, первичную диагностику суицидоопасных состояний в общей медицинской сети и обеспечение лицам, входящим в группы риска суицидального поведения, адекватной медико-психологической и медико-социальной помощи.

3. Антикризисный — осуществляемый в пресуицидальном и ближайшем постсуицидальном периодах и направленный на предупреждение реализации суицидальных намерений в пресуицидальном периоде и купирование суицидальных намерений у лиц, совершивших суицидальную попытку.

4. Индикативный — осуществляемый в отдаленном постсуицидальном периоде и направленный на предупреждение рециди-

вов суицидального поведения, динамическое наблюдение и лечение суицидента в случае имеющегося психического заболевания, укрепление «антисуицидального барьера» личности суицидента и психокоррекционную работу с ближайшим микросоциальным окружением суицидента.

Относительно возможности создания единых алгоритмов суицидальной превенции следует отметить, что социокультурные факторы играют огромную роль в формировании суицидального поведения (De Leo D., 1999), создавая значительные трудности в изучении факторов риска в конкретных странах (Schmidtke A. [et al.], 1999). То, что имеет положительный эффект в предупреждении суицидов в одном регионе мира, может быть неэффективно и даже иметь противоположное действие в другой культуре. В значительной степени это положение распространяется и на Российскую Федерацию, но есть и общие принципы, которые справедливы для всей территории страны.

В. Ф. Войцех (2008), рассматривая все мероприятия по профилактике суицидов в комплексе, подразделяет их на:

— специализированные психиатрические (собственно суицидологические) — психологические/коррекционные, направленные на изменение личностных установок, повышение уровня психологической защищенности, активизацию антисуицидальных факторов;

— общемедицинские/лечебные мероприятия, направленные на устранение соматических последствий после суицидальной попытки;

— социальные мероприятия, содержанием которых являются изменения социального статуса, социально-экономических условий жизни потенциальных суицидентов;

— информационно-обучающие программы для распространения знаний об особенностях и причинах суицидального поведения, создание специальных программ для студентов медицинских вузов, врачей общемедицинской практики;

— информационно-корректирующие мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, недопустимости преждевременного ухода из жизни, информирование населения о существовании телефонов доверия, кабинетов социально-психологической помощи при поликлиниках.

История организации специализированной системы суицидальной превенции на государственном уровне в современной России берет свое начало с 1998 г. Согласно Приказу Минздрава № 148 от 06.05.98 г. «О специализированной помощи лицам с кризис-

ными состояниями и суицидальным поведением» было рекомендовано создание трехуровневой системы, включающей службу «Телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи и кризисный стационар (Зотов П. Б., 2012). Реализация данного Приказа позволила в короткие сроки выстроить в некоторых регионах подобную систему. Однако вследствие отсутствия динамического процесса усовершенствования действующей службы, отсутствия межведомственного взаимодействия полностью реализовать этот Приказ и получить всю потенциальную пользу от него не удалось. Наиболее жизнеспособным элементом, сохранившимся и действующим в настоящее время, оказался телефон доверия (Давыденко А. Ф., 2011; Кийченко Е. А., 2011).

Итоги работы суицидологической службы во многих регионах России за последние годы показали ее низкую эффективность на сегодняшний день (Зотов П. Б., 2012), что можно объяснить отсутствием системного суицидологического учета суицидальных попыток, расчетом на оказание помощи «по запросу», т. е. на самостоятельное обращение граждан в службу «Телефона доверия» или кабинет социально-психологической помощи, а также обезличенностью учета завершенных суицидов, что не позволяет проводить исследования суицидоопасных когорт населения и планировать в соответствии с полученными данными профилактические мероприятия.

Поскольку одним из важных аспектов является межведомственное взаимодействие на всех уровнях профилактических мероприятий (Любов Е. Б. [и др.], 2014), приоритетным направлением является уточнение функциональных обязанностей специалистов (психиатров, психологов, врачей общей практики) и так называемых «вахтеров», т. е. лиц, контактирующих с основными группами суицидального риска в населении (например, учителя и социальные работники в школе). Пока же лишь 30 % интернистов считают, что профилактикой суицидального поведения должны заниматься и «не психиатры» (Ласый Е. В., 2012). По мнению Б. С. Положего (2011), оптимальной организационной формой для решения задач дифференцированной профилактики суицидального поведения могут быть специализированные «Кабинеты профилактики суицидов». Такие подразделения должны находиться в структуре существующей психиатрической службы, но размещаться вне ее стен — либо автономно, либо на базе крупного общемедицинского многопрофильного стационара или больницы скорой медицинской помощи.

Вместе с тем частично суицидальную профилактику можно проводить и вне стен специализированных учреждений. Просветительская работа, осуществляющаяся на этапе первичной профилактики, нацелена не только на население в целом или выборочные группы, потенциально имеющие суицидальный риск, но и на лиц, осуществляющих помощь суицидентам. Е. Г. Чуприков [и др.] (2000) считают, что существенным недостатком как реабилитационной, так и психопрофилактической работы в суицидологии детского и подросткового возраста на современном этапе является значительная разобщенность деятельности педагогов, психологов, врачей-психиатров и педиатров.

В рамках проекта «Сохранение здоровья и расширение возможностей молодых людей в Европе» (Saving and Empowering Young Lives in Europe, SEYLE, 2008), разработанного консорциумом двенадцати европейских стран (Швеция, Австрия, Эстония, Франция, Германия, Венгрия, Ирландия, Израиль, Италия, Румыния, Словения, Испания) при финансовой поддержке Европейской комиссии, была создана и протестирована многокомпонентная программа по просвещению молодых людей в вопросах психического здоровья (Carli V., Wasserman C. [et al.], 2013). В каждой стране проводилось рандомизированное контрольное исследование, состоявшее из трех активных вмешательств и одного минимального вмешательства в качестве контроля. В число активных вмешательств входило обучение «вахтеров», информационно-просветительная программа по психическому здоровью и профессиональное обследование подростков, находящихся в группе риска (Wasserman C., Hoven C. [et al.], 2012). Сравнительно с подростками, в отношении которых применялось лишь минимальное вмешательство, те, кто принял участие в информационно-просветительной программе по психическому здоровью, продемонстрировали в последующие 12 мес. значительно более низкие показатели как суицидальных мыслей и намерений, так и суицидальных попыток.

Помимо образовательной и скрининговой работы в общем населении, считается, что необходимо уделять прицельное внимание особым группам риска, для которых *a priori* характерно суицидальное поведение. Это могут быть следующие категории:

- 1) лица, подвергшиеся жестокому обращению, получившие травму, пережившие военные конфликты или бедствия (Лыткин В. М., Нечипоренко В. В., 2014; Matsubayashi T. [et al.], 2013; Jankovic J. [et al.], 2013);

2) беженцы и мигранты, при этом необходимо учитывать культурную специфику той или иной группы (Ratkowska K., De Leo D., 2013);

3) коренные народности, особенно имеющие сниженную толерантность к алкоголю и/или предрасположенность к суицидальному поведению, например представители финно-угорской группы (Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2003; Clifford A. C. [et al.], 2013);

4) заключенные и находящиеся под стражей лица, при этом профилактические вмешательства должны быть нацелены на улучшение психического здоровья, а также необходимо учитывать нежелательность одиночного размещения уязвимых лиц (Кузнецов П. В., 2014; Вальддорф Е. В., Рожкова Н. Ю., 2014; Fazel S. [et al.], 2008);

5) лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендерные лица и интерсексуалы (ЛГБТИ-сообщество), при этом усилия по снижению риска суицида должны быть сосредоточены на борьбе с такими факторами риска, как психические расстройства, злоупотребление ПАВ, стигматизация, предвзятое отношение, а также индивидуальная и институциональная дискриминация (Ворошилин С. И., 2012; Петрова Н. Н., Задорожная М. С., 2013; Marshal M. P. [et al.], 2011);

б) лица, переживающие утрату близких вследствие их суицида или оказавшиеся под его эмоциональным воздействием; при этом вмешательства (поственция) имеют целью поддержать людей, переживающих горе, а также уменьшить вероятность подражательного суицидального поведения (Старшенбаум Г. В., 2005; Grollman E. A., 1988; Szumilas M., Kutcher S., 2011).

По мнению В. Guo, С. Harstall (2004), обучение навыкам решения типовых проблем, психодialeктическая поведенческая и когнитивно-поведенческая психотерапия способствуют превенции суицидов. Немаловажными также являются стабильный круг общения и семейная поддержка (Гурович И. Я., 2001; Войцех В. Ф. [и др.], 2008). Роль этих факторов для контроля кризисной ситуации признана высокой рекомендациями ВОЗ для консультантов (2006). Эти данные подтверждают S. T. Cheng и A. C. Chan (2007), которые в качестве главных стратегических мишеней для суицидологической превенции у подростков рассматривают развитие у них навыков совладающего со стрессом поведения, улучшение отношений в семье и борьбу с культурально обусловленным положительным отношением к смерти.

Рядом авторов подчеркивается важность для суицидологической превенции повышения уровня грамотности населения отно-

сительно проявлений психических расстройств и методов помощи при них, а также относительно психологической помощи суицидальным субъектам (Goldney R. [et al.], 2002; Cross W. [et al.], 2007). В связи с этим одним из новых перспективных направлений является исследование эффекта привлечения обученных родственников и/или близких в качестве консультантов, обеспечивающих систематический мониторинг состояния суицидента и реализующих психотерапевтические воздействия, применяемые в когнитивно-поведенческом подходе и кризисном консультировании в пределах своей компетенции (Харитонов С. В. [и др.], 2013). При этом обучение подразумевает под собой возможность родственниками пациентов использовать регламент микросессий, которые включают в себя: 1) разговор в режиме «сострадательной эмпатии»; 2) идентификацию мыслей, рождающих негативные переживания, и, по возможности, коррекцию этих мыслей методами когнитивно-поведенческой психотерапии; 3) преодоление «исключительности» ситуации; 4) снятие «остроты» ситуации.

В последние годы в литературе активно обсуждается роль современных средств связи на расстоянии (телефон, интернет, телеконференции) в профилактике самоубийств, в том числе не только в проведении кризисного психотерапевтического вмешательства, но и в обучении приемам предотвращения самоубийства.

Профилактика суицидального поведения в рамках медицинской помощи должна осуществляться в нескольких направлениях. Одним из них является работа с врачами общей практики. I. M. Himmelhoch (1987), признавая эффективность психофармакотерапии суицидального поведения у психически больных, в то же время подчеркивает ее опасность в связи с потенциально высокой токсичностью и возможностью использования препаратов с суицидальной целью. D. R. Forster и С. E. Frost (1985) приводят потрясающие данные о том, что сокращение назначения врачами общей практики психотропных средств на 50 % в год уменьшает количество самоотравлений в 3,8 раза. В связи с этим считается, что необходим строгий учет за рецептурными препаратами и контроль за доступностью лекарств для ближайшего окружения лиц, принимающих терапию. Также большая роль отводится обучению врачей общей практики диагностике депрессии и других суицидоопасных психических расстройств (Meehan P., 1990; Sawicka J. [et al.], 2013; Nordentoft M. [et al.], 2015).

Вместе с тем, безусловно, недостаточно направлять усилия только на выявление выраженных психических расстройств.

Необходимо учитывать возрастную и половую специфику в проявлениях суицидального поведения. В мировой литературе есть указания, что превентивная помощь подросткам должна быть направлена на работу со всеми лицами, находящимися в группе риска, т. е. должна включать пациентов с психической и сексуальной зависимостью, иной сексуальной ориентацией, проблемными взаимоотношениями со сверстниками, расстройствами питания, алкогольной и другими видами зависимости, злоупотреблением табаком, депрессией и суицидальным поведением (Park R., Goodeyer I., 2000; Klein J. [et al.], 2001; Runeson B., 2001; Hendin H. [et al.], 2001).

Одним из приоритетных направлений профилактики суицидов в современном мире является контроль за адекватностью предоставляемой населению информации, содержащейся в СМИ (включая журналы, телевидение, радио и интернет). По рекомендациям ВОЗ (2013) одобряется предоставление в СМИ примеров успешного преодоления психосоциального кризиса (при обращении к специалисту), обоснование связи суицида с психическими проблемами, предоставление информации об общественных и медицинских ресурсах кризисной помощи, выделение настораживающих симптомов и развенчание мифов суицидального поведения, описание приемов общения с человеком с суицидальным риском, привлечение экспертной оценки специалистов. Не рекомендуется тиражирование и чрезмерное освещение новости о самоубийстве известного лица (или повторение ТВ-сериала с подобными эпизодами), неуместное место сообщения (упоминание самоубийства в заголовке, на первой полосе, детальное описание отличительных черт суицидента, места и метода суицида, сенсационное и романтизированное освещение суицида, оправдание суицида (его психологизация)), привлечение внимания к «нетипичным случаям»: смерти знаменитости, подростка, двойным самоубийствам, убийствам-самоубийствам и т. д.

Проблема влияния распространяемого через интернет суицидального контента на детей и молодежь активно дискутировалась в обществе, что привело к принятию Федерального закона Российской Федерации № 139–ФЗ от 28.07.2012 г., в соответствии с которым был создан «Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в сети интернет и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты, содержащие информацию о способах совершения самоубийства, а также призывы к совершению самоубийства». Однако, несмотря на значительное снижение количе-

ства подобной информации, возникают новые формы пропаганды суицидального поведения, в частности разнообразные виды визуализированных образов, лозунгов, выражающихся в создании так называемых демотиваторов (Денисов Ю. П., 2014).

Следует отметить, что вряд ли попытки профилактики суицидального поведения будут эффективными, если они не являются частью крупномасштабных проектов, разработанных мультидисциплинарными командами, в которые должны входить не только организаторы здравоохранения и исследователи, но и правительственные чиновники, а также практики целого ряда направлений.

Несмотря на ряд методологических и организационных вопросов относительно создания действующей системы оказания суицидологической помощи, имеются реальные возможности изменить сложившуюся ситуацию в смертности от суицидов среди населения России. Учитывая общие рекомендации, вырисовывается перспектива влияния на социальную и опосредованно на психологическую составляющие формирования суицидального поведения. Медицинские аспекты должны включать в себя работу как стационарных, так и амбулаторных звеньев медицинской сети на всех этапах течения суицидального процесса. При этом на разных этапах суицидального процесса должно происходить привлечение различных специалистов: врачей-психиатров, суицидологов и психотерапевтов; врачей общей практики, медицинских психологов, социальных работников. Внедрение такого дифференцированного подхода позволит активизировать своевременное выявление суицидоопасных состояний, снизить частоту первичных и повторных суицидальных действий и тем самым улучшить суицидологическую ситуацию в стране.

В руководстве ВОЗ «Предотвращение самоубийств: глобальный императив» (2014) научно обоснованные вмешательства, направленные на предупреждение самоубийств, разделяются на три уровня.

1. Универсальные стратегии предупреждения самоубийств ставят целью охватить все население мерами, направленными на всемерное улучшение здоровья и сведение к минимуму риска самоубийства путем устранения препятствий к получению помощи, облегчения доступа к поддержке, укрепления защитных процессов, таких как социальная поддержка и улучшение средовых условий.

2. Селективные стратегии предупреждения самоубийств обращены к уязвимым группам населения, идентифицируемым на основе таких характеристик, как возраст, пол, род занятий или се-

мейный анамнез. Люди, на текущий момент не проявляющие суицидальных наклонностей, могут быть подвержены повышенному риску в биологическом, психологическом или социально-экономическом отношении.

3. Индивидуально показанные профилактические стратегии обращены к отдельным уязвимым индивидам, например проявляющим ранние признаки суицидального потенциала или совершившим попытку самоубийства. В связи с наличием множества различных факторов и многочисленностью путей, ведущих к суицидальному поведению, усилия по предупреждению самоубийств требуют широкого многосекторального подхода к разным слоям населения, группам риска и ситуациям на всех этапах жизни человека.

Каждый из этих уровней связан с воздействием на различные группы факторов риска, которые могут быть разделены на: системные, социальные, связанные с местным сообществом, обусловленные межличностными отношениями (с членами семьи и друзьями) и индивидуальные факторы риска, отражающие экологическую модель (Приложение 11).

Система здравоохранения и социальные факторы риска. Сокрытию фактов суицидального поведения способствуют такие факторы, как табу, стигма, стыд и чувство вины. Проводя активную работу по их преодолению, система здравоохранения и общество могут помочь в предотвращении самоубийств.

Препятствия к получению медицинской помощи. Риск самоубийства значительно возрастает при коморбидных состояниях, поэтому своевременный и эффективный доступ к услугам медицинской помощи играет важнейшую роль в снижении риска самоубийств. Однако во многих странах системы здравоохранения отличаются сложной организацией или имеют недостаточно ресурсов; в них трудно ориентироваться людям, недостаточно грамотным в вопросах здоровья, и в частности в вопросах психического здоровья. Ситуацию еще больше осложняет тот факт, что те, кто ищет психологической поддержки после суицидальных попыток или при психическом расстройстве, подвергаются стигматизации; это приводит к затруднению доступа к медицинской помощи и к повышению риска самоубийства.

Стратегии охраны психического здоровья. В 2013 г. ВОЗ приняла Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. План призывает государства вырабатывать свои собственные стратегии охраны психического здоровья с упором на

четыре главные задачи: укреплять эффективное лидерство и руководство в области охраны психического здоровья; обеспечивать на первичном уровне комплексную, интегрированную и чутко реагирующую на изменения медико-санитарную и социальную помощь; осуществлять стратегии укрепления психического здоровья и профилактики в области психического здоровья; укреплять информационные системы, базу фактических данных и исследования в области психического здоровья. В качестве основного показателя принята частота самоубийств, и ее снижение является целевым ориентиром плана действий.

Стратегии сокращения вредного употребления алкоголя. Варианты стратегий и вмешательств с целью сокращения вредного употребления алкоголя приведены в Глобальной стратегии ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя. Предлагаемые вмешательства включают следующие меры, позволяющие в то же время эффективно предотвращать самоубийства: лидерство, информированность и приверженность; ответные меры служб здравоохранения; действия на уровне местных сообществ; политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения; доступность алкогольных напитков; маркетинг алкогольных напитков; ценовая политика; сокращение негативных последствий от употребления алкоголя и алкогольного опьянения; сокращение воздействия на здоровье населения алкогольных напитков, произведенных незаконно или неорганизованным сектором; мониторинг и эпидемиологический контроль. Среди населения, в меньшей степени склонного к употреблению больших доз алкоголя, такие стратегии, как повышение осведомленности, могут осуществляться посредством общих кампаний в средствах массовой информации, мероприятий по укреплению здоровья в школе или информирования уязвимых лиц силами медицинских работников. В некоторых регионах, прежде чем выбирать стратегии действий, необходимо тщательно проанализировать местные традиции и культуру употребления алкоголя, чтобы гарантировать эффективность этих стратегий в данном контексте. Другой необходимой предпосылкой для эффективного осуществления подобных стратегий является хорошо функционирующая правовая система.

Доступ к услугам медицинской помощи. Надлежащая, своевременная и доступная лечебная помощь в случае психических расстройств и нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ, может сократить риск суицидального поведения. Один

из основных способов улучшения доступа к медицинской помощи в целом и службам психического здоровья в частности — реализация политики и практики повышения грамотности населения в вопросах охраны здоровья силами систем и учреждений здравоохранения, в первую очередь центров здоровья в местных сообществах. В число практических подходов входит широкое информирование населения о доступных услугах, умение медицинского персонала разговаривать с пациентами и помогать им ориентироваться в системе. В частности, важно, чтобы в стратегиях и практических мерах по повышению грамотности населения в вопросах охраны здоровья было уделено внимание и психическому здоровью.

Доступ к средствам совершения самоубийства. Доступ к средствам совершения самоубийства — важнейший фактор риска. Прямая доступность или близость таких средств (включая токсичные средства бытовой химии или сельскохозяйственные пестициды, огнестрельное оружие, высотные здания и сооружения, железнодорожные пути, яды, медикаменты, источники угарного газа, такие как выхлопные трубы автомобилей или древесный уголь, а также других гипоксических и ядовитых газов) повышает риск самоубийства. Доступность и распространенность тех или иных средств совершения самоубийства зависят также от географического и культурного контекстов.

Наиболее распространенные способы самоубийства в мире — отравление лекарствами и ядохимикатами, повешение, применение огнестрельного оружия и прыжок с высоты и под движущийся объект. Ограничение доступа к средствам совершения самоубийств — эффективный способ их предупреждения, особенно если речь идет об импульсивном суициде, поскольку человеку с суицидальным намерением предоставляется больше времени, чтобы изменить свое решение. Внедрение стратегий, нацеленных на затруднение доступа к средствам совершения самоубийства, может проходить как на уровне государства, посредством законов и нормативных документов, так и на местном уровне, например путем защиты мест повышенного риска. Среди важнейших вмешательств по ограничению доступа к средствам совершения самоубийства можно отметить нижеследующие:

— доступ к ядохимикатам. На долю использования ядохимикатов приходится около трети всех самоубийств в мире. Самоубийство посредством намеренного приема внутрь ядохимикатов происходит главным образом в сельской местности стран со средним и низким уровнем дохода: в Африке, Центральной Америке, Юго-

Восточной Азии и в странах Западной части Тихого океана. С целью предупреждения самоубийств посредством приема ядохимикатов были предложены следующие меры: ратификация, внедрение и обеспечение выполнения соответствующих международных конвенций по опасным химическим веществам и отходам; законодательный запрет на использование в сельском хозяйстве пестицидов, представляющих особую проблему на местном уровне; обеспечение выполнения нормативных актов по продаже ядохимикатов; сокращение доступа к ядохимикатам путем повышения безопасности их хранения и обращения с ними индивидов и сообществ; снижение токсичности ядохимикатов. Кроме того, следует совершенствовать механизмы оказания медицинской помощи лицам, принявшим внутрь ядохимикаты с целью самоубийства;

— доступ к огнестрельному оружию. Самоубийство при помощи огнестрельного оружия — в высшей степени летальный способ, самый распространенный в некоторых странах, в том числе в США. Имеющиеся данные демонстрируют тесную корреляцию между долей домашних хозяйств, владеющих огнестрельным оружием, и долей самоубийств при помощи такого оружия. Во многих странах, в том числе в Австралии, Канаде, Новой Зеландии, Норвегии и Соединенном Королевстве, принятие законов, ограничивающих право на владение огнестрельным оружием, привело к снижению частоты соответствующей категории самоубийств. Возможные законодательные и нормативные действия, направленные на снижение числа самоубийств с применением огнестрельного оружия, включают в себя ограничение доступности огнестрельного оружия для частных домохозяйств и усложнение процедур по получению лицензий и регистрации; запрет на владение каким-либо огнестрельным оружием, кроме индивидуального короткоствольного; продление периода ожидания при покупке; внедрение криминологической и психиатрической проверки лиц, желающих приобрести огнестрельное оружие. В странах, где огнестрельное оружие распространено, необходимо на базе местных сообществ обеспечивать обучение правилам обращения с ним;

— мосты, здания и железнодорожные пути. Прыжки с мостов, высоких зданий или на железнодорожные пути перед поездом являются распространенным способом самоубийства в силу легкодоступности. Эффективным средством для предотвращения подобных самоубийств являются структурные меры, затрудняющие доступ в опасные зоны (ограждения и ограничение возможности проникновения);

— доступ к ядовитым газам. В прошлом одним из самых обычных способов самоубийства было самоотравление угарным газом. Законодательные и практические меры по переходу на использование природного газа в домохозяйствах, предпринятые как на государственном, так и на региональном уровне, существенно сократили число самоубийств, совершаемых таким способом. В целом, по имеющимся данным, снижение поражающего действия угарного газа прямым образом способствовало общему снижению частоты самоубийств. В последнее время в некоторых странах Азии стремительно выросла распространенность в качестве способа самоубийства отравлений токсичным газом, образующимся при сжигании древесного угля. В Гонконге перемещение в крупных универсамах упаковок с древесным углем с открытых полок в контролируемые зоны существенно снизило число самоубийств, совершаемых с применением данного способа;

— доступ к фармацевтическим препаратам. В большинстве стран Европы самоотравление медицинскими препаратами — второй или третий по распространенности способ как самоубийств, так и суицидальных попыток. Ограничение доступа и сокращение наличия медикаментов, обычно используемых в целях самоубийства, зарекомендовали себя в качестве эффективных профилактических мероприятий. Медицинские работники могут играть важнейшую роль, сокращая число отпускаемых доз лекарств, информируя пациентов и их семьи о рисках, сопряженных с применением лекарств, и подчеркивая важность соблюдения предписанной дозировки и уничтожения неиспользованных таблеток по завершении курса лечения.

Безответственное освещение самоубийств в СМИ и социальных сетях. Безответственные публикации в СМИ придают самоубийствам сенсационную и нередко гламурную окраску, увеличивая риск того, что у самоубийц найдутся подражатели среди уязвимых людей. Недопустимо, когда СМИ необоснованно подробно освещают самоубийства известных людей, сообщают о необычных способах самоубийства или о серии самоубийств, показывают изображения или дают информацию о способах самоубийств, а также оправдывают самоубийства, характеризуя их как закономерную и возможную реакцию на кризис или несчастье. Установлено, что знакомство с примерами самоубийств повышает риск суицидального поведения уязвимых индивидов.

Растет обеспокоенность в отношении дополнительной роли, которую играют интернет и социальные сети в коммуникации по

вопросам самоубийств. Интернет стал главным источником информации о самоубийствах и содержит легкодоступные сайты, на которых самоубийство нередко изображается безответственным образом. Интернет-сайты и социальные сети, благодаря специфическому контенту, контроль которого не возможен, могут не только содействовать, но и напрямую провоцировать суицидальное поведение. Частные лица могут теперь легко распространять через открытые интернет-сайты и социальные сети нецензурированные материалы и информацию о самоубийствах.

В связи с вышеобозначенными проблемами ВОЗ выпустила рекомендации для работников СМИ с уточнением аспектов, связанных с правильностью подачи информации, касающейся суицидального поведения. В кратком виде данные рекомендации представлены ниже.

Чего следует избегать.

1. Подумайте, является ли данный случай суицидального поведения «достойным» широкого освещения. К сожалению, суицид является достаточно частой причиной смерти. Например, он является причиной большей доли смертей подростков, чем все естественные причины вместе взятые.

2. Избегайте представлений суицида в качестве «таинственного» поступка заведомо «здоровой» или «хорошо функционирующей» персоны.

3. Не представляйте суицид как разумный способ решения проблем.

4. Не описывайте суицид как героический или романтический поступок.

5. Избегайте использования изображения (фотографии) жертвы, его (ее) близких и места суицидального акта, для того чтобы препятствовать чрезмерной идентификации.

6. Избегайте подробного описания способа и места суицидальных действий.

7. Ограничивайте остроту подачи информации, ее объем и количество историй о конкретном суициде. Избегайте помещения репортажей о суициде на первой полосе издания.

8. Избегайте «поиска виновного» в суициде. Это одна из распространенных психологических защит людей, переживающих суицид близкого. Тщательное расследование обычно показывает, что в большинстве случаев причиной суицида является множество факторов, а не действия конкретного человека (родственника, врача, учителя, командира, сослуживца и пр.).

О чем стоит писать.

1. Предоставляйте сбалансированную картину жизни умершего, описывая проблемы наряду с успехами и победами.

2. Подчеркивайте, что суицид является следствием комплекса психологических и социальных проблем или психических расстройств (чаще всего депрессии), многие из которых поддаются лечению.

3. Не избегайте упоминания о психологических проблемах, психических расстройствах или зависимости от алкоголя или наркотиков при описании суицидальных актов известных лиц, «кумиров» массовой культуры, политических деятелей и пр.

4. Очень важно предоставлять объективную информацию о том, что считается психическими расстройствами. В современном понимании к ним относят и те многие состояния, которые люди не привыкли рассматривать как психическую патологию: депрессию, злоупотребление алкоголем и наркотиками, кратковременные нарушения адаптации в стрессовых ситуациях, тревожные состояния и другие.

5. Важно избегать категоричности в оценке причин суицида и психической патологии. Необходимо информировать общество о том, что причиной психических расстройств (например, депрессии) является сложный комплекс социальных, семейных, воспитательных, психологических и биологических факторов. Соответственно, помощь должна быть тоже комплексной, основанной на взаимодействии специалистов социального сектора, психологов, психотерапевтов и психиатров.

6. Предоставляйте информацию о местных ресурсах социальной, психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи.

7. Описывайте проблемы людей с психическими расстройствами в спокойной манере, исключая стигматизацию.

8. Предоставляйте информацию о распространенности и закономерностях суицидального поведения.

9. Публикуйте истории о том, как индивиду удалось справиться с трудностями, избежав суицидальных действий, в том числе благодаря своевременной психологической и социальной поддержке и лечению.

10. Может быть полезной образовательная информация о симптомах депрессии, суицидальных знаках, мифах о суициде и законодательных актах, имеющих отношение к медицинской и психиатрической помощи.

11. Просматривайте заголовки. Некоторые ответственно написанные репортажи могут быть испорчены сенсационными и безвкусными заголовками.

Рекомендации к языку репортажей.

1. Избегайте использования ссылок на суицид в заголовках статей и репортажей. Информация о суицидальном акте может быть упомянута в тексте статьи.

2. Не рекомендуется делать суицид основной темой статьи о конкретном человеке.

3. Избегайте терминов «суицидент» и «совершивший самоубийство». Первый низводит всю сложность личности умершего и его прижизненных проблем до «человека, предпринявшего акт самоубийства». Второй имеет коннотацию к криминальному и морально осуждаемому поведению (сравните — «совершивший убийство»). Вместо указанных терминов рекомендуется применять оборот «умерший вследствие самоубийства».

4. Не рекомендуется использовать выражения «успешно завершил акт», «не удалось завершить», «не удавшаяся попытка суицида» и пр. Более предпочтительными являются термины «смерть в результате самоубийства» и «попытка самоубийства, не закончившаяся смертью».

5. Избегайте в описании распространенности суицидов термина «эпидемия» и определения «эпидемический». Предпочтительно говорить об изменении, увеличении или уменьшении уровней суицидов.

Сотрудничество СМИ и их участие в разработке и распространении принципов ответственной журналистики поможет оптимизировать освещение самоубийств в СМИ и уменьшить число подражательных суицидов. Такие улучшения продемонстрированы в Австралии и Австрии в результате активного участия СМИ в распространении руководств для журналистов. Использование интернет-сайтов и социальных сетей потенциально может сыграть роль в реализации универсальной стратегии предупреждения самоубийств. Некоторые веб-сайты, посвященные психическому здоровью, уже показывают обнадеживающие результаты, стимулируя обращения за помощью, но пока мало сведений относительно их эффективности в предупреждении самоубийств. Лучшие примеры онлайн-программ по предупреждению самоубийств — онлайн-чаты со специалистами в поддержку склонных к суициду

людей, программы взаимопомощи и онлайн-психотерапия. На одном из таких сайтов в Соединенном Королевстве помещены видеоклипы, где молодые люди рассказывают о попытках самоубийств. Это способствует формированию у молодежи сопереживания по отношению к другим людям, оказавшимся в аналогичной ситуации. Если доступа к компьютеру нет, альтернативой может стать все более распространяющееся использование социальных сетей на мобильных устройствах для индивидуальной поддержки и психотерапии.

Стигма, связанная с обращением за помощью. Во многих обществах продолжают подвергаться стигматизации те, кто стремится получить помощь в связи с суицидальным поведением, нарушениями психического здоровья, злоупотреблением психоактивными веществами либо иными эмоциональными стресс-факторами, что может быть существенным препятствием к получению необходимой помощи. Стигма мешает друзьям и членам семьи уязвимого человека оказать ему нужную поддержку, а иногда даже признать наличие тревожной ситуации. Стигма играет важнейшую роль в неприятии перемен и нежелании предпринимать меры по предупреждению самоубийств.

Суицид, психические расстройства и обращение за соответствующей помощью окружены негативным отношением социума. Информационно-просветительные кампании имеют своей целью снизить уровень стигматизации, сопутствующей психическим расстройствам и обращению за помощью при суицидальном поведении, а также улучшить доступ к необходимым услугам. Связи между информационно-просветительными кампаниями и снижением числа самоубийств не выявлено, но они оказывают положительное воздействие на общественные установки, увеличивая тем самым возможность диалога по этим вопросам. Эффективные информационно-просветительные кампании по вопросам психического здоровья должны быть сосредоточены не более чем на одном-двух видах психического расстройства и использовать разные способы представления информации (например, телевидение, печать, интернет-сайты, социальные сети, плакаты), для того чтобы лучше донести пропагандируемые идеи, адаптируя их содержание для разных аудиторий, сочетая несколько стратегий и организуя на местном уровне программы, предназначенные для конкретных групп населения.

Представление о суициде в нашей культуре окружено огромным количеством мифов. Это связано не только с некомпетентно-

стью в данной области знаний или равнодушием, но также и определяется страхом перед собственной смертью или чувством вины за невозможность предотвращения суицида у близкого человека. Это, в свою очередь, приводит к формированию различного рода психологических защит или рационализаций, которые и определяют равнодушное, а порой и осуждающее отношение к суициденту, иногда встречающееся и среди медицинского персонала. Осознание подобных мифов и рационализаций может удержать человека от многих ошибок, позволить ему совершить «первый шаг» к нуждающемуся, дав возможность предотвратить «неотвратимое». В связи с этим развенчание подобных мифов представляется крайне необходимым.

Миф 1: «Говоря о желании покончить с жизнью, человек просто пытается привлечь к себе внимание». Люди, которые говорят о самоубийстве или совершают суицидальную попытку, испытывают сильную душевную боль. Они стараются поставить других людей в известность об этом. Никогда не игнорируйте угрозу совершения самоубийства и не избегайте возможности обсудить возникшие трудности.

Рационализация: «Я бы тоже не возражал против внимания окружающих».

Миф 2: «Самоубийство — это всегда импульсивный акт и происходит без предупреждения». Смерть от собственной руки может казаться импульсивной, но человек мог обдумывать самоубийство на протяжении значительного промежутка времени. Многие склонные к суициду личности подают определенные вербальные или поведенческие сигналы об идее намерения причинить себе вред.

Рационализация: «Это неконтролируемое событие, поэтому его невозможно предотвратить».

Миф 3: «Склонные к суициду личности на самом деле хотят умереть или решили убить себя». Большинство чувствующих желание совершить самоубийство людей делятся своими мыслями как минимум хотя бы еще с одним человеком или звонят по телефону в кризисные центры или врачу, что свидетельствует о двойственности их желания а не целенаправленности.

Рационализация: «Я боюсь смерти, ее приход не остановить, помочь умирающему нельзя».

Миф 4: «Когда человек проявляет признаки улучшения или выживает после попытки самоубийства, можно считать, что опасность миновала». На самом деле один из наиболее

опасных периодов — это период непосредственно после кризиса или когда человек находится в больнице после попытки самоубийства. Неделя после выписки — это время, когда человек испытывает сложности в адаптации и существует опасность того, что он может нанести себе вред. Так как поведение в прошлом является одним из факторов, определяющих поведение в будущем, у склонного к суициду человека могут вновь возникнуть суицидальные мысли.

Рационализация: «Как хорошо, что опасность позади и мне не нужно заботиться об этом».

Миф 5: «Суицид всегда передается по наследству». Не каждое самоубийство можно связать с наследственностью, и тема эта недостаточно изучена. Наличие суицида в семье, однако, является существенным фактором риска суицидального поведения, в частности, если в семье существует история депрессивных расстройств.

Рационализация: «Значит, суицид — это фатальное явление, и ничем нельзя помочь».

Миф 6: «Люди, совершившие попытку самоубийства или самоубийство, всегда являются психически больными». Суицидальное поведение связывают с депрессией, злоупотреблением психоактивными веществами, шизофренией и другими психическими расстройствами вместе с деструктивным и агрессивным поведением. Однако не следует переоценивать значение такой связи. Человек, задумавший самоубийство, чувствует безнадежность и беспомощность, не видит выхода из возникших трудностей, из болезненного эмоционального состояния. Это совсем не значит, что он страдает каким-то психическим расстройством.

Рационализация: «Я боюсь душевнобольных, им ничем нельзя помочь».

Миф 7: «Разговор о самоубийстве может усилить желание человека уйти из жизни». Разговор о самоубийстве не может быть причиной его совершения. Если не поговорить на эту тему, то невозможно будет определить, является ли опасность суицида реальной. Часто откровенная, душевная беседа является первым шагом в предупреждении самоубийства.

Рационализация: «Лучше всего вместе избежать этой неприятной и опасной темы».

Миф 8: «Самоубийство совершают только „те, совсем другие люди“, не такие, как мы». Самоубийство может совершить

любой человек, и это подтверждается наличием самоубийств во всех типах общественного устройства и разных семьях.

Рационализация: «Такое бывает только у богемы, я — простой и нормальный человек».

Миф 9: «Если человек один раз пытался покончить с собой, он (она) больше никогда не совершит следующую попытку». На самом деле попытки самоубийства — критически важный фактор, предсказывающий повторные суицидальные действия.

Рационализация: «Я бы сделал из всего произошедшего правильные выводы».

Миф 10: «Дети не совершают самоубийств, так как они не понимают, что смерть — это конец». Хотя и редко, но дети совершают самоубийства, и любое проявление в любом возрасте должно восприниматься со всей серьезностью.

Рационализация: «Ребенок не может по-настоящему желать смерти, это просто шантаж родителей».

Миф 11: «Мужчины пытаются покончить жизнь самоубийством чаще, чем женщины». Женщины совершают суицидальные попытки приблизительно в 3 раза чаще, чем мужчины. Однако мужчины убивают себя приблизительно в 3 раза чаще, чем женщины, поскольку выбирают более действенные способы, оставляющие мало возможностей для их спасения.

Рационализация: «Мужчина должен быть сильным, мужчины не плачут».

Миф 12: «Все действия во время суицидальной попытки являются импульсивными, непродуманными и свидетельствуют об отсутствии плана». Не всегда так происходит. Большинство лиц с суицидальными попытками предварительно обдумывают свои действия.

Рационализация: «В противном случае мне следовало бы что-то предпринять и потом нести ответственность».

Миф 13: «Не существует значимой связи между суицидом и наркоманией, токсикоманией, алкоголизмом». Зависимость от алкоголя, наркотиков, токсических веществ является фактором риска суицида. Люди, находящиеся в депрессивном состоянии, часто используют алкоголь и другие вещества, чтобы справиться с ситуацией. Это может привести к импульсивному поведению, так как все эти вещества искажают восприятие действительности и значительно снижают способность критически мыслить.

Рационализация: «Выпивая, я отнюдь не хочу смерти, совсем наоборот».

Миф 14: «Суицид — редкое явление». По статистике ВОЗ, каждые 40 с в мире умирает один человек вследствие самоубийства. У молодежи смерть вследствие суицида входит в тройку основных причин смертности. Фактически число суицидов может быть гораздо больше, так как некоторые самоубийства маскируются под несчастные случаи.

Рационализация: «Это преувеличение проблемы, никто из моих знакомых не совершал самоубийства».

Факторы риска, связанные с местным сообществом и межличностными отношениями. Факторы риска самоубийств во многом связаны с сообществами, в которых живут люди. Во всем мире различные культурные, религиозные, правовые и исторические характеристики формируют общественные представления и взгляды в отношении самоубийства, что ведет к формированию широкого разнообразия социальных факторов, влияющих на риск самоубийства. Взаимоотношения человека с членами семьи, близкими друзьями и другими важными для него людьми тоже могут влиять на суицидальное поведение. Ниже описаны некоторые из важнейших факторов, относящихся к этим сферам.

1. Бедствия, войны и конфликты. Природные бедствия, войны и гражданские конфликты, разрушительно влияющие на общественное благополучие, здоровье, жилищные условия, занятость и финансовое положение, могут повышать риск самоубийств. Парадоксальным образом во время или непосредственно после бедствия или военного конфликта частота самоубийств может снизиться, однако этот феномен проявляется по-разному среди различных групп населения. Такое сиюминутное снижение может быть обусловлено остро возникающей потребностью в более прочной общественной сплоченности. В целом, по-видимому, четкая динамика суицидальной смертности после природных бедствий отсутствует, поскольку различные исследования демонстрируют различную картину.

На основании результатов исследований, посвященных данным факторам риска, был сделан вывод о необходимости адресных вмешательств по отношению к наиболее уязвимым группам населения, пострадавшего от военного конфликта или разрушительного природного бедствия. При разработке и проведении политики следует всемерно содействовать сохранению существующих социальных связей в пострадавших сообществах.

2. Стрессы аккультурации и перемещения. Стрессы аккультурации и перемещения существенно повышают риск самоубийств, которому подвержены ряд уязвимых групп, включая коренные народности, лиц, обратившихся за политическим убежищем, беженцев, интернированных и внутренне перемещенных лиц, а также новоприбывших иммигрантов. Самоубийства распространены среди коренных народов: американские индейцы в США, индейцы и эскимосы Канады, австралийские аборигены и маори Новой Зеландии — во всех этих группах частота самоубийств гораздо выше, чем среди остального населения соответствующих стран. В особенности это касается молодежи, и в первую очередь молодых мужчин, представляющих собой одну из наиболее уязвимых групп в мире. Территориальную, политическую и экономическую автономию групп коренного населения часто нарушают, а их язык и культура игнорируются. Эти обстоятельства могут порождать ощущение депрессии, изоляции и дискриминации, сопровождающееся обидой и недоверием к государственным, социальным и здравоохранительным службам, особенно если их услуги предоставляются в форме, культурно неприемлемой для этих групп населения.

Факторы риска различаются между группами, поэтому, возможно, более эффективными будут вмешательства, разработанные с учетом культурной специфики той или иной группы, а не одинаковые для всех иммигрантов. Обзор стратегий по работе с коренными народами в Австралии, Канаде, Новой Зеландии и США показал, что профилактические меры на уровне местного сообщества, обучение «вахтеров» и просветительные кампании, разработанные с учетом культурной специфики, успешно снижают ощущение безнадежности и уменьшают риск самоубийств. Наибольшего успеха достигали вмешательства, предпринятые с активным вовлечением коренного сообщества и в большой степени под его контролем, что гарантировало культурную приемлемость проводимых мероприятий.

3. Дискриминация. Дискриминация тех или иных подгрупп населения может носить постоянный, эндемичный и системный характер. Она может приводить к непрерывной последовательности тяжелых жизненных обстоятельств, таких как отсутствие свободы, социальное отторжение, стигматизация и насилие, провоцируя тем самым суицидальное поведение. Связи между дискриминацией и самоубийствами могут прослеживаться, например, в следующих социальных группах: лица, содержащиеся под стражей; лица, которые идентифицируют себя как лесбиянки, геи, бисексуалы,

трансгендеры и интерсексуалы; лица, подвергающиеся буллингу, в частности через онлайн-сети, и издевательствам со стороны окружающих; беженцы; лица, обратившиеся за политическим убежищем, и мигранты.

Изучение факторов риска, влияющих на лиц, содержащихся в местах лишения свободы в Австралии, Европе, Новой Зеландии и США, показало, что профилактические вмешательства должны быть направлены на улучшение психического здоровья, снижение уровней злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами. Следует также избегать одиночного размещения уязвимых лиц. Все лица из этой группы должны проходить скрининг на суицидальное поведение в настоящем или прошлом. Усилия по снижению риска самоубийств среди ЛГБТ-сообщества должны быть сосредоточены на борьбе с такими факторами риска, как психические расстройства, злоупотребление психоактивными веществами, стигматизация, предвзятое отношение, а также индивидуальная и институциональная дискриминация.

4. Травма или жестокое обращение. Травма и жестокое обращение способствуют обострению эмоционального стресса и могут спровоцировать депрессию и суицидальное поведение среди уже уязвленных людей. Психосоциальные стресс-факторы, ведущие к самоубийству, могут быть вызваны различными видами травм (в том числе пытками, в особенности в случае беженцев и лиц, обратившихся за политическим убежищем), конфликтами с правосудием, финансовыми трудностями, проблемами, связанными с учебой или работой, а также буллингом. Гораздо в большей степени склонны к самоубийству молодые люди, детство которых прошло в неблагоприятных условиях (физическое насилие, сексуальные или психологические злоупотребления, отсутствие внимания со стороны взрослых, дурное обращение, семейное насилие, развод родителей, проживание в детском доме). Влияния неблагоприятных факторов, имевшихся в детстве, как правило, взаимосвязаны и коррелируют, в совокупности увеличивая риск психического расстройства и суицида.

5. Ощущение изоляции и отсутствие социальной поддержки. Изоляция возникает тогда, когда человек ощущает потерю связи со своим ближайшим окружением: с интимным партнером, членами семьи, сверстниками, друзьями и другими важными для него людьми. Изоляция часто сочетается с депрессией и переживанием одиночества и отчаяния. Ощущение изоляции часто возникает тогда, когда человек сталкивается с негативными жизненными об-

стоятельствами или другими видами психологического стресса и не может поделиться своими проблемами с близкими. В сочетании с другими факторами это может повышать риск суицидального поведения, в особенности у людей старшего возраста, живущих в одиночестве, поскольку социальная изоляция и одиночество в значительной степени способствуют самоубийствам.

Суицидальное поведение нередко бывает реакцией на личный психологический стресс в социальном контексте, который характеризуется отсутствием источников поддержки, что может служить отражением неблагополучия и отсутствия социальной сплоченности в более широком плане. Социальная сплоченность является той тканью, что связывает людей на различных уровнях общества — индивиды, семья, школа, соседи, местные сообщества, культурные группы и общество в целом. Люди, которых объединяют тесные и прочные межличностные отношения и общие ценности, как правило, отличаются целеустремленностью, ощущают безопасность и сплоченность.

6. Семейные конфликты и утрата близких. Семейные неурядицы (например, развод), конфликты (например, из-за опеки над детьми) или утрата близкого человека (например, смерть интимного партнера) могут стать причиной горя и ситуационного психологического стресса, повышая риск самоубийства. Нездоровый характер отношений также является фактором риска. Насилие, включая сексуальное, против женщин весьма распространено и часто исходит от интимного партнера. Насилие со стороны сексуальных партнеров приводит к увеличению частоты суицидальных попыток и повышению риска самоубийства. В глобальном масштабе 35 % женщин хотя бы раз подверглись физическому и/или сексуальному насилию со стороны партнера или сексуальному насилию со стороны другого человека.

Вмешательства, адресованные лицам, потерявшим близких вследствие самоубийства, или на которых оно произвело психологическое воздействие, имеют целью поддержать людей, переживающих горе, а также уменьшить вероятность подражательного суицидального поведения. Эти вмешательства могут проводиться в качестве поственций на базе школы, семьи или местного сообщества. Активное оказание поддержки семьям и друзьям жертв самоубийства приводит к тому, что люди чаще обращаются к группам поддержки, в том числе для лиц, понесших тяжелые утраты; в результате снижаются проявления острого эмоционального дистресса, такие как депрессия, тревога и отчаяние.

Одним из наиболее перспективных вариантов первичной профилактики суицидального поведения является включение в работу по выявлению, диагностике и направлению суицидальных лиц так называемых «вахтеров». Лица, подверженные риску самоубийства, редко обращаются за помощью. Тем не менее они могут продемонстрировать наличие факторов риска и поведение, указывающее на уязвимость. «Вахтером» является любой, кто в состоянии определить у человека суицидальные намерения. В число важнейших потенциальных «вахтеров» входят: работники служб первичной, психиатрической и экстренной медицинской помощи; учителя и другие сотрудники школ; лидеры местных сообществ; работники полиции, пожарные и представители других служб экстренного реагирования; офицеры Вооруженных сил; социальные работники; духовные и религиозные лидеры, традиционные целители; работники кадровых служб и менеджеры.

Цель программ обучения «вахтеров» — совершенствовать их знания, установки и навыки, позволяющие идентифицировать лиц, находящихся в группе риска, определять уровень этого риска, а затем направлять этих лиц на лечение. Все содержание этого обучения должно быть адаптировано к культуре «вахтера» и включать в себя местную информацию о доступе к услугам медицинской помощи. Адаптированные программы показали обнадеживающие результаты в тех случаях, когда они были приспособлены к конкретной группе населения, например к группам австралийских аборигенов. Исследования показали, что 25–50 % женщин, проявивших суицидальное поведение, в течение предшествовавших четырех недель обращались к врачу. Таким образом, обучение «вахтеров» позволяет вести профилактическую работу с такими людьми.

Помимо этого, в случаях, когда люди не могут или не желают обращаться в другие структуры социальной поддержки или медико-психологической помощи, весьма полезным оказывается наличие телефонных служб, так называемых телефонов доверия или горячих линий. Горячие линии могут предназначаться для широких групп населения или для отдельных уязвимых групп. Второй вариант окажется предпочтительным, если людям поможет поддержка со стороны людей, находящихся в аналогичных условиях.

Индивидуальные факторы риска. На риск самоубийства может повлиять индивидуальная уязвимость или, напротив, устойчивость. Индивидуальные факторы риска показывают, насколько велика вероятность возникновения у человека суицидального поведения.

1. Предшествующая суицидальная попытка. Наиболее сильный индикатор риска будущего самоубийства — одна или несколько суицидальных попыток, совершенных в прошлом. Даже спустя год после такой попытки опасность самоубийства и преждевременной смерти от других причин остается высокой.

2. Психические расстройства. В странах с высоким уровнем доходов у 90 % жертв самоубийства имелись психические расстройства, а среди 10 %, не имевших четкого диагноза, наблюдались психические отклонения, характерные для лиц, совершающих суицид. Однако, как показывают исследования в Китае и Индии, в некоторых странах Азии, по-видимому, наблюдается меньшая степень распространенности психических расстройств среди жертв самоубийств — примерно 60 %. К этому фактору риска нужно подходить с осторожностью.

Депрессия, нарушения, связанные с употреблением психоактивных веществ, и антисоциальное поведение сравнительно широко распространены, и большинство подверженных им людей не совершают суицидальных действий. Вместе с тем лица, совершающие самоубийства или суицидальные попытки, могут страдать от серьезной психиатрической коморбидности. Различные виды психических расстройств несут в себе разную степень риска самоубийств; наиболее распространенными нарушениями, влекущими за собой суицидальное поведение, являются депрессия и расстройства, связанные с употреблением алкоголя. По оценкам, риск самоубийства в течение жизни составляет 4 % для пациентов с аффективными расстройствами, 7 % для индивидов с алкогольной зависимостью, 8 % для лиц с синдромом биполярных расстройств и 5 % для индивидов, страдающих шизофренией. Важно отметить, что риск развития суицидального поведения значительно возрастает при наличии коморбидности — сочетания двух или нескольких психических расстройств.

3. Вредное употребление алкоголя и других психоактивных веществ. Все расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, повышают риск самоубийств. В 25–50 % случаев жертвы самоубийства страдали расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, и риск самоубийства возрастает еще больше, если употребление алкоголя или психоактивных веществ сочетается с другими психическими нарушениями. Из всех смертей от самоубийства 22 % могут быть отнесены на счет употребления алкоголя; иными словами, если бы люди не употребляли алкоголь, каждое пятое само-

убийство не было бы совершено. Зависимость от других психоактивных веществ, включая марихуану, героин или никотин, также является фактором риска самоубийства.

4. Потеря работы или финансовые проблемы. Потеря работы, лишение ипотечного кредита на дом или финансовая неопределенность повышают риск самоубийства в том случае, если они сочетаются с другими факторами риска, такими как депрессия, тревога, насилие или вредное употребление алкоголя. Таким образом, экономические спады, в той мере, в которой они обуславливают жизненные невзгоды за счет потери работы или финансовых убытков, могут выступать в качестве индивидуального фактора риска самоубийств.

5. Безнадежность. Ощущение безнадежности как когнитивный аспект психологического функционирования, наблюдаемое в сочетании с психическими расстройствами или предшествующими попытками самоубийства, часто используется в качестве индикатора риска самоубийства. Три основных аспекта безнадежности — это негативные мысли о будущем, утрата мотиваций и отсутствие надежды на лучшее. Безнадежность можно часто трактовать как наличие таких мыслей, как «будет только хуже» или «я не вижу никаких улучшений». В большинстве случаев безнадежность сопровождается депрессией.

6. Хронический болевой синдром и наличие заболевания. Хроническая боль и наличие заболевания — важные факторы риска суицидального поведения. Как показали исследования, среди тех, кто испытывает хроническую боль, суицидальное поведение распространено в два-три раза чаще по сравнению с общим населением. Все болезни, приводящие к боли, инвалидности, нарушениям нервно-психического развития и дистрессу, повышают риск самоубийства. В число таких болезней входят рак, диабет и ВИЧ/СПИД.

7. Случаи самоубийства в семье. Самоубийство члена семьи или товарища по работе может оказывать тяжелое воздействие на жизнь человека. Потеря близкого — это разрушительная эмоциональная травма для большинства людей; помимо горя утраты, сама причина смерти может вызывать у членов семьи и близких стресс, чувство вины, стыд, гнев, тревогу и психологический дистресс. Могут измениться взаимоотношения в семье, обычные источники поддержки окажутся нарушены, стигма может помешать поиску поддержки у окружающих, а окружающим — помешать предложить помощь. Самоубийство близкого человека может снизить

«суицидальный порог» у тех, кто испытывает горе от этой утраты. По всем этим причинам люди, понесшие тяжелую потерю или оказавшиеся под эмоциональным воздействием совершенного самоубийства, сами оказываются подверженными повышенному риску самоубийства или развития психического расстройства.

8. Генетические и биологические факторы. Генетические аномалии и нарушения развития в ряде нейробиологических систем коррелируют с суицидальным поведением. Например, низкий уровень серотонина приводит к серьезным суицидальным попыткам среди пациентов с аффективными расстройствами, шизофренией и личностными нарушениями. Случаи самоубийства в семье являются серьезным фактором риска самоубийств и суицидальных попыток.

Вмешательства, направленные на индивидуальные факторы риска.

1. Последующее наблюдение и поддержка на уровне местных сообществ. Недавно выписанные пациенты часто испытывают нехватку социальной поддержки и могут почувствовать себя в изоляции, покинув больницу. Последующее наблюдение за ними, а также поддержка на уровне местного сообщества способствуют снижению числа самоубийств и суицидальных попыток среди недавно выписанных пациентов. Систематическое последующее наблюдение — рекомендуемое вмешательство, недорогое и легко осуществимое; его можно предпринимать, используя скромные ресурсы, силами имеющегося медицинского персонала, в том числе обученных медицинских работников общего профиля. Такая практика особенно полезна в странах с низким и средним уровнями доходов. Данное вмешательство может осуществляться при помощи отправки почтовых открыток, телефонных звонков или кратких индивидуальных посещений (формальных или неформальных), целью которых является установление и поддержание контакта с пациентом. Важно вовлечь в оказание последующей помощи членов местного сообщества — семью, друзей, коллег, кризисные центры или местные центры психического здоровья. Это позволяет поддерживать регулярное наблюдение за состоянием пациента и способствует соблюдению режима назначенного лечения.

2. Оценка и коррекция суицидального поведения. Важно разрабатывать эффективные стратегии по диагностике и коррекции суицидального поведения. Любые проявления мыслей, планов или действий, направленных на самоповреждение или самоубийство,

являются прямым показанием для проведения всестороннего обследования. Также рекомендуется спрашивать каждого ребенка старше 10 лет или взрослого, подверженного тем или иным факторам риска, включая хронический болевой синдром или острый эмоциональный дистресс, о наличии мыслей, планов или действий, направленных на самоповреждение/самоубийство. Следует проводить тщательную оценку путем клинического опроса и анализа дополнительной информации.

Необходимы обучение и повышение квалификации медицинских работников, в первую очередь в службах экстренной помощи, чтобы гарантировать предоставление нуждающимся психосоциальной поддержки, а также обеспечение последующего наблюдения и поддержки на уровне местного сообщества. Оценка и коррекция суицидального поведения позволяют воздействовать не только на индивидуальные факторы риска, но и на факторы риска, связанные с межличностными отношениями.

3. Диагностика и лечение психических расстройств и нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ. Важнейший шаг на пути предотвращения самоубийств — обучение медицинского персонала методам диагностики и лечения психических расстройств и нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ. Многие из совершивших самоубийство в течение предшествующего месяца контактировали с работниками учреждений первичной медико-санитарной помощи. Обучение медицинского персонала навыкам распознавания депрессии и других психических расстройств и нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также методам детальной оценки риска самоубийства — важное средство профилактики суицида. Учебу нужно проводить в непрерывном режиме или регулярно из года в год, вовлекая в учебные мероприятия большинство медицинских работников региона или страны. Для того чтобы типовая программа обучения была эффективной в разных странах и для разных культур, ее необходимо адаптировать с учетом местных факторов риска.

Тем не менее важно учитывать тот факт, что недостаточная квалификация медицинских работников в части диагностики и лечения психических расстройств обусловлена многочисленными факторами, в частности такими, как дефицит знаний и опыта в области психического здоровья, стигматизация, низкий уровень сотрудничества с психиатрами и слабые навыки проведения клинического опроса. Таким образом, успешная работа с этими недостатками,

например посредством учебных программ и специальной подготовки, может иметь особо важное значение для повышения уровня диагностики и лечения.

Работа с «антисуицидальным барьером». В отличие от факторов риска, защитные факторы оберегают человека от опасности самоубийства. В то время как многие действия по предупреждению самоубийств направлены на снижение факторов риска, не менее важно изучать и укреплять факторы, которые, как доказано, повышают сопротивляемость человека и укрепляют его связи с другими, защищая от суицидального поведения. Сопротивляемость срабатывает как амортизатор, гася воздействие риска самоубийства; у людей, обладающих высокой сопротивляемостью, причинно-следственная связь между риском самоубийства и суицидальным поведением ослаблена. Некоторые защитные факторы противопоставляются конкретным, единичным факторам риска, а другие защищают людей сразу от ряда рисков.

1. Прочные личные взаимоотношения. Риск суицидального поведения повышается, когда люди страдают от конфликтов в межличностных отношениях, потери друзей или семейных неурядиц. Напротив, поддержание и укрепление здоровых отношений с близкими может повысить индивидуальную сопротивляемость и стать фактором, защищающим от риска самоубийства. Представители ближайшего социального окружения человека — интимный партнер, члены семьи, коллеги, друзья и другие значительные для него люди — имеют на него наибольшее влияние и могут поддержать его в тяжелую минуту. Друзья и члены семьи могут быть важнейшим источником социальной, эмоциональной и финансовой помощи и способны снизить воздействие внешних стресс-факторов. В частности, сопротивляемость, полученная благодаря этой поддержке, смягчает фактор риска самоубийства, связанный с травматическими обстоятельствами в детстве. Отношения с окружающими играют особенно важную роль в защите подростков и пожилых людей, которые имеют более высокий уровень зависимости.

2. Религиозные верования и духовные убеждения. Рассматривая религиозные верования или духовные убеждения как защиту от самоубийства, важно соблюдать осторожность. Вера сама по себе может быть защитным фактором, поскольку она, как правило, дает структурированную систему убеждений и может поддерживать образ действий, который считается физически и психически благоприятным. Однако многие религиозные и культурные убеждения и нормы поведения, вследствие свойственных им моральных уста-

новок, также внесли вклад в стигматизацию самоубийства, что может служить препятствием для обращения за помощью. Защитная ценность религии и духовности может обеспечиваться доступом к социально сплоченному сообществу с единой системой ценностей, которое поддерживает своих членов.

Запреты, существующие во многих религиозных группах, могут создавать барьеры для факторов риска, например таких, как употребление алкоголя. Наряду с этим, в социальной практике некоторых религий поощряется самоожжение, например женщин в Южной Азии, потерявших своих мужей. Следовательно, хотя религия и духовные убеждения могут в определенной степени защищать от самоубийства, многое зависит от конкретных культурных и контекстуальных условий, практики и трактовок.

3. Образ жизни: стратегии позитивного преодоления трудностей (копинг) и благополучие. Субъективное индивидуальное благополучие и стратегии позитивного преодоления трудностей (копинг) являются надежной защитой от самоубийства. Ощущение благополучия отчасти основано на личностных характеристиках человека, определяющих его уязвимость или, напротив, устойчивость к стрессу и травмирующим воздействиям. Эмоциональная стабильность, оптимистичное мировоззрение и хорошо развитое самосознание помогают справляться с жизненными трудностями. Высокая самооценка, вера в свои силы и умение решать проблемы, в том числе и обратиться за помощью, когда это нужно, способны смягчить воздействие стресс-факторов и последствия трудностей, пережитых в детстве. Готовность обратиться за помощью в связи с нарушениями психического здоровья в особенной степени зависит от личных установок. Поскольку психическим расстройствам широко сопутствует стигматизация, люди (в особенности мужчины) порой избегают обращаться за помощью. В результате психические расстройства могут усугубляться, повышая риск самоубийства, чего можно было бы избежать путем вмешательства на ранней стадии.

Здоровый образ жизни, способствующий психическому и физическому благополучию, включает регулярную физическую активность и занятия спортом, достаточный сон и рациональное питание, учет воздействия на здоровье алкоголя и психоактивных веществ, хорошие отношения с окружающими и социальные контакты, а также эффективное управление стрессом. Использование «опережающих подходов» (upstream approaches), таких как воздействие на факторы риска и развитие защитных факторов на ранних

этапах жизни, со временем может «повысить шансы на более адаптивные исходы». Более того, опережающие подходы могут одновременно влиять на целый ряд аспектов здоровья и социальных проявлений, таких как самоубийства, злоупотребление психоактивными веществами, насилие и преступность.

Работа с родственниками. Как правило, родственники не могут своевременно идентифицировать суицидальное поведение у своего близкого. В таких случаях предпринятый суицидальный эксцесс является для них абсолютно неожиданным, даже если пациент тем или иным способом сообщал о своих намерениях. Особенно часто это встречается в семьях пациентов, совершивших спонтанный суицид. В случае ситуационного суицида родственники обычно говорят о том, что попросту не придавали значения угрозам и жалобам своего близкого. Таким образом, при работе в семьях суицидентов в первую очередь необходимо просвещение родственников о признаках и проявлениях суицидального поведения.

Другой особенностью членов семей суицидентов является наличие выраженного чувства вины перед ними. Поэтому при проведении работы с такими лицами необходимо снять с них ответственность за произошедшее. Достаточно часто родственники испытывают чувство обиды по отношению к суициденту, осуждая его за совершенную попытку. В таких случаях родственникам разъясняется необходимость оказания суициденту психологической поддержки, объясняя им, что суицидальный поступок — это не результат слабости или «плохого поведения», а следствие серьезных психологических нарушений или психического расстройства.

Реже члены семьи испытывают по отношению к суициденту безразличие. Как правило, в этих семьях пациент изолирован, ощущает свое одиночество. Такие семьи наиболее сложны в плане проведения психокоррекционной работы и оказывают минимальную степень поддержки пациенту.

Программы профилактики суицидального поведения.

Готландская программа. Целью данной программы являлось улучшение диагностики и лечения депрессии как основного пускового фактора суицидального процесса. Это исследование осуществлялось на шведском острове Готланд с населением порядка 60 000 человек в виде образовательной программы в начале 1980-х гг., затем вплоть до начала 1990-х гг. проводилась оценка его результатов, после чего проходили поддерживающие тренинги, завершившиеся в 1998 г. В 1970 г. уровень самоубийств на острове Готланд

был одним из самых высоких в Швеции, намного превышавшим их уровень в городах. Одна из особенностей состояла в большом числе суицидов с применением жестоких и агрессивных методов, в основном у женщин. Назначение антидепрессантов на острове Готланд было самым низким в Швеции, что компенсировалось чрезмерным прописыванием седативных, анксиолитических и снотворных препаратов. Была организована многосторонняя структурированная образовательная программа борьбы с депрессией на уровне первичной медицинской помощи. Она включала два учебных курса по два дня каждый, осуществлялась в течение двух лет для всех врачей общего профиля на острове и охватывала большинство аспектов диагностики и мониторинга депрессивных расстройств, в ней приняли участие практически все врачи.

Проблема депрессии, ее выявления и мониторинга представлялась в интегрированном и конспективном виде. Процесс развития депрессии и суицидальности, а также процесс выздоровления описывались как многофакторные явления, основанные на модели «стресс-диатеза». В ходе тренингов разъяснялась важность психотерапевтического наблюдения и поддержки, а также, особенно в тяжелых случаях, необходимость фармакологического лечения. Психотерапия и фармакотерапия представлялись в качестве взаимодополняющих подходов, а не альтернативных стратегий по принципу «всему свое время». Тренинги, проходившие в форме структурированных и холистических презентаций, были высоко оценены участниками и привели к существенному улучшению навыков диагностики, лечения и мониторинга депрессии у врачей общей практики.

В течение трех лет после реализации программы на острове Готланд наблюдался ряд взаимосвязанных позитивных результатов, обусловленных обучением. Обращения по поводу депрессии в местные психиатрические учреждения, а также длительность пребывания на больничном в связи с депрессией и апатией снизились более чем на 50 %. Количество койко-дней по поводу депрессии в местных психиатрических клиниках уменьшилось на 70 %, а число самоубийств снизилось приблизительно на две трети. Назначение антидепрессантов возросло — если ранее оно составляло менее чем 50 % от среднего уровня по стране, то после проведения учебной программы оно возросло до 80 %. Напротив, на 30 % снизилось назначение седативных, анксиолитических и снотворных препаратов. В течение трех лет после обучения бла-

годаря улучшению диагностики рецидивов депрессии назначение лития возросло на 30 %.

Однако наблюдавшиеся позитивные перемены оказались временными. К концу 1980-х гг. число самоубийств вернулось к исходному уровню и даже слегка превысило его, поэтому стала очевидной необходимость систематического образования, постоянно дополняемого последними научными данными. В начале 1990-х гг. начались новые учебные занятия, повторные курсы проводились с интервалом около двух лет до 1998 г. Оценка соотношения затрат и социально-экономических последствий показала, что программа тренингов, которая стоила порядка 400 000 шведских крон, в течение трех лет привела к значительной экономии для общества благодаря снижению заболеваемости, суицидальной смертности, длительности стационарного лечения и расходов на лекарственные препараты.

Детальное изучение эффекта этой программы в отношении суицидальной превенции показало, что снижение суицидальности касалось в основном женщин, без существенного влияния на самоубийства у мужчин. Мужчины, сводя счеты с жизнью, избирали наиболее жестокие методы. Более того, в отличие от относительно небольшого числа женщин, покончивших с собой на Готланде в 1990-х гг. и в основном известных медицинским службам, преобладающее большинство мужчин, совершивших суицид, были известны только полиции, налоговым властям или социальным службам, занимавшимся больными алкоголизмом.

Тренинги, направленные на повышение качества диагностики и лечения депрессии врачами общей практики, очевидно, не оказали позитивного влияния на самоубийства мужчин на острове, поскольку последние не обращались в медицинские службы. В случаях же обращения у них диагностировали расстройства личности, отмечали антисоциальное поведение или наркоманию, вследствие чего часто считали их неизлечимыми из-за нежелания сотрудничать с медицинскими службами, «неадекватных» поступков, агрессивности и недостаточной мотивации к лечению. Исследование показало, что у депрессивных и суицидальных мужчин обычно отмечались атипичные симптомы депрессии. И даже если они обращались за помощью, депрессия часто оставалась нераспознанной, в связи с чем они не получали адекватного лечения. Из-за стойкого повышения уровня мужских самоубийств в последующих программах тренингов сделали акцент на симптомах депрессии и суицидальном поведении у мужчин. Была разработана шкала основ-

ных «атипичных» симптомов депрессии у мужчин, отражавшая ее специфические проявления: сниженную толерантность к стрессу, внешнее выражение подсознательных психических процессов, агрессивность, сниженный контроль над импульсами, раздражительность, нерешительность, склонность к злоупотреблению алкоголем и другими психоактивными веществами, периодическое «антисоциальное» поведение, наследование склонности к самоубийству и агрессии. С тех пор как «Готландскую шкалу депрессии у мужчин» рекомендовали местному персоналу первичного звена системы здравоохранения как инструмент скрининга и обнародовали в средствах массовой информации, на Готланде наблюдается снижение и мужских самоубийств.

Выяснилось, что тренинги с целью улучшения диагностики и лечения депрессии и связанных с ней состояний в системе первичной медицинской помощи являются эффективным средством суицидальной превенции. Полученные данные показали роль врачей общей практики как первого звена в диагностике и лечении депрессии. Опыт других образовательных программ в Швейцарии, Великобритании, Ирландии, Венгрии, странах Балтии, США, Канаде и других государствах показал, что в результате обучения врачей повышается качество лечения депрессии с помощью антидепрессантов, чаще назначается литий, и реже — неспецифические седативные, снотворные и анксиолитические препараты. Данные, полученные в результате Готландской программы, оказались не противоречивыми и свидетельствуют о том, что только последовательное разрешение вопросов суицидальной превенции позволяет добиться стабильных результатов.

Проект «Спасение и поддержка молодых жизней в Европе».

В рамках проекта «Спасение и поддержка молодых жизней в Европе» (Saving and Empowering Young Lives in Europe, SEYLE) была разработана и протестирована многокомпонентная программа по просвещению молодых людей в вопросах психического здоровья. SEYLE — проводимая на базе школ профилактическая программа, апробированная в 11 европейских странах (Швеция, Австрия, Эстония, Франция, Германия, Венгрия, Ирландия, Италия, Румыния, Словения, Испания), которая ставит своей целью повышение уровня психического здоровья среди учащихся подростков. В каждой стране проводилось рандомизированное контрольное исследование, состоявшее из трех активных вмешательств и одного минимального вмешательства в качестве контроля. В число активных вмешательств входило обучение «вахтеров», информа-

ционно-просветительная программа по психическому здоровью и профессиональное обследование подростков, находящихся в группе риска.

Сравнительно с подростками, в отношении которых применялось лишь минимальное вмешательство, те, кто принял участие в информационно-просветительной программе по психическому здоровью, продемонстрировали в последующие 12 мес. значительно более низкие показатели как суицидальных мыслей и намерений, так и суицидальных попыток. Для оптимального осуществления информационно-просветительных программ важно ориентироваться на помощь и поддержку со стороны местных органов власти, школ, учителей и других заинтересованных сторон.

В США для определения направлений общественной политики и будущих исследований используется система Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS, «Система наблюдения за рискованным поведением среди подростков»). Данные YRBSS показывают, что многие ученики практикуют поведение, которое подвергает их риску и связано с ведущими причинами заболеваемости и смертности. К таким вариантам поведения относятся курение табака, употребление алкоголя и психоактивных веществ, дефицит массы тела, ожирение, сидячий образ жизни, дефицит сна и прогулы школы. Многие из этих вариантов поведения одновременно встречаются у одних и тех же подростков. Аналогичная информация собирается (на несистематической основе) и публикуется в других регионах мира, включая Европу (Carli V. [et al.], 2014).

Европейская инициатива ESPAD (Европейский проект по наблюдению за употреблением алкоголя и психоактивных веществ в школах), а также Европейский центр мониторинга наркомании и употребления наркотиков регулярно предоставляют государствам — членам Европейского союза обзорные данные по употреблению алкоголя и наркотиков в школах. Тем не менее эти проекты ориентированы прежде всего на злоупотребление психоактивными веществами и лишь в незначительной степени охватывают другие варианты рискованного поведения.

В настоящее время становится ясным, что для профилактики самоубийств у подростков проведения скрининга суицидальных тенденций в текущий момент или факторов риска суицидального поведения является недостаточным. По примеру перечисленных выше проектов, программы профилактики должны являться многокомпонентными и базироваться в первую очередь на взаимодействии родителей, педагогов, социальных работников, школьных

психологов, медицинских работников, служб занятости. То есть подразумевается не узконаправленная профилактика именно суицидального поведения, а скорее улучшение адаптационного потенциала подрастающего поколения со снижением уровня и отказом от употребления алкоголя, наркотических веществ, соблюдением здорового образа жизни, развитием социальных навыков, нормализацией внутрисемейных, внутригрупповых и межличностных отношений.

Система мер по предотвращению и профилактике суицида среди детей и подростков может быть представлена в следующем виде.

1. Изучение современной ситуации развития детей и подростков, составление содержательной характеристики социально-психологических проблем детства, определение комплекса задач профилактической работы.

Профилактика суицида среди детей и подростков — это целостный процесс по разрешению выделенной проблемы, который предполагает реализацию комплекса мер как организационно-методического, так и научно-исследовательского характера:

- объединение усилий специалистов разного профиля по созданию единой программы помощи детям;

- разработка и внедрение форм и методов работы по преодолению выявленных проблем в учреждениях разных типов и видов;

- выработка рекомендаций по психолого-педагогической поддержке ребенка и оказанию помощи педагогам и родителям в решении социально-психологических проблем детства;

- обобщение деятельности различных организаций и ведомств по обучению основным приемам общения, развитию эмпатии, рефлексии, работе по преодолению страхов и барьеров, развитию умения ориентироваться в сложных ситуациях, анализировать мотивы поведения других людей в рамках различных обучающих программ;

- привлечение специалистов для организации помощи ребенку через соответствующие центры и органы образования;

- широкое использование средств массовой информации и др.

2. Создание и реализация в учреждениях Программы профилактики суицида среди детей и подростков с обоснованием и следующими разделами.

Развитие нормативно-правовой базы:

- анализ и приведение в соответствие с современными требованиями нормативно-правовой базы учреждения.

Кадровое обеспечение:

— обеспечение кадрами, осуществляющими профилактическую работу;

— повышение квалификации кадров по проблеме;

— включение в повестку советов, совещаний, семинаров вопросов совершенствования технологий сопровождения развития учащихся различных категорий на разных возрастных этапах, организация работы с семьей;

— разработка и реализация обучающих семинаров по вопросам психолого-педагогической поддержки несовершеннолетних, формирование у них навыков здорового образа жизни и адаптивных качеств личности, взаимодействие с семьей, организация работы с детьми и подростками по месту жительства, взаимодействие с детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, и детьми с ограниченными возможностями здоровья и т. д.;

— разработка памяток и методических рекомендаций.

Информационное обеспечение:

— создание в учреждении единого культурно-образовательного и профилактического пространства;

— оформление информационных стендов с адресами и телефонами наркологической службы, центров медицинской профилактики, центров социально-психологической помощи, телефоном доверия;

— выпуск печатной продукции, освещающей вопросы семейного воспитания, содержащей советы для детей и родителей, формирующей основы правовой культуры и здорового образа жизни.

Создание системы межведомственного взаимодействия:

— осуществление сотрудничества с учреждениями образования, социальной защиты, медицинскими учреждениями, правоохранительными органами, службами спасения в решении проблем воспитания подрастающего поколения;

— проведение конкурсов, фестивалей, направленных на развитие, поддержку способных и одаренных детей; детей, имеющих ограниченные возможности здоровья; детей «группы риска»; детей-сирот.

Совершенствование содержания и форм профилактики:

— совершенствование системы взаимодействия педагогов, психологов, социальных педагогов, медицинских работников по выявлению, психологической реабилитации, социальной адаптации детей, имеющих личностные проблемы, нарушения физического, психического здоровья, отклонения в поведении;

— диагностика суицидального риска с целью выявления несовершеннолетних, нуждающихся в незамедлительной помощи и защите;

— внедрение в практику работы с несовершеннолетними современных групповых (в том числе тренинговых) и индивидуальных профилактических технологий; проведение систематических занятий, направленных на формирование позитивного образа Я, принятие уникальности и неповторимости собственной личности и личности других людей, повышение стрессоустойчивости, отработка техник принятия верного решения в ситуациях жизненного выбора, правил поведения в существующих конфликтах, усвоение и принятие социально одобряемых норм поведения, ценностных ориентаций, развитие милосердия и т. д.;

— вовлечение учащихся в деятельность кружков, клубов, секций, объединений системы дополнительного образования по месту жительства;

— организация взаимодействия с семьей: изучение запросов и потребностей родителей, формирование родительского актива, привлечение родителей к организации воспитательных и профилактических мероприятий и др.;

— организация работы с семьями, находящимися в трудной жизненной ситуации.

Развитие детского движения, ученического самоуправления:

— привлечение кадрового потенциала (психологи, педагоги дополнительного образования, социальные педагоги) к организации детского движения, развитию самоуправления;

— разработка и использование различных моделей организации детского движения, ученического самоуправления;

— реализация лидерского и творческого потенциала детей и подростков в организации социально-значимой и досуговой деятельности;

— разработка комплекса мер по созданию системы личностного роста и стимулированию лидеров детского движения.

Обеспечение организации работы по месту жительства:

— улучшение качества организации досуга детей и подростков по месту жительства;

— организация социально значимой деятельности;

— интеграция семейного, общественного и государственного воспитания.

3. Организация помощи детям и подросткам «группы риска».

Организация педагогической помощи:

— создание благоприятных условий для развития личности ребенка;

— постоянное отслеживание пробелов в знаниях, умениях и навыках, определение системы дополнительных занятий, помощи и консультирования;

— создание положительной Я-концепции; создание обстановки успеха, одобрения, поддержки, доброжелательности; анализ результата деятельности учеников, их достижений; поощрение положительных изменений; переход от авторитарной педагогики к педагогике сотрудничества и заботы;

— оказание педагогической помощи родителям.

Организация медицинской помощи:

— проведение систематического диспансерного осмотра детскими врачами школьников с целью диагностики отклонений от нормального поведения психофизиологического, неврогенного характера;

— половое просвещение подростков, решение проблем половой идентификации.

Организация психологической помощи: изучение психологического своеобразия подростков, особенностей их жизни и воспитания, отношения к учению, профессиональной деятельности.

ОРГАНИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Проблема предупреждения самоубийств зависит как от адекватности теоретической концепции суицида и эффективности диагностических методов, так и от уровня организации суицидологической помощи. Предупреждение самоубийств должно решаться путем построения системы, объединяющей меры медицинского, психологического, социального, педагогического и правового характера. Вместе с тем трудность состоит в том, что большая часть суицидентов остается вне поля зрения суицидологов и психиатров и не получает соответствующей помощи.

Организация суицидологической помощи — это система лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оказание специализированной помощи лицам с суицидальными проявлениями. Она включает в себя следующие этапы:

— первичной помощи: доврачебная (может быть оказана любым человеком) или первая врачебная помощь, которая оказывается суициденту при наличии соматических осложнений вследствие осуществления суицидальных действий; может быть оказана врачом любой специальности, чаще всего оказывается бригадой скорой помощи, в приемном отделении больницы или в любом другом лечебном учреждении;

— экстренной помощи: неотложная психиатрическая помощь при необходимости оказывается психиатрами в любом лечебном учреждении, куда поступил пациент с суицидальным поведением; неотложная психотерапевтическая помощь оказывается службой телефона доверия;

— амбулаторно-консультативной помощи: амбулаторная работа проводится суицидологами (психиатр, психотерапевт, медицинский психолог) в специализированных кабинетах социально-психологической помощи при поликлиниках общесоматического профиля или в психоневрологическом диспансере;

— госпитальной помощи: стационарная специализированная помощь оказывается пациентам с суицидальными проявлениями в условиях кризисного стационара либо в психиатрических больницах в случае, когда суицидальное поведение обусловлено психопатологическими расстройствами.

Структура отечественной суицидологической службы вполне оригинальна по сравнению с подобными организациями в других странах: она имеет преимущество в оказании помощи в подразделениях службы в зависимости от этапа и характера суицидального поведения. В большей степени оказание помощи суицидентам в нашей стране базируется на привлечении специалистов, имеющих соответствующую квалификацию. Вместе с тем кризисные центры и превентивные службы в западных странах частично укомплектованы волонтерами-добровольцами, а часть обязанностей по выявлению суицидальных тенденций на первичном этапе оказания помощи делегируется младшему медицинскому персоналу (например, в Финляндии, Швеции).

Современная суицидологическая служба — это, прежде всего, социально-психиатрическая и психотерапевтическая профессиональная организация, работающая в рамках интегративных биопсихосоциальных представлений о человеке. Кроме того, она является абсолютно открытой системой, активно привлекающей для работы медицинских и клинических психологов, социальных работников, юристов и консультантов необходимых областей знания. Несмотря на некоторую эклектичность подходов в области оказания суицидологической помощи, она базируется на ряде руководящих документов. При организации и проведении работы по оказанию суицидологической помощи подросткам необходимо руководствоваться соответствующими нормативными правовыми актами, действующими на территории Российской Федерации.

Общие нормативные правовые акты:

- Конвенция о правах ребенка (Постановление ВС СССР от 13.06.1990 г. № 1559-1 «О ратификации Конвенции о правах ребенка»);
- Обращение Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 20.07.2001 г. № 290-СФ «К Президенту Российской Федерации В. В. Путину в связи с необходимостью учреждения института Уполномоченного по правам ребенка в Российской Федерации».

Конституция РФ, кодексы РФ:

- Конституция Российской Федерации, 12.12.1993 г.;
- Гражданский кодекс РФ (ч. 1 от 30.11.1994 г. № 51-ФЗ; ч. 2 от 26.01.1996 г. № 14-ФЗ; ч. 3 от 26.11.2001 г. № 146-ФЗ);
- Гражданско-процессуальный кодекс РФ от 14.11.2002 г. № 138-ФЗ;
- Семейный кодекс РФ от 29.12.1995 г. № 223-ФЗ.

Суицидологическая служба в Российской Федерации организована в соответствии со следующими нормативными документами:

— Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (пп. 5 п. 1 ст. 16);

— Федеральный закон от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ (ред. от 21.07.2014 г.) «Об основах социального обслуживания граждан Российской Федерации»;

— Закон РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 (ред. от 03.07.2016 г.) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;

— Приказ МЗ РФ от 06.05.1998 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением»;

— Приказ МЗ РФ от 16.2009 г. 2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи»;

— Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» в рамках Программы модернизации здравоохранения;

— Приказ Минздравсоцразвития РФ № 1086, МЧС РФ № 550, Минобрнауки РФ № 2415, Минкомсвязи РФ № 241 от 29.09.2011 г. «Об утверждении Концепции создания Интернет-службы психологической помощи населению и комплексного плана мероприятий по ее реализации».

Акты в сфере защиты прав детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, государственной семейной и демографической политики:

— Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 124 «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»;

— Федеральный закон от 21.12.1996 г. № 159 «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»;

— Указ Президента РФ от 14.05.1996 г. № 712 «Об основных направлениях государственной семейной политики»;

— Распоряжение Правительства РФ от 24.09.2001 г. № 1270-р «О Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года».

Нормативные документы по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних:

— Письмо МО РФ «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков» № 22-06-86 от 26.01.2000 г.;

— Письмо МО РФ «О мерах по усилению профилактики суицида среди детей и подростков» № 03-51-102ин/22-03 от 29.05.2003 г.

— Письмо МО РФ «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков» № 01-130/07-01 от 20.09.1994 г.;

— Письмо МО РФ «О мерах по профилактике суицида и суицидального поведения среди детей и подростков» № 01-29/1218 от 18.07.2006 г.;

— Решение Коллегии МО РФ «Об обеспечении психологической безопасности образовательной среды и профилактике кризисных состояний учащихся» от 08.06.2007 г.;

— Приказ МО РФ «Об усилении мер профилактики суицидального поведения среди учащихся» № 01-08/4097 от 09.12.2008 г.

Новым важным шагом гуманного отношения к психически больным явилось принятие в России в свое время закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (№ 3185-1 от 02.07.1992 г.). В преамбуле Закона отмечается, что отсутствие должного законодательного регулирования психиатрической помощи может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях, наносить ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, а также международному престижу государства. Основные статьи Закона в редакции от 03.07.2016 г., касающиеся соблюдения прав граждан при оказании психиатрической помощи, приводятся ниже.

Статья 1. Психиатрическая помощь и принципы ее оказания.

1. Психиатрическая помощь оказывается по основаниям и в порядке, которые установлены настоящим Законом и другими законами Российской Федерации, и включает в себя психиатрическое обследование и психиатрическое освидетельствование, профилактику и диагностику психических расстройств, лечение и медицинскую реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

2. Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина.

Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью.

1. Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица и при наличии его информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.

2. Несоввершеннолетнему в возрасте до пятнадцати лет или больному наркоманией несовершеннолетнему в возрасте до шестнадцати лет психиатрическая помощь оказывается при наличии

информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одного из родителей или иного законного представителя, а лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, психиатрическая помощь оказывается при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство его законного представителя в порядке, установленном настоящим Законом.

3. Лицо, обратившееся за оказанием психиатрической помощи, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части второй настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, установленных настоящим Законом. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет данное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами.

1. Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и федеральными законами. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

2. Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

— уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;

— получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

— психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;

— пребывание в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, только в течение срока, необходимого для оказания психиатрической помощи в таких условиях;

— все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;

— оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

— предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, лекарственных препаратов для медицинского применения, специализированных продуктов лечебного питания и медицинских изделий, научных исследований или обучения, от фото-, видео- или киносъемки;

— приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;

— помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

3. Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением или пребывания в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, а также в стационарной организации социального обслуживания, предназначенной для лиц, страдающих психическими расстройствами, не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъектов Российской Федерации.

Статья 11. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

1. Лечение лица, страдающего психическим расстройством, осуществляется при наличии в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья его информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

2. Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетнего в возрасте до

пятнадцати лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до шестнадцати лет дает один из родителей или иной законный представитель, в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, — его законный представитель после сообщения лицам, дающим информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного о даче информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство не позднее дня, следующего за днем указанного согласия.

4. Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным УК РФ, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров.

5. В отношении лиц, указанных в части четвертой настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, лекарственных препаратов для медицинского применения, специализированных продуктов лечебного питания и медицинских изделий не допускаются.

Статья 16. Виды психиатрической помощи и социальной поддержки, гарантируемые государством.

1. Государством гарантируются:

— психиатрическая помощь при оказании первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

— проведение медицинских экспертиз в соответствии с законодательством Российской Федерации;

— социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;

— решение вопросов опеки;

— консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь, стационарных организациях социального обслуживания, предназначенных для лиц, страдающих психическими расстройствами;

— социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;

— получение образования инвалидами и несовершеннолетними, страдающими психическими расстройствами;

— психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

2. Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной поддержки государство:

— создает все виды организаций, оказывающих психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов;

— организует оказание психиатрической помощи, предусмотренной частью первой настоящей статьи;

— создает необходимые условия для получения образования несовершеннолетними, страдающими психическими расстройствами;

— создает лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, профессионального обучения и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;

— устанавливает обязательные квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами;

— применяет методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами;

— создает общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;

— принимает иные меры, необходимые для социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами.

Решение вопросов социальной поддержки и социального обслуживания лиц, страдающих психическими расстройствами, осуществляется органами государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 29. Основания для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке.

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия одного из родителей или иного законного представителя до постановления судьи, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Статья 37. Права пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях.

1. Пациенту должны быть разъяснены основания и цели госпитализации его в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, его права и установленные в указанной медицинской организации правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

2. Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, вправе:

— обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;

— подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, к адвокату, в государственное юридическое бюро (при наличии);

— встречаться с адвокатом, работником или уполномоченным лицом государственного юридического бюро и со священнослужителем наедине;

— исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, иметь религиозные атрибутику и литературу, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации;

— выписывать газеты и журналы;

— получать общее образование, в том числе по адаптированной образовательной программе;

— получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

3. Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц:

— вести переписку без цензуры;

— получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

— пользоваться телефоном;

— принимать посетителей;

— иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

4. Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

Статья 40. Выписка из медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях.

1. Выписка пациента из медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, производится в случаях выздоровления или улучшения состояния его психического здоровья, при котором не требуется дальнейшее лечение в стационарных условиях, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для госпитализации в указанную медицинскую организацию.

2. Выписка пациента, добровольно госпитализированного в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, производится по его личному заявлению, заявлению одного из родителей или иного законного представителя пациента либо по решению лечащего врача.

3. Выписка пациента, госпитализированного в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях в недобровольном порядке, производится по за-

ключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации.

4. Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.

5. Пациенту, госпитализированному в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях добровольно, может быть отказано в выписке, если комиссией врачей-психиатров указанной медицинской организации будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, предусмотренные статьей 29 настоящего Закона. В таком случае вопросы его пребывания в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, продления госпитализации и выписки из указанной медицинской организации решаются в порядке, установленном статьями 32–36 и частью третьей статьи 40 настоящего Закона.

Приказ Минздрава России от 06.05.1998 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» в свою очередь определяет организацию и обеспечение типовой региональной суицидологической службы со следующими структурно-функциональными подразделениями: 1) отделение «Телефон доверия»; 2) кабинет социально-психологической помощи при территориальных поликлиниках; 3) отделение кризисных состояний городской больницы скорой помощи. Звенья преемственно связаны и координированы единым центром. К суицидологической службе также примыкают не упомянутые Приказом суицидологические кабинеты ПНД и койки психиатрических больниц для наиболее тяжелых больных, в том числе наблюдаемых диспансером.

По данным органов здравоохранения и социальной защиты населения субъектов РФ, подразделения суицидологической службы в различных сочетаниях развернуты (на 2012 г.) в 60 субъектах РФ (т. е. в $\frac{2}{3}$ имеющихся): службы «Телефоны доверия» — в 52, кабинеты социально-психологической помощи — в 39, отделения кризисных состояний — в 18 (Любов Е. Б. [и др.], 2013).

«Телефон доверия» является структурным подразделением психоневрологического диспансера (диспансерного отделения) и предназначен для профилактической консультативной помощи по телефону обратившихся лиц с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий. К работе отделения привлекаются врачи-психиатры, врачи-психотерапевты или медицинские психологи, прошедшие специализацию по суицидологии и имею-

щие стаж работы в учреждении, оказывающем психиатрическую помощь.

В тех случаях, когда в ходе беседы возникает предположение о наличии у абонента психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих, или абонент находится в остром психотическом состоянии, при котором оставление его без психиатрической помощи может существенно ухудшить его состояние и при этом установление контакта с окружающими абонента лицами невозможно, дежурный по отделению принимает меры к установлению места пребывания и паспортных данных абонента и сообщает о его состоянии в службу скорой психиатрической помощи, участковому врачу-психиатру, в милицию. В остальных случаях дежурный по отделению, сохраняя тайну беседы, не просит у абонента сведений о его месте пребывания и паспортных данных.

Дежурный по отделению может дать совет абоненту обратиться в психоневрологический диспансер (отделение, кабинет), в психотерапевтический кабинет поликлиники, в кабинет семейного врачебно-психологического консультирования, в консультацию «Брак и семья», кабинет социально-психологической помощи, в отделение кризисных состояний, в юридическую консультацию и иные учреждения.

При организации нескольких постов круглосуточной телефонной связи возможна специализация этих постов по работе с детьми и подростками, проблемам межличностных отношений, вопросам трудового и бытового устройства и др. В зависимости от преобладания в обслуживаемом районе тех или иных психологических проблем при выборе кандидатов на работу на телефоне доверия предпочтение может быть отдано психиатру, психотерапевту или психологу. Но при этом главное внимание должно обращать на личностные качества приглашаемого на работу специалиста и его склонность к общению с соответствующими контингентами пациентов, стаж работы по специальности и др.

Обращение абонентов в отделение регистрируется в журнале обращений по телефону доверия, где кратко описывается содержание беседы, указываются принятые меры (совет, его содержание, обращения дежурного в другие учреждения и др.), при необходимости — место пребывания абонента и его паспортные данные.

В настоящее время Российская ассоциация телефонной экстренной психологической помощи (РАТЭПП) объединяет на общественных началах специалистов разных ведомств и разной подчиненно-

сти 171 телефон доверия в 69 субъектах РФ. Всероссийское национальное объединение «Российская ассоциация детских телефонов доверия» охватило почти 300 служб. Любой несовершеннолетний может позвонить со стационарного или мобильного телефона на единый бесплатный общероссийский номер Фонда поддержки детей в трудной жизненной ситуации (с 2010 г.). Вместе с тем такой стихийный рост подобных служб разного качества вызывает необходимость и требует соответствующего организационно-методологического контроля (Любов Е. Б. [и др.], 2013).

Кабинет социально-психологической помощи также является структурным подразделением психоневрологического диспансера (диспансерного отделения) и оказывает консультативно-лечебную и профилактическую помощь лицам, добровольно обращающимся в связи с кризисным, суицидоопасным состоянием. Кабинет располагается в поликлинике (медсанчасти) предприятия или учебного заведения и может быть профилирован для оказания помощи взрослому населению, учащимся и несовершеннолетним. Для обеспечения работы кабинета должны быть предусмотрены помещения для приема пациентов, помещения для психолога, социального работника и другого персонала.

Организационно-методическое руководство кабинетом осуществляется главным психиатром и главным психотерапевтом органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Основными задачами кабинета являются:

- консультативно-диагностическая работа и отбор пациентов для лечения в кабинете;
- оказание пациентам медицинской, психологической и социальной помощи;
- психологическая и психопрофилактическая помощь населению, участие в программах охраны психического здоровья;
- повышение знаний медицинского персонала учреждения, на базе которого расположен кабинет, в области оказания психиатрической, психотерапевтической и социальной помощи лицам с острыми психическими расстройствами.

Больные с тяжелыми психическими расстройствами, обуславливающими непосредственную опасность для себя или окружающих, направляются в учреждения, оказывающие стационарную психиатрическую помощь.

Кабинет социально-психологической помощи оказывает бесплатную и анонимную (по желанию пациента) консультативно-ле-

чебную и профилактическую помощь вне его стен: в поликлинике (медсанчасти) предприятия или учебного заведения — и может быть профилирован для взрослых, учащихся и несовершеннолетних, лиц нетрадиционной сексуальной ориентации. Обычно они развернуты в главных городах субъектов РФ в составе диспансерных отделений краевых (областных) психиатрических больниц (Екатеринбург, Киров, Саранск, Ставрополь, Волгоград, Улан-Удэ, Хабаровск и др.), а также в составе ПНД (Москва, Петрозаводск, Казань и др.). Кабинет суицидолога для пациентов ПНД фактически выполняет функцию кабинета социально-психологической помощи, что является не совсем правильным, так как в результате происходит смешение потоков пациентов (Любов Е. Б. [и др.], 2013).

Отделения кризисных состояний создаются органами управления здравоохранением по предложению главного психиатра и главного психотерапевта органа управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в республиканских, окружных, краевых, областных административных центрах, а также в городах с населением не менее 300 тыс. человек. В районах, обслуживающих менее 300 тыс. населения, образуются палаты кризисных состояний в составе (психосоматических) отделений многопрофильных больниц. Отделения образуются в многопрофильных больницах, а организационно-методическое руководство отделением осуществляется главным психиатром и главным психотерапевтом органа управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

Основаниями для госпитализации в отделение является наличие у пациентов актуальных и выраженных суицидальных тенденций в рамках ситуационных реакций, психогенных и невротических депрессий, психопатических реакций и декомпенсации психопатии. Помещение лица в отделение для лечения осуществляется добровольно — по его просьбе или с его согласия. Для добровольной госпитализации пациента в отделение не обязательно направление психоневрологического диспансера или кабинета социально-психологической помощи.

Противопоказаниями для поступления в отделение являются тяжелые соматические заболевания, требующие неотложной терапии в соответствующих стационарах, а также острые психические состояния, требующие госпитализации в психиатрическую больницу. Сроки пребывания в отделении устанавливаются индивидуально, по согласованию с пациентом. При необходимости больной может быть переведен в психиатрический стационар в установленном законом порядке.

Основными задачами отделения являются:

— стационарная лечебно-диагностическая помощь при ситуационных реакциях, психогенных и невротических депрессиях, психопатических реакциях и декомпенсациях психопатий, протекающих с выраженными суицидальными тенденциями;

— организация психотерапевтической, медико-психологической и социальной помощи населению;

— проведение дифференциально-диагностических мероприятий в сложных клинических случаях, проведение стационарной экспертизы трудоспособности;

— создание для пациентов отделения психотерапевтической среды.

Отделение имеет в своем составе жилой блок (палаты для пациентов), лечебно-диагностический блок (помещения для проведения диагностических, в том числе психологических, исследований, различных видов психотерапии).

В настоящее время в Екатеринбурге, Орле открыты кризисные центры для детей. Так, Кризисный центр помощи женщинам и детям «Орловский» оказывает срочную психологическую, правовую, медико-социальную помощь женщинам и детям в потенциально суицидоопасных кризисных ситуациях жестокого обращения, угрозы жизни и здоровью, перенесшим психофизическое насилие. Отделение кризисной профилактической помощи детям и подросткам открыто в Санкт-Петербургском центре восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина. В Южно-Сахалинске в центре психолого-педагогической помощи семье и детям реабилитацию проходят подростки с суицидальным поведением. В 2003 г. в Бурятии открыт дневной стационар; при городской больнице запланированы кризисные койки для детей и подростков (Любов Е. Б., 2014).

Однако наряду с позитивными изменениями в области работы суицидологической службы, обеспечения ее ресурсами (организационно-методическими, материально-техническими, кадровыми, общественными), реальные возможности в большинстве регионов РФ, в том числе с относительно высокими уровнями самоубийств, недостаточны. В ряде регионов суицидологической службы нет вовсе, в большинстве из них она представлена не в полном составе. Вместе с этим можно отметить и региональные особенности в виде табуированности суицида (например, в Северо-Кавказском, Южном ФО), связь уровня работы суицидологической службы с общими проблемами в организации психиатрической (психотерапевтической) службы.

Помимо этого, чаще всего нарушается принцип преемственности стационарного и амбулаторного звеньев суицидологической службы, препятствующий систематическому наблюдению за суицидентом и его психосоциальному восстановлению. Кабинет суицидолога в ПНД предназначен для суицидентов под диспансерным (консультативным) наблюдением. На деле за неимением кабинета социально-психологической помощи вне (организационно и территориально) психиатрической службы происходит смешение потоков пациентов, так как заявлен прием любых желающих вне зоны обслуживания психиатрического лечебно-профилактического учреждения. Также в настоящее время мало внимания уделяется обширным социально уязвимым группам граждан с сочетанными клинико-социальными проблемами и высоким риском суицида (пожилые, жители сел); в забвении находится психосоциальная реабилитация с опорой на выявление и стимуляцию антисуицидальных факторов (жизнестойкость); организационно отсутствует проведение третичной профилактики (бремя семьи и окружения суицидента).

Вышеобозначенные трудности в организации системы полипрофессиональной помощи лицам, имеющим признаки психических расстройств и риск суицидального поведения, могут быть разрешены на основе использования некоторых общих положений (Корнетов Н. А., 2013).

1. Принцип межведомственности. Данный принцип основывается на развитии дальнейшей открытости суицидологической службы, которая вытекает из общей тенденции к децентрализации и специализации психиатрической помощи. Теоретической основой развития этого принципа является социальная психиатрия, которая определяется системной ориентацией и гуманистической позицией. В прикладном аспекте задача социальных служб состоит в выявлении социально уязвимых контингентов населения и распознавании психических и поведенческих расстройств. В службах социальной защиты снимается ряд патогенных макросоциальных и частично неблагоприятных макросоциальных факторов за счет материальной и моральной поддержки, патронажа на дому. Межведомственная организация службы позволяет осуществлять превенцию затяжных кризисных состояний, депрессий и суицидального поведения за счет их более раннего выявления и психотерапевтического вмешательства.

2. Принцип неотложности. Хорошо апробированная трехзвенная система суицидологической службы на практике обеспечи-

вает неотложную помощь конкретному лицу и ее преемственность в различных психотравмирующих ситуациях, связанных с утратой или фрустрацией основных потребностей. Ведущее значение в осуществлении экстренности психолого-психотерапевтической помощи принадлежит телефону доверия. Кроме экспресс-психотерапии и эмпатической поддержки телефонные психотерапевты, с учетом психиатрической профилизации сотрудников экстренной телефонной психотерапии, в рамках контакта с абонентом во многих случаях могут провести и блиц-диагностические процедуры для правильной ориентации в необходимости проведения той или иной помощи. В частности, при необходимости по определенным показаниям и желании абонентов рекомендуется направление в кабинет социально-психотерапевтической помощи или на стационарную «кризисную интервенцию» при наличии признаков пролонгированного кризисного состояния.

3. Принцип преемственности. Общее положение данного принципа заключается в преемственности между структурными звеньями суицидологической службы (телефон доверия, кабинет социально-психотерапевтической помощи, койки «кризисной интервенции»). С учетом возникновения в настоящее время волонтерских телефонов экстренной помощи разного уровня и качества необходимо также поддерживать с ними контакт. Развитие интернет-ресурсов для онлайн «помощи подразумевает, в первую очередь, контроль со стороны профессионального сообщества в связи с еще незначительным опытом применения в области «антикризисных интервенций».

4. Принцип функциональной взаимосвязи. Данный принцип предполагает расширение уровней взаимодействия между социальными работниками, юристами, психологами, психотерапевтами и психиатрами, работающими с кризисными состояниями. При этом акценты в оказании помощи могут быть на социальных, психологических или психиатрических проблемах, но независимо от этого члены бригады должны быть информированы во всех сферах деятельности и их нарушениях у клиента. Сегодня бригада строится согласно Методическим рекомендациям о многопрофильной бригаде специалистов, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь (Приложение 3 Приказа МЗ России от 26.11.1996 г. № 391), с привлечением сотрудников общесоматических ЛПУ, работников правоохранительных органов, Центров занятости населения (что важно на этапе реабилитации суицидента). Так, с токсикологическими отделениями и бригадами СМП

сотрудничают суицидологические службы почти всех регионов (Любов Е. Б. [и др.], 2013).

5. Принцип организационного соответствия. Необходима четкая регламентация работы каждого из звеньев неотложной антикризисной службы. Специалисты не подменяют друг друга, а взаимно дополняют общую деятельность, соблюдая принципы биопсихосоциальной модели оказания помощи. Независимо от специализации, деятельность полипрофессиональной бригады в конечном счете ориентирована на создание условий для человека, переживающего кризис, на разных этапах его проявления, реализацию последовательных этапов психологической реабилитации. При этом действия психиатра и клинического психолога в большей степени центрированы на психическом состоянии и психологических проблемах. Работа социального работника ориентирована на экономический статус лица, находящегося в трудной жизненной ситуации, или на вопросы, связанные с интеграцией в социальную сеть для его поддержки.

Основные принципы лечебно-реабилитационных мероприятий при оказании помощи подросткам, совершившим суицидальную попытку. Несмотря на значительное количество разнообразных превентивных и реабилитационных программ, предлагаемых в последнее время в клинической практике, лишь малое число из них касаются аспектов работы с подростками-суицидентами. В основном они содержат только общие указания, опирающиеся, как правило, на нозологические критерии. Подобная ситуация требует качественно новых подходов к вопросам профилактики, лечебно-реабилитационным и организационным мероприятиям у данной возрастной категории.

Актуальность проблемы побудила нас как использовать имеющиеся алгоритмы и принципы, соответствующие международной практике оказания суицидологической помощи, так и искать новые подходы в нашей работе с такими подростками. Данные, полученные нами в результате наблюдения за подростками-суицидентами, свидетельствуют о том, что на суицидальное поведение у них оказывает влияние целый комплекс социально-демографических, конституционально-биологических и психологических факторов. При этом были обнаружены половые различия в выраженности данных факторов, что в результате оказывало влияние на особенности протекания суицидального процесса и на реализацию суицидальных намерений.

Понимание сложных взаимовлияний суицидогенных и защитных факторов в возрастном периоде, для которого характерно

манифестирование начальных форм психических расстройств, в большинстве случаев без определяющего влияния на суицидальное поведение, позволило разработать комплексную систему лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий, включающих в себя три основных направления: психотерапевтическое, психофармакологическое и психопрофилактическое (раннего предупреждения вновь возникающих суицидальных интенций). Подобный комплексный подход, с нашей точки зрения, позволяет остановить развитие и усложнение суицидального поведения и способствует профилактике повторных суицидальных действий.

Оказание помощи подросткам, совершившим суицидальную попытку, на этапе госпитализации в отделение, наблюдения в амбулаторном режиме, а также после выписки из стационара должно базироваться на принципах дифференцированности, комплексности и поэтапности реабилитационного воздействия.

Несмотря на то что у подростков после совершения суицидальной попытки актуальность суицидального кризиса может быть частично или даже полностью нивелирована, необходимо повышенное наблюдение за ними, а особенно за лицами с аффективной неустойчивостью и высокой степенью летальности предыдущих суицидальных действий. Одним из важных факторов является формирование доверительных отношений между врачом и подростком, что способствует проведению терапевтических и социально-реабилитационных мероприятий и обеспечивает положительную установку на лечение.

После клинико-психологического обследования должна назначаться соответствующая терапия в соответствии с протоколами ведения подростков с имеющейся психической патологией. В качестве возможного суицидогенного фактора необходимо рассматривать и саму терапию. Помимо возможного использования препаратов с целью самоубийства, оценивается адекватность терапии и ее влияние на состояние пациента. В первую очередь проводится оценка переносимости терапии как фактора, усугубляющего имеющуюся аффективную патологию, а в дальнейшем и отношения к лечению, предлагаемой помощи и доверия к специалисту. Прежде всего, учитывается отсутствие специфичности воздействия известных в настоящее время лекарственных средств на суицидальное поведение как на основную «мишень» фармакотерапии. Поэтому должны использоваться средства, обладающие в первую очередь тимостабилизирующим и нормотимическим эффектами в случаях аффективных расстройств, нейролептические средства

при шизофрении и шизофреноподобных расстройствах, антидепрессанты с противотревожным эффектом и анксиолитики в случаях выявления дезадаптирующей подростка тревоги. Исключаются препараты стимулирующего действия, особенно стимулирующие антидепрессанты, предпочтение должно отдаваться препаратам сбалансированного, реже седативного ряда. Желательна монотерапия, однако вследствие коморбидности симптоматики или выраженности расстройства могут использоваться и комбинации лекарственных средств.

В комплексной работе используется индивидуальная, групповая и семейная психотерапия, которая играет значительную роль на этапе стационарного наблюдения и которая должна быть нацелена в первую очередь на нормализацию внутрисемейных отношений, устранение социально-психологической дезадаптации и дифференцированную работу с когнитивно-эмоциональными суцидогенными нарушениями.

В связи с тем, что некоторые подростки могут проживать в других городах и проходят после выписки лечение в медицинских учреждениях по месту жительства, они не всегда смогут получить соответствующую профилактическую помощь, что не позволяет рекомендовать жесткие стандарты, которые должны быть использованы в ведении таких пациентов в дальнейшем. Однако, несмотря на это, ряд подходов, относящихся к социально-психологическим аспектам работы с суицидальными подростками и их родственниками, должны быть использованы и в дальнейшем могут играть определенную роль в профилактике суицидального поведения. С родственниками подростка должны проводиться встречи, по существу носящие психообразовательный характер. В процессе занятий объясняются основные особенности подросткового возраста, свойственные данному периоду типы психологических реакций, раскрывается влияние акцентуации характера на поведение подростка, описываются типичные признаки суицидального реагирования, перечисляются факторы суицидального риска и их связь с аддиктивными и девиантными формами поведения.

Длительность госпитализации должна соответствовать принципу минимальной достаточности, когда лечебно-реабилитационная работа многопрофильной бригады достигает своих целей в работе с подростком и его социальным окружением. Излишне длительная социальная изоляция, в особенности от учебного процесса, может в итоге оказаться очередным психотравмирующим фактором и способствовать актуализации суицидальных пере-

живаний. С другой стороны, стоит отметить, что достаточное (не обязательно длительное) стационарное лечение обеспечивает более качественную и стойкую ремиссию имеющегося психического расстройства.

Решение о выписке принимается комиссионно заведующим отделением, лечащим врачом и психотерапевтом. Определяется частота встреч пациента и его родителей с психиатром и психотерапевтом, а также необходимость наблюдения подростка в ПНД по месту жительства.

Среди обследованных нами подростков были выделены три группы суицидального риска: высокого, умеренного и низкого. При этом только первая группа фиксировала половые различия между подростками, поскольку именно в этом случае они оказывали принципиальное влияние на динамику суицидального процесса. Подобное разделение фиксировало только возможность повторения суицидального акта, но не его суицидоопасность.

К группе высокого риска, при которой отмечается возможность совершения повторной суицидальной попытки, относятся девушки, имеющие более одного из следующих факторов риска: высокий уровень общей тревожности, высокий уровень депрессии, наличие суицидальных попыток в анамнезе, наличие сексуального насилия в анамнезе. При наличии нескольких факторов риска рецидив суицидального поведения является более вероятным. Также у подростков женского пола учитывается частота обращаемости за медицинской помощью и выраженность такого антисуицидального фактора, как «опасения относительно совершения суицида». Чем менее девушка открыта для выражения своего эмоционального состояния и способна принимать помощь со стороны окружающих, в том числе специалистов, тем больше имеется вероятность совершения повторных суицидальных действий, особенно при наличии перечисленных факторов риска. То же самое касается и отношения к возможному акту суицида, его косметических и болевых последствий, а также неуверенности в его реализации.

Для юношей принадлежность к мужскому полу сама по себе является фактором суицидального риска, причем суицидальная активность и ее летальность прогностически могут усиливаться с возрастом. Однако основными критериями высокого риска повторных суицидальных действий являются уровень общего индекса тяжести симптомов (шкала GSI опросника SCL-90-R) как косвенный маркер дезадаптирующего влияния симптомов психического расстройства и его выраженности, а также наличие любого аддиктив-

ного расстройства в виде употребления алкоголя, наркотических средств, компьютерной зависимости (зависимости от азартных online-игр), а в особенности их сочетания. Недостаточность «антисуицидального барьера», в особенности «уверенности в необходимости преодоления ситуации», сама по себе не является фактором риска, однако ее наличие может являться неблагоприятным прогностическим признаком. Так же как и у девушек, наличие более одного фактора риска позволяет отнести их к группе высокого риска.

К группе умеренного суицидального риска относятся подростки, имеющие лишь один из полоспецифических факторов, к группе низкого риска — при отсутствии перечисленных факторов.

С нашей точки зрения, основным вопросом диагностических мероприятий является отнесение аутоагрессии подростка к самоповреждающему, парасуицидальному и суицидальному поведению. И если относительно самоповреждающего поведения сомнений не возникает, поскольку в данном случае отсутствует намерение уйти из жизни, то в случае парасуицидального поведения, т. е. многократных суицидальных попыток, которые могут являться формой реагирования на межличностные и внутриличностные конфликты и вряд ли закончатся смертью, может возникнуть ряд вопросов. Несмотря на малую разработанность данной проблемы и относительные критерии оценки суицидоопасности поступка (истинность-демонстративность, аффективность, намеренность и т. д.), наша клиническая практика позволяет утверждать, что большинство подростков из перечисленных групп суицидального риска являются лицами с парасуицидальным поведением. Однако степень этого риска свидетельствует лишь о возможной частоте суицидальных актов, но не о степени их летальности.

Вместе с тем следует отметить, что среди подростков выделяется группа лиц, которые совершают суицидальный акт либо в момент выраженного (непсихотического) помрачения сознания в состоянии аффективного возбуждения, либо из планомерного холодного расчета, причем степень летальности суицидальных действий свидетельствует о высоком уровне опасности для здоровья и жизни молодого человека. Это позволяет выделить три группы летального риска, которые не совпадают по смыслу с группами суицидального риска, поскольку в основе оценки лежит реальная и потенциальная опасность суицидоопасных действий, а не их частота. За критерии могут быть приняты подразделения Колумбийской шкалы оценки тяжести суицида (C-SSRS).

При этом к группе высокого летального риска относятся подростки, имеющие физические повреждения средней и тяжелой степени тяжести, а также подростки с прерванной суицидальной попыткой при вмешательстве посторонних и потенциальной опасностью умереть (поведение, которое, вероятно, приведет к смерти, несмотря на возможность оказания медицинской помощи). К группе умеренного летального риска относятся подростки с незначительными или средней тяжести физическими повреждениями, а также лица с потенциальной опасностью физических повреждений. К группе низкого риска — подростки, у которых физические повреждения отсутствуют вовсе или они весьма незначительны (например, неглубокие царапины), при этом отмечается их низкая потенциальная опасность.

В некоторой степени подобное разделение подтверждается способом выбранной суицидальной попытки и степенью выраженности суицидальных намерений в пресуицидальном периоде (по шкале суицидальных интенций Пирса). Однако в каждом случае необходим индивидуальный анализ, не подразумевающий шаблонных подходов, учитывающих только показатели инструментальных методик, а оценивающий поступок подростка как результирующую многофакторного динамического процесса.

Подобная классификация позволяет выделить группу подростков с суицидальным поведением (в отличие от парасуицидального), имеющим ряд специфических характеристик и нуждающимся в принципиально иных подходах к лечебно-реабилитационным и профилактическим мероприятиям, которые должны быть в большей степени основаны на интегративном взаимодействии психиатрических служб по месту жительства подростка и его семьи.

В случае если мы определяем высокий уровень суицидального и/или летального риска, то медицинские сведения с необходимой информацией должны отправляться в ПНД по месту жительства вне зависимости от тяжести диагностированного психического расстройства. В остальных случаях подразумевается динамическое наблюдение с целью выявления суицидогенных факторов и укрепления антисуицидального барьера. Определяется частота встреч с врачом-психиатром или психотерапевтом: в первый месяц после выписки — 1 раз в неделю, в следующие 2 мес. — 1 раз в 2 нед., в следующие полгода — 1 раз в месяц, далее — по решению врача. При этом в зависимости от степени риска частота встреч может варьировать.

На случай экстренной необходимости может выдаваться карточка с телефоном врача-специалиста, а также телефоном службы доверия. При этом заключается письменный договор, в котором указывается, что в случае возникновения суицидальных мыслей с формированием плана суицида или реализации этих планов нужно срочно позвонить по одному из этих телефонов. Безусловно, использование подобных методов не может ограничить частоту суицидальных действий при аффективных типах суицидальных действий с резким ограничением сознания, но вместе с тем в большинстве случаев оказывается действенным при истинных суицидальных тенденциях на начальных этапах их формирования. В большей степени такие карточки несут характер психологического воздействия с формированием ощущения понимания сути проблемы специалистом, осознанием возможности изменить сложившуюся ситуацию при помощи эмпатийного помощника.

Помимо этого, должна выдаваться на руки родителям и отсылаться при необходимости вместе с медицинскими сведениями в ПНД по месту жительства формализованная карта суицидального акта, которая содержит всю необходимую информацию об анализируемой суицидальной попытке (обстоятельства, намеренность, степень опасности для жизни и т. д.) и свойственном данному подростку суицидальном поведении. Вопреки отсутствию официальных форм учета суицидальных действий, такая карта, с нашей точки зрения, позволит специалисту (в ПНД или при первичном контакте с родителями) принять более квалифицированное решение об оказании той или иной формы медицинской помощи подростку, что будет способствовать адресному вмешательству и предотвращению суицидальных действий.

В период амбулаторного наблюдения полипрофессиональной бригадой специалистов отделения под руководством психиатра осуществляется профилактическая работа, нацеленная на предотвращение рецидивирования суицидального поведения у подростков. После выписки из стационара подростки получают соответствующую их состоянию психолого-психиатрическую помощь. В связи с выявленными психическими расстройствами продолжается соответствующая фармакотерапия, при этом подразумевается динамический подход с возможной коррекцией дозировок, комбинацией или заменой препаратов в зависимости от клинического состояния подростка. Одним из важных аспектов является преемственность и обоснованность терапии. При необходимости

наблюдения пациента по месту жительства в ПНД в медицинских сведениях, помимо основной информации о клиническом состоянии и его связи с суицидальным реагированием подростка, обосновывается нуждаемость в приеме терапии. С родственниками пациента обговаривается кратность приема препаратов, желательность отслеживания приема терапии. В некоторых случаях, особенно при склонности к аффективному реагированию у подростка, рекомендуется хранение препаратов (и не только психотропных) вне дома или в сейфе, а при необходимости самостоятельного приема препарата подростком — выдача дозировки на несколько приемов. Данные рекомендации связаны с высокой частотой самоотравлений как наиболее частого способа лишения себя жизни у подростков.

На отдаленных этапах наблюдения за подростками основной задачей является предотвращение возникновения суицидальных мыслей (превенция) и суицидальных действий с уже имеющимися суицидальными замыслами и намерениями (интервенция). Учитывая, что превенция проводится среди групп высокого суицидального риска, а в случае наблюдаемого контингента речь идет о подростках, имеющих диагностированное психическое расстройство и совершенную суицидальную попытку (попытки) в анамнезе, данный контингент в обязательном порядке должен тем или иным образом быть включен в систему оказания психолого-психиатрической помощи. Учитывая «стигматизирующее» влияние регистрации и необходимости наблюдения в ПНД, с точки зрения подростков и их родителей, в случаях диагностированного низкого суицидального риска, а также психической патологии, не требующей обязательного учета (расстройство адаптации, расстройства пищевого поведения без очистительных процедур, формирующееся расстройство личности без выраженных нарушений поведения), возможно амбулаторное наблюдение. В таких случаях оказание системной психолого-психиатрической поддержки без излишней стигматизации подростка позволяет использовать реабилитационный потенциал такой формы оказания помощи в полной мере.

Итак, общими принципами оказания помощи для врачей-психиатров, психотерапевтов и клинических психологов, осуществляющих диагностику и коррекцию суицидального поведения у подростков, являются следующие.

1. Активное наблюдение с целью профилактики суицидального поведения подростков, имеющих психические расстройства

разного уровня (от расстройств адаптации до психотических расстройств), формирующиеся расстройства личности, а также акцентуации характера. Особое внимание необходимо уделять коморбидности расстройств, в частности сопутствующей зависимости от алкоголя и психоактивных веществ.

2. Принятие в расчет в клинической практике половых различий суицидального поведения у подростков, особенно взаимосвязь факторов суицидального риска с манифестацией суицидальных действий и различными проявлениями психических расстройств, повышающих суицидальный риск.

3. Обследование подростков с суицидальными тенденциями должно быть комплексным и включать не только семейный анамнез, оценку индивидуально-личностных особенностей и клинических характеристик подростка, но также дифференцированный анализ пресуицидального периода, характеристик самой суицидальной попытки, а также особенностей постсуицидального периода.

4. В дополнение к оценке психического состояния и риска суицидального поведения необходимо уделять внимание позитивным факторам личности, способным мобилизовать подростка и усилить его «антисуицидальный барьер», что особенно значимо в поддерживающей психотерапевтической работе.

5. На этапе выписки подростка из стационара необходимо коллегиальное обсуждение плана оказания лечебно-реабилитационной помощи в период позднего постсуицидального периода (до 3–6 мес.) с рекомендацией возможной фармакотерапии, индивидуальной, групповой, семейной психотерапии и контролем суицидальных тенденций в связи с необходимостью профилактики повторных суицидальных попыток.

6. Необходима обязательная рекомендация родственникам о строгом контроле за хранением лекарств дома и за их приемом подростком, особенно в первые месяцы после суицидальной попытки, в силу частой встречаемости способа лишения себя жизни путем отравления лекарственными средствами, которые оказывают негативный системный эффект на здоровье.

С нашей точки зрения, многосторонний анализ социально-демографических, клиничко-психопатологических и личностно-психологических характеристик подростков, совершивших суицидальную попытку, а также особенностей их суицидального поведения позволяет дифференцировать формы суицидального реагирования и в дальнейшем спрогнозировать суицидальную ак-

тивность. Помимо этого, такой анализ смещает фокус внимания специалиста на незаметные, с точки зрения взрослых, переживания подростка. Данные переживания вскрывают весь комплекс нарушений, как личностных, семейных, так и общественных. В свою очередь, полученные данные должны являться основой создания дифференцированных психолого-психотерапевтических программ, нацеленных на выборочные факторы риска, наиболее суицидогенные для подростков, а также более углубленной разработки данной темы с формированием представления о взаимосвязи особенностей суицидального поведения в молодом и в более старшем возрасте.

В связи с влиянием множества факторов, связанных с наследственностью, формированием предрасположенности («стресс-диатеза») на ранних этапах развития, особенностями семейного функционирования, влияния информационной среды, у подростка формируются определенные паттерны поведения, которые в той или иной степени могут влиять и на суицидальные формы реагирования. Причем у девушек и юношей, в связи с различной значимостью преципитирующих факторов, суицидальное поведение формируется по своему, особому пути. Именно этим отчасти можно объяснить такую большую разницу в соотношении завершенных суицидов и суицидальных попыток у мужчин и женщин на более поздних возрастных этапах.

Стоит отметить, что косвенным образом на квалификацию суицидального поступка у подростка как истинного или демонстративно-шантажного оказывают влияние и гендерные стереотипы. Это связано с общественным мнением и опосредованно с клинической оценкой врача относительно определения серьезности суицидальных намерений у юношей и девушек. Отношение специалиста определяется не только клиническим опытом, но и разнообразными представлениями о том, как должен поступать в трудных ситуациях настоящий мужчина, или об истерическом характере аффективных реакций у женского пола и т. д. Таким образом, объективная клиническая картина некоторым образом трансформируется в связи с личностным восприятием врачом своего пациента-подростка, к которому еще нельзя подходить с точки зрения восприятия его как взрослого, но уже и не ребенка, что влияет на квалификацию состояния душевного здоровья и принятие решения об оказании специализированной помощи, в которой нуждается суицидент. Неадекватное восприятие родителями своего ребенка, как правило, воспитывающегося в дисфункциональных семьях, порой уси-

ливаает мнение врача о незначимости суицидального поступка. По нашему мнению, такой подход является антиклиническим и свидетельствует о недостаточности общих знаний в области суицидологии, подростковой психологии и психиатрии в рамках отсутствия организационных форм оказания помощи таким подросткам. Это говорит, в первую очередь, о значимости подготовки квалифицированных специалистов, работающих с детско-подростковым контингентом населения, а также о необходимости создания структурных подразделений с соответствующей системой учета суицидальных действий. До настоящего времени практически единственной формой оказания помощи подросткам в состоянии кризиса, которая наиболее распространена на территории нашей страны, является телефон доверия, что не соответствует клиническим нуждам и проводимой социально-демографической политике.

Учитывая ряд перечисленных сложностей в оказании квалифицированной психолого-психиатрической помощи подростковому населению в настоящее время, с нашей точки зрения, необходимо использование полипрофессиональной бригады, безусловно, при координирующей роли врача-психиатра, которая на момент выписки из стационара составляет совместный план социореабилитационных мероприятий. В первую очередь весь комплекс терапевтических усилий должен быть нацелен на улучшение адаптационного потенциала подростка вне зависимости от значимости той или иной формы помощи, которая может включать биологическую терапию в связи с актуальной психопатологией, а также различными видами подпороговых расстройств (депрессивных и тревожных), различные варианты психотерапевтических воздействий (индивидуальных, семейных, групповых), имеющих целью улучшение внутрисемейных отношений, снижение склонности к делинквентному поведению, различным формам аддиктивных расстройств.

Суицидальное поведение как сложный биопсихосоциальный феномен является объектом дальнейших исследований, результаты которых имеют, безусловно, практический смысл. Несмотря на снижение суицидальной активности среди населения нашей страны за последнее десятилетие, усредненные цифры (22,4 на 100 000 населения за 2012 г.; ВОЗ) нивелируют собой до сих пор не устранимый, колоссальный с точки зрения мировой суицидологии уровень суицидов у отдельных категорий населения России. В первую очередь это касается мужчин молодого возраста (15–29 лет), уровень суицидов среди которых составляет 46,1

на 100 000 населения (ВОЗ, 2012), что более чем в два раза превышает уровень, определяемый ВОЗ как критический. И только национальная стратегия, базирующаяся на достоверных научных знаниях о суицидальном поведении, использующая систему межведомственного взаимодействия в условиях стабильных социально-экономических отношений, способна кардинальным образом изменить сложившуюся ситуацию.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Уровень суицидов у молодежи в зависимости от страны, возраста и пола по данным 172 государств — членов ВОЗ с населением не менее 300 000 человек (WHO, 2012)

Страна	5—14 лет			15—29 лет			15—29/5—14	
	М	Ж	М : Ж	М	Ж	М : Ж	М	Ж
<i>1. Всеобъемлющая регистрация актов гражданского состояния с наличием данных за предшествующие 5 лет и более</i>								
Австрия	1,3	0,7	1,9	15,5	3,3	4,7	11,9	4,7
Австралия	0,4	0,8	0,5*	17,5	6,5	2,7	43,8	8,1
Беларусь	1,2	0,5	2,4	33,4	6,2	5,4	27,8	12,4
Белиз	0,5	0,0	—	1,9	1,2	2,4	3,8	—
Бельгия	0,8	0,5	1,6	14,0	4,9	2,9	17,5	9,8
Бразилия	0,4	0,3	1,3	10,7	2,6	4,1	26,7	8,7
Республика Македония	0,3	0,0	—	3,0	1,1	2,7	10,0	—
Венгрия	0,6	0,5	1,2	18,1	3,4	5,3	30,2	6,8
Венесуэла	0,3	0,6	0,5*	5,2	1,2	4,3	17,3	2,0
Германия	0,3	0,2	1,5	12,0	3,1	3,9	40,0	15,5
Дания	0,2	0,1	2,0	8,4	2,9	2,9	42,0	29,0
Израиль	0,2	0,1	2,0	7,4	1,8	4,1	37,0	18,0
Ирландия	1,0	0,5	2,0	23,1	6,2	3,7	23,1	12,4
Исландия	0,0	0,0	—	11,9	4,5	2,6	—	—
Испания	0,1	0,0	—	4,9	1,1	4,5	49,0	—
Италия	0,3	0,1	3,0	5,4	1,3	4,2	18,0	13,0
Казахстан	4,0	2,4	1,7	46,6	15,0	3,1	11,7	6,3
Канада	0,6	0,5	1,2	14,6	5,2	2,8	24,3	10,4
Кипр	0,0	0,0	—	9,0	2,4	3,8	—	—
Колумбия	0,9	1,2	0,8*	12,4	3,6	3,5	13,8	3,0
Коста-Рика	1,0	0,2	5,0	12,3	3,2	3,8	12,3	16,0
Куба	0,1	1,5	0,07*	10,2	1,5	6,8	102	1,0
Кувейт	0,2	0,4	0,5*	1,3	1,4	0,9*	6,5	3,5
Кыргызстан	1,2	0,4	3,0	15,9	7,3	2,2	13,3	18,3
Латвия	0,3	0,3	1,0	24,5	2,8	8,8	81,7	9,3
Литва	0,7	0,4	1,8	46,5	6,5	7,2	66,4	16,3
Люксембург	0,6	0,0	—	7,7	4,4	1,8	16,7	—

Приложение 1 (продолжение)

Страна	5—14 лет			15—29 лет			15—29/5—14	
	М	Ж	М : Ж	М	Ж	М : Ж	М	Ж
Маврикий	0,2	1,4	0,1*	16,8	4,5	3,7	84,0	3,2
Мальта	0,0	0,0	—	5,8	2,1	2,8	—	—
Мексика	1,0	0,8	1,3	8,9	3,1	2,9	8,9	3,9
Нидерланды	0,5	0,1	5,0	9,7	3,6	2,7	19,4	36,0
Новая Зеландия	1,7	0,9	1,9	18,5	7,3	2,5	10,9	8,1
Норвегия	0,3	0,3	1,0	14,7	5,5	2,7	49,0	18,3
Панама	0,8	0,6	1,3	8,4	3,0	2,8	10,5	5,0
Португалия	0,6	0,1	6,0	5,9	1,7	3,5	9,8	17,0
Республика Корея	1,3	1,0	1,3	21,3	14,9	1,4	16,4	14,9
Республика Молдова	1,4	2,8	0,5*	16,8	3,5	4,8	12,0	1,3
Российская Федерация	2,2	1,3	1,7	46,1	8,0	5,8	21,0	6,2
Румыния	1,3	0,7	1,9	13,0	2,2	5,9	10,0	3,1
Сербия	0,1	0,1	1,0	8,5	2,8	3,0	85,0	28,0
Сингапур	0,8	0,5	1,6	6,4	6,0	1,1	8,0	12,0
Словакия	0,4	0,1	4,0	13,3	1,7	7,8	33,3	17,0
Словения	0,5	0,0	—	14,8	1,5	9,8	29,6	—
Соединенное Королевство	0,1	0,1	1,0	9,1	2,5	3,6	91,0	25,0
Соединенные Штаты Америки	1,0	0,5	2,0	20,4	4,7	4,3	20,4	9,4
Суринам	3,1	2,8	1,1	35,5	20,7	1,7	11,5	7,4
Тринидад и Тобаго	1,0	0,2	5,0	10,9	4,2	2,6	10,9	21,0
Узбекистан	1,4	0,5	2,8	12,2	4,9	2,5	8,7	9,8
Украина	1,8	0,9	2,0	32,8	5,5	6,0	18,2	6,1
Уругвай	0,5	0,1	5,0	20,2	3,8	5,3	40,4	38,0
Филиппины	0,3	0,3	1,0	6,4	2,2	2,9	21,3	7,3
Финляндия	0,5	0,1	5,0	26,6	10,7	2,5	53,2	107
Франция	0,6	0,5	1,2	11,8	3,2	3,7	19,7	6,4
Хорватия	0,6	0,1	6,0	13,0	2,7	4,8	21,7	27,0
Чешская Республика	0,3	0,0	—	17,1	3,6	4,8	57,0	—
Чили	0,9	1,1	0,8	24,8	8,0	3,1	27,6	7,3
Швейцария	0,4	0,1	4,0	10,8	4,4	2,5	27,0	44,0

Приложение 1 (продолжение)

Страна	5—14 лет			15—29 лет			15—29/5—14	
	М	Ж	М : Ж	М	Ж	М : Ж	М	Ж
Швеция	0,2	0,8	0,2	18,2	5,3	3,4	91,0	6,6
Эстония	3,0	0,0	—	22,6	3,7	6,1	7,5	—
Япония	0,7	0,3	2,3	25,7	10,8	2,4	36,7	36,0
<i>2. Низкий охват регистрацией актов гражданского состояния, высокая доля неопределенных причин смерти либо отсутствие данных за последний период</i>								
Азербайджан	0,3	0,2	1,5	2,1	1,2	1,8	7,0	6,0
Албания	0,6	1,0	0,6*	5,7	4,9	1,2	9,5	4,9
Аргентина	1,2	0,9	1,3	21,9	5,3	4,1	18,3	5,9
Армения	0,4	0,2	2,0	4,3	0,9	4,8	10,8	4,5
Багамские острова	0,3	0,2	1,5	1,4	0,6	2,3	4,7	3,0
Барбадос	0,3	0,1	3,0	3,7	0,5	7,4	12,3	5,0
Бахрейн	1,7	0,3	5,7	12,1	2,9	4,2	7,1	9,7
Болгария	1,1	0,5	2,2	12,5	3,2	3,9	11,4	6,4
Боливия	4,8	4,9	0,9*	23,9	17,2	1,4	5,0	3,5
Босния и Герцеговина	0,5	0,3	1,7	12,0	1,4	8,6	24,0	4,7
Бруней-Даруссалам	0,2	0,2	1,0	7,5	4,5	1,7	37,5	22,5
Грузия	0,6	0,1	6,0	4,5	1,4	3,2	7,5	14,0
Греция	0,1	0,0	—	5,0	0,9	5,6	50,0	—
Гватемала	1,6	1,5	1,1	17,2	8,4	2,0	10,8	5,6
Гайана	2,9	2,8	1,0	41,6	17,6	2,4	14,3	6,3
Гаити	0,9	1,3	0,7*	2,6	2,4	1,1	2,9	1,8
Доминиканская Республика	0,3	0,4	0,8*	5,2	1,4	3,7	17,3	3,5
Египет	0,4	0,2	2,0	2,4	1,3	1,9	6,0	6,5
Иран	0,8	0,6	1,3	10,0	5,5	1,8	12,5	9,2
Ирак	0,2	0,3	0,7*	0,7	2,0	0,4*	3,5	6,7
Иордания	0,3	0,3	1,0	2,0	2,4	0,8*	6,7	8,0
Катар	0,3	0,1	3,0	5,6	0,8	7,0	18,7	8,0
Малайзия	0,2	0,1	2,0	3,8	1,0	3,8	19,0	10,0
Мальдивские острова	0,5	0,4	1,3	5,9	2,2	2,7	11,8	5,5
Марокко	1,5	0,2	7,5	10,1	1,7	5,9	6,7	8,5
Никарагуа	1,0	1,8	0,6*	18,7	8,1	2,3	18,7	4,5

Приложение 1 (продолжение)

Страна	5—14 лет			15—29 лет			15—29/5—14	
	М	Ж	М : Ж	М	Ж	М : Ж	М	Ж
Оман	0,1	0,1	1,0	1,6	0,7	2,3	16,0	7,0
Парагвай	0,5	0,6	0,8*	8,7	3,8	2,3	17,4	6,3
Перу	0,6	0,6	1,0	5,8	4,0	1,5	9,7	6,7
Польша	0,8	0,3	2,7	22,5	2,6	8,7	28,1	8,7
Сальвадор	1,5	1,8	0,8*	25,8	9,6	2,7	17,2	5,3
Саудовская Аравия	0,1	0,1	1,0	0,8	0,2	4,0	8,0	2,0
Таджикистан	0,5	0,2	2,5	4,7	2,6	1,8	9,4	13,0
Таиланд	0,9	0,4	2,2	13,9	3,6	3,9	15,4	9,0
Туркменистан	2,9	1,2	2,4	39,3	12,0	3,3	13,6	10,0
Турция	3,6	1,8	2,0	17,0	7,6	2,2	4,7	4,2
Фиджи	0,3	0,2	1,5	5,8	1,7	3,4	19,3	8,5
Черногория	1,2	0,3	4,0	18,8	3,2	5,9	15,6	10,7
Шри-Ланка	1,5	0,9	1,7	36,8	10,7	3,4	24,5	11,9
Эквадор	2,2	1,8	1,2	20,4	10,9	1,9	9,3	6,1
Южная Африка	0,6	0,2	3,0	4,5	1,0	4,5	7,5	5,0
Ямайка	0,3	0,2	1,5	1,5	0,8	1,9	5,0	4,0
<i>3. Выборочная регистрация актов гражданского состояния</i>								
Индия	1,6	2,4	0,66*	34,9	36,1	0,96*	21,8	15,0
Китай	0,4	0,5	0,8*	2,7	5,9	0,46*	6,8	11,8
<i>4. Отсутствие регистрации актов гражданского состояния</i>								
Алжир	0,4	0,3	1,3	2,3	2,0	1,2	5,8	6,7
Ангола	2,7	1,9	1,4	31,3	11,7	2,7	11,6	6,2
Афганистан	0,7	0,9	0,8*	5,1	9,8	0,5*	7,3	10,9
Бангладеш	0,7	1,3	0,5*	5,5	10,8	0,5*	7,9	8,3
Бенин	1,0	0,5	2,0	7,9	3,1	2,5	7,9	6,2
Ботсвана	0,8	0,3	2,7	6,9	2,2	3,1	8,6	7,3
Буркина-Фасо	0,8	0,4	2,0	6,7	2,9	2,3	8,4	7,3
Бурунди	6,3	4,2	1,5	44,2	11,4	3,9	7,0	2,7
Бутан	2,4	1,4	1,7	18,0	13,1	1,4	7,5	9,4
Вьетнам	0,5	0,3	1,7	8,1	1,8	4,5	16,2	6,0
Габон	1,1	0,8	1,4	17,6	6,2	2,8	16,0	7,8
Гамбия	1,2	0,5	2,4	8,7	2,3	3,8	7,3	4,6
Гана	0,6	0,4	1,5	4,7	2,0	2,4	7,8	5,0
Гвинея	1,2	0,6	2,0	8,2	2,3	3,6	6,8	3,8

Приложение 1 (продолжение)

Страна	5—14 лет			15—29 лет			15—29/5—14	
	М	Ж	М : Ж	М	Ж	М : Ж	М	Ж
Гвинея-Биссау	0,8	0,4	2,0	7,2	2,5	2,9	9,0	6,3
Гондурас	1,5	1,2	1,3	9,3	5,3	1,8	6,2	4,4
Демократическая Республика Конго	2,3	1,6	1,4	22,6	7,2	3,1	9,8	4,5
Джибути	2,2	1,4	1,6	18,5	6,4	2,9	8,4	4,6
Замбия	2,9	3,0	0,97*	22,7	8,2	2,8	7,8	2,7
Зимбабве	4,4	3,8	1,2	46,7	15,3	3,1	10,6	4,0
Индонезия	0,2	0,4	0,5*	3,6	3,6	1,0	18,0	9,0
Йемен	0,9	0,7	1,3	5,2	5,1	1,02	5,8	7,3
Кабо-Верде	0,6	0,1	6,0	4,3	0,6	7,2	7,2	6,0
Камбоджа	2,4	1,8	1,3	17,2	8,7	1,9	7,2	4,8
Камерун	1,7	0,7	2,4	12,5	3,2	3,9	7,4	4,6
Кения	3,2	1,6	2,0	26,8	5,7	4,7	8,4	3,6
Коморские Острова	2,2	1,5	1,5	19,2	6,5	2,9	8,7	4,3
Конго	1,7	1,0	1,7	22,1	6,7	3,3	13,0	6,7
Корейская Народно-Демократическая Республика	2,9	3,6	0,8*	29,6	37,0	0,8*	10,2	10,3
Кот-д'Ивуар	2,0	1,0	2,0	12,8	4,1	3,1	6,4	4,1
Лаосская Народно-Демократическая Республика	0,5	0,3	1,7	9,1	4,7	1,9	18,2	15,7
Лесото	1,7	1,1	1,6	12,0	4,6	2,6	7,1	4,2
Ливан	0,1	0,1	1,0	0,6	0,7	0,9*	6,0	7,0
Либерия	0,6	0,3	2,0	5,8	1,5	3,9	9,7	5,0
Ливия	0,2	0,2	1,0	1,2	1,5	0,8*	6,0	7,5
Мавритания	0,4	0,2	2,0	3,5	1,2	2,9	8,8	6,0
Мадагаскар	2,9	1,5	1,9	15,6	5,6	2,8	5,4	3,7
Малави	1,8	1,4	1,3	15,9	5,0	3,2	8,8	3,6
Мали	0,6	0,5	1,2	5,5	2,9	1,9	9,2	5,8
Мозамбик	5,4	4,5	1,2	36,3	14,2	2,6	6,7	3,2
Монголия	1,0	0,3	3,3	14,3	3,4	4,2	14,3	11,3
Мьянма	1,5	1,1	1,4	19,8	11,8	1,7	13,2	10,7
Намибия	0,6	0,2	3,0	3,9	1,3	3,0	6,5	6,5

Приложение 1 (окончание)

Страна	5—14 лет			15—29 лет			15—29/5—14	
	М	Ж	М : Ж	М	Ж	М : Ж	М	Ж
Непал	1,9	2,1	0,9*	26,2	25,4	1,04	13,8	12,1
Нигер	0,4	0,3	1,3	4,0	1,4	2,9	10,0	4,7
Нигерия	1,8	0,8	2,3	11,0	2,8	3,9	6,1	3,5
Объединенная Республика Танзания	3,9	3,1	1,3	30,7	10,7	2,9	7,9	3,5
Объединенные Арабские Эмираты	0,5	0,2	2,5	4,7	1,8	2,7	9,4	9,0
Пакистан	0,7	1,6	0,4*	6,3	12,0	0,5*	9,0	7,5
Папуа — Новая Гвинея	0,7	0,5	1,4	8,4	4,5	1,9	12,0	9,0
Руанда	2,4	1,4	1,7	18,0	4,7	3,8	7,5	3,4
Свазиленд	1,8	1,0	1,8	11,8	5,6	2,1	6,6	5,6
Сенегал	0,7	0,3	2,3	6,4	2,2	2,9	9,1	7,3
Сирийская Арабская Республика	0,1	0,1	1,0	0,5	0,3	1,7	5,0	3,0
Соломоновы Острова	0,6	0,5	1,2	8,3	3,7	2,2	13,8	7,4
Сомали	3,2	2,3	1,4	20,6	4,8	4,3	6,4	2,1
Судан	3,5	2,6	1,4	21,8	8,1	2,7	6,2	3,1
Сьерра-Леоне	1,8	1,0	1,8	15,7	5,8	2,7	8,7	5,8
Тимор-Леште	0,8	0,6	1,3	10,7	7,3	1,5	13,4	12,2
Того	1,3	0,6	2,2	9,5	2,8	3,4	7,3	4,7
Тунис	0,4	0,2	2,0	3,9	1,5	2,6	9,8	7,5
Уганда	4,5	3,0	1,5	28,5	10,0	2,9	6,3	3,3
Центрально- Африканская Республика	1,6	1,3	1,2	19,6	6,7	2,9	12,3	5,2
Чад	0,7	0,4	1,7	6,4	1,7	3,8	9,1	4,3
Экваториальная Гвинея	3,2	2,1	1,5	35,2	14,3	2,5	11,0	6,8
Эритрея	1,3	0,6	2,2	13,6	3,0	4,5	10,5	5,0
Эфиопия	2,1	1,2	1,7	17,2	4,1	4,2	8,2	3,4
Южный Судан	4,6	3,5	1,3	29,6	9,5	3,1	6,4	2,7

* Преобладание суицидов среди женского населения по сравнению с мужским.

**Классификация и критерии
большого депрессивного расстройства**
(DSM-V, Американская психиатрическая ассоциация, 2013)
и депрессивного эпизода
(МКБ-10, Всемирная организация здравоохранения, 1992)

DSM-V	МКБ-10
<p>Большое депрессивное расстройство А. Однократный эпизод (296.2х). В. Рекуррентное, повторный эпизод (296.3х). Критерии большого депрессивного эпизода (кратко): А. Свыше двух последних недель большую часть дня, почти ежедневно наблюдается 5 из нижеследующих признаков (1 и/или 2 должны быть обязательно): 1. Подавленное настроение (у детей и подростков может быть раздражительность). 2. Потеря интереса или активности практически во всех сферах жизни. 3. Значительное снижение или прибавка веса (более чем на 5 % за месяц) или увеличение или снижение аппетита, наблюдаемое практически ежедневно (у детей — отсутствие ожидаемой прибавки веса). 4. Недостаточный или избыточный сон. 5. Психомоторная заторможенность или возбуждение (ажитация). 6. Слабость или недостаток энергии. 7. Чувство неполноценности или чрезмерное или неадекватное чувство вины. 8. Снижение способности мыслить или концентрировать внимание или трудности в принятии решений (по субъективной оценке или по мнению окружающих). 9. Повторяющиеся мысли о смерти (не только страх смерти), суицидальные мысли или тенденции или продумывание способа суицида.</p>	<p>А. Депрессивный эпизод (F32) В. Рекуррентное депрессивное расстройство (F33). По тяжести*: Легкий (F-.0): по крайней мере 2 основных симптома + по крайней мере 2 дополнительных симптома; выраженность симптомов незначительна. Умеренный (F-.1): по крайней мере 2 основных симптома + по крайней мере 3 дополнительных симптома; некоторые симптомы могут быть выраженными. Тяжелый (F-.2): все 3 основных симптома + по крайней мере 4 дополнительных симптома; некоторые симптомы весьма выражены. Критерии депрессивного эпизода (кратко): минимальная длительность эпизода — 2 нед. Основные симптомы: 1. Снижение настроения. 2. Потеря интереса и удовольствия. 3. Снижение энергии, повышенная утомляемость. Дополнительные симптомы: 1. Трудности концентрации и внимания. 2. Снижение самооценки и уверенности в себе. 3. Идеи вины и неполноценности. 4. Ажитация или заторможенность. 5. Суицидальные тенденции и попытки. 6. Нарушения сна. 7. Потеря аппетита</p>

Приложение 2 (окончание)

DSM-V	МКБ-10
<p>В. Симптомы вызывают клинически значимый дистресс (трудности функционирования) или нарушают социальное, профессиональное функционирование или другую важную сферу активности.</p> <p>С. Симптомы не являются следствием органических причин или заболеваний.</p> <p>* Симптомы не являются следствием тяжелой утраты (несмотря на то, что она может предшествовать развитию большого депрессивного расстройства).</p> <p>Д. Симптомы не могут быть объяснены наличием шизоаффективного расстройства, шизофрении и других расстройств шизофренического спектра.</p> <p>Е. В анамнезе отсутствуют эпизоды мании или гипомании</p>	

* Тяжесть расстройства по МКБ-10 не обязательно включает степень нетрудоспособности и нарушения функций.

Шкала суицидальных интенций Пирса
(Pierce Suicide Intent Scale; Pierce D. W., 1977)

Ф. И. О. пациента _____

Ф. И. О. оценивающего специалиста _____

Дата _____

<i>Обстоятельства</i>		
Изоляция	0 1 2	Кто-либо присутствовал рядом Недалеко или телефонный контакт Никого рядом
Расчет времени	0 1 2	Возможно что-то вмешательство Вмешательство маловероятно Вмешательство фактически невозможно
Меры против спасения	0 1 2	Не предпринимал Пассивные (один в комнате, дверь не закрыта) Активные меры
Действия по привлечению помощи	0 1 2	Сообщил кому-либо о попытке Вступил в контакт с кем-либо, не сообщая о попытке Никому не сообщал и не контактировал
Предшествующие «последние действия»	0 1 2	Не совершал Частичные приготовления Определенные планы (завещание, подарки, страховка)
Суицидальная записка	0 1 2	Нет Написана и порвана Написана и имеется в наличии
<i>Самоотчет</i>		
Летальность	0 1 2	Считал, что действие не приведет к смерти Не был уверен в летальности действия Был уверен, что действие смертельно
Декларируемые намерения	0 1 2	Не хотел умереть Не уверен Хотел умереть

Приложение 3 (окончание)

Подготовка	0	Действие импульсивно
	1	Обдумывал менее 1 ч
	2	Обдумывал менее 1 дня
	3	Обдумывал более 1 дня
Реакция на совершенное действие	0	Рад, что остался жив
	1	Неопределенная или двойственная реакция
	2	Сожалеет, что остался жив
<i>Медицинский риск</i>		
Прогнозируемый исход	0	Определенно выжил бы
	1	Смерть маловероятна
	2	Смерть вероятна или определена
Вероятность смерти при отсутствии медицинского вмешательства	0	Вероятность отсутствует
	1	Неопределенна
	2	Высокая вероятность смерти

Пункты (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6) = «сумма баллов подшкалы обстоятельств» =
 Пункты (7 + 8 + 9 + 10) = «сумма баллов подшкалы самоотчета» =
 Пункты (11 + 12) = «сумма баллов подшкалы медицинского риска» =
 Общая сумма баллов: 0–3 = низкий уровень интенций;
 4–10 = средний уровень интенций; более 10 – высокий уровень интенций.

Колумбийская шкала оценки тяжести самоубийства
(C-SSRS; Posner K. [et al.], 2009)

<i>СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕИ</i>	
<p><i>Задайте вопросы 1 и 2. Если в обоих случаях ответ отрицательный, переходите к разделу «Суицидальное поведение». Если на вопрос 2 получен ответ «да», то задайте вопросы 3, 4 и 5. Если на вопрос 1 и/или 2 получен ответ «да», заполните ниже секцию «Интенсивность суицидных идей»</i></p>	Да Нет
<p>1. Желание умереть Пациент подтверждает, что его посещают мысли о желании умереть или перестать жить или же о желании заснуть и не просыпаться. <i>Возникло ли у Вас желание умереть или заснуть и не просыпаться?</i> Если да, опишите:</p>	Да Нет
<p>2. Активные неспецифические мысли о самоубийстве Общие неспецифические мысли о желании покончить с собой / совершить самоубийство: <i>«Я думал(а) о том, чтобы убить себя»</i> при отсутствии размышлений о способах самоубийства/сопутствующих средствах, намерения или плана в период наблюдения за пациентом. <i>Думали ли Вы в самом деле о том, чтобы убить себя?</i> Если да, опишите:</p>	Да Нет
<p>3. Актуальные суицидные идеи, включая размышления о способе самоубийства (не о плане), при отсутствии намерения действовать Пациент подтверждает, что его посещают мысли о самоубийстве и что в течение периода наблюдения он/она думал(а) хотя бы об одном способе самоубийства. Данная ситуация отлична от такой, когда пациент разработал конкретный план: время, место или детали метода самоубийства (например, пациент думал о способе самоубийства, но не о конкретном плане). Сюда относятся люди, которые скажут: <i>«Я думал(а) о передозировке таблеток, но так и не построил(а) конкретного плана о том, когда, где и как осуществить это... И я бы никогда не довел(а) дело до конца».</i> <i>Думали ли Вы о том, как Вы могли бы это сделать?</i> Если да, опишите:</p>	Да Нет

<p>4. Актуальные суицидные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана Активные мысли о самоубийстве при заявлении пациента о некотором намерении действовать в соответствии с этими мыслями, в отличие от подобного утверждения: «Такие мысли посещают меня, но я определенно не стану ничего предпринимать». Посещали ли Вас подобные мысли и было ли у Вас какое-нибудь намерение действовать в соответствии с ними? Если да, опишите:</p>	<p>Да Нет</p>
<p>5. Актуальные суицидные идеи с конкретным планом и намерением Мысли о самоубийстве, включая план с полностью или частично проработанными деталями и некоторое намерение пациента осуществить этот план. Начали ли Вы разрабатывать или уже разработали детальный план самоубийства? Намереваетесь ли Вы осуществить этот план? Если да, опишите:</p>	<p>Да Нет</p>
<p>ИНТЕНСИВНОСТЬ СУИЦИДАЛЬНЫХ ИДЕЙ</p>	
<p><i>Следующие пункты следует оценивать, принимая во внимание наиболее опасный тип идей (т. е. пункты 1—5, приведенные выше: 1 — наименее опасный, а 5 — наиболее опасный).</i></p>	<p>Наиболее опасные</p>
<p>Наиболее опасные идеи: _____ Тип № (1—5) Описание идеи</p>	
<p>Частота Сколько раз Вас посещали подобные мысли?</p>	
<p>(1) Реже одного раза в неделю. (2) Раз в неделю. (3) 2—5 раз в неделю. (4) Каждый день или почти каждый день. (5) Многократно каждый день</p>	<p>—</p>
<p>Продолжительность Когда подобные мысли посещают Вас, как долго они длятся?</p>	
<p>1) Они мимолетны — несколько секунд или минут. (2) Менее часа / недолго. (3) 1—4 ч / долго. (4) 4—8 ч / большую часть дня. (5) Более 8 ч / они устойчивы или постоянны</p>	<p>—</p>
<p>Контролируемость Могли / можете ли Вы при желании прекратить думать о самоубийстве или желании умереть?</p>	

<p>(1) С легкостью может контролировать такие мысли. (2) Может контролировать такие мысли с незначительными затруднениями. (3) Может контролировать такие мысли с некоторыми затруднениями. (4) Может контролировать такие мысли с большими затруднениями. (5) Не в состоянии контролировать такие мысли. (0) Не пытается контролировать такие мысли</p>	<p>—</p>
<p>Сдерживающие факторы Есть ли что-то или кто-то (например, семья, религия, страх перед болью / смертью), что удержало Вас от стремления к смерти или от попыток осуществления мыслей о самоубийстве?</p>	<p>—</p>
<p>(1) Сдерживающие факторы определенно удержали Вас от попытки самоубийства. (2) Вероятно, сдерживающие факторы удержали Вас. (3) Вы не уверены, что сдерживающие факторы удержали Вас. (4) Скорее всего, сдерживающие факторы не удержали Вас. (5) Сдерживающие факторы определенно не удержали Вас. (0) Данный пункт не применим</p>	<p>—</p>
<p>Основания суицидных идей Какие основания были у Вас для того, чтобы думать о желании умереть или самоубийстве? Вы хотели умереть для того, чтобы прекратить боль или перестать испытывать то, что Вы испытывали (иными словами, Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали), или же Вашей целью было привлечение внимания, месть или получение отклика других людей? Или и то и другое?</p>	<p>—</p>
<p>(1) Исключительно для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей. (2) Большею частью для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей. (3) В равной степени для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей и для того, чтобы прекратить/остановить боль. (4) Большею частью для того, чтобы прекратить / остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали). (5) Исключительно для того, чтобы прекратить или остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы чувствовали). (0) Данный пункт не применим</p>	<p>—</p>

<p>СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ</p> <p>(Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)</p>	
<p>Истинная попытка самоубийства: Акт, потенциально направленный против самого себя, совершенный, по крайней мере, с некоторым желанием умереть <i>в результате данного акта</i>. Осуществленные действия отчасти замышлялись как способ убить себя. Намерение убить себя необязательно должно быть стопроцентным. Акт может считаться истинной попыткой самоубийства, если с данным актом ассоциируется хоть <i>какое-нибудь</i> намерение / желание умереть. <i>Реальное нанесение себе повреждений или увечий необязательно, достаточно потенциальной возможности</i> нанесения себе повреждений или увечий. Если человек нажимает на курок, держа пистолет во рту, но пистолет сломан, и поэтому человек не наносит себе повреждений, то это считается попыткой самоубийства. Установление преднамеренности: даже если человек отрицает свое намерение / желание умереть, преднамеренность его действий может быть клинически установлена на основании его поведения или на основании обстоятельств. Например, случаи, когда речь идет о смертельно опасном действии, которое определено не является несчастным случаем, и, следовательно, самоубийство является единственным возможным объяснением подобного действия (например, выстрел в голову, прыжок из окна с высокого этажа). Также можно сделать вывод о преднамеренности попытки самоубийства, если человек отрицает свое намерение умереть, однако считал, что его действия могут привести к смерти.</p> <p>Предпринимали ли Вы попытку самоубийства? Предпринимали ли Вы какие-либо действия с целью нанести себе вред? Предпринимали ли Вы какие-либо опасные действия, которые могли привести к Вашей смерти? Что Вы предпринимали? Совершали ли Вы _____ в качестве способа покончить с собой? Хотелось ли Вам умереть (хотя бы немного), когда Вы _____? Пытались ли Вы покончить с собой, когда Вы _____? Или поласали ли Вы, что можете умереть от _____? Или Вы сделали это по совершенно другим причинам / безо ВСЯКОГО намерения убить себя (например, с целью снять напряжение, почувствовать себя лучше, вызвать сострадание или потому, что хотели, чтобы что-нибудь случилось)? (Самоповреждающее поведение, без намерения совершить самоубийство). Если да, опишите: Отмечалось ли у пациента несуицидальное самоповреждающее поведение?</p>	<p>Общее количество попыток</p> <p>Да Нет</p>

<p>Прерванная попытка самоубийства: Когда человека прерывают и ему не удается (по причине внешних обстоятельств) начать действие, потенциально направленное против самого себя (<i>иначе произошла бы истинная попытка самоубийства</i>).</p> <p>Передозировка: человек держит в руке таблетки, но ему не дают их проглотить. Как только человек проглатывает таблетки, попытка самоубийства считается скорее истинной, а не прерванной. Выстрел: человек направил на себя пистолет, но кто-то забирает у него оружие, или кто-то / что-то помешало ему нажать на курок. Как только человек спустил курок, даже если происходит осечка, попытка самоубийства считается истинной. Прыжок: человек готов прыгнуть, но его хватают и стаскивают с края. Повешение: человек завязал петлю вокруг шеи, но еще не повесился — его остановили.</p> <p><i>Случалось ли, что когда Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, кто-то или что-то останавливал(о) Вас прежде, чем Вы фактически совершали что-либо?</i></p> <p>Если да, опишите:</p>	<p>Да Нет</p> <p>Общее количество прерванных попыток</p> <p>—</p>
<p>Остановленная попытка самоубийства: Когда человек начинает предпринимать шаги с целью осуществить попытку самоубийства, но останавливает себя раньше, чем фактически начинает совершать самодеструктивные действия. Примеры остановленных попыток самоубийства схожи с примерами прерванных попыток самоубийства, за исключением того, что человек останавливает себя сам, а не что-то другое останавливает его / ее.</p> <p><i>Случалось ли, что когда Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, Вы останавливали себя прежде, чем Вы фактически совершали что-либо?</i></p> <p>Если да, опишите:</p>	<p>Да Нет</p> <p>Общее количество остановленных попыток</p> <p>—</p>
<p>Подготовительные действия или поведение: Действия, служащие подготовлением к предстоящей попытке самоубийства. К таким действиям можно отнести все, что выходит за рамки вербализации или мыслей, как то: приобретение средств для реализации конкретного способа самоубийства (например, покупка таблеток, оружия) или приготовления к собственной смерти в результате суицида (например, раздача своих вещей, написание предсмертной записки)</p>	<p>Да Нет</p>

Приложение 4 (продолжение)

<p>Предпринимали ли Вы какие-либо шаги с целью осуществить попытку самоубийства или подготовиться к самоубийству (например, приобретали таблетки, оружие, раздавали ценные вещи или писали предсмертную записку)? Если да, опишите:</p>	
<p>Суицидальное поведение: Суицидальное поведение было выявлено во время периода наблюдения?</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Осуществленная попытка самоубийства:</p>	
<p>Отвечать только для истинных попыток самоубийства</p>	<p>Дата наиболее опасной попытки:</p>
<p>Реальная опасность / ущерб здоровью: 0. Физических повреждений нет или они весьма незначительны (например, неглубокие царапины). 1. Незначительные физические повреждения (например, вялая речь, ожоги первой степени, легкое кровотечение, растяжения). 2. Физические повреждения умеренной тяжести; требуется медицинская помощь (например, пациент в сознании, но сонлив, отчасти реагирует на внешние раздражители, ожоги второй степени, кровотечение из крупного сосуда). 3. Физические повреждения средней тяжести; требуется госпитализация и, вероятно, интенсивная терапия (например, коматозное состояние с сохранением рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие менее 20 % кожи, сильная, однако не смертельная потеря крови, серьезные переломы). 4. Тяжелые физические повреждения; требуется госпитализация и интенсивная терапия (например, коматозное состояние без сохранения рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие более 20 % кожи, сильная потеря крови с нестабильными признаками жизни, серьезные повреждения жизненно важных органов). 5. Смерть</p>	<p>Дата наиболее опасной попытки:</p>

Потенциальная опасность: Отвечать, только если реальная опасность = 0.

Вероятная опасность истинной попытки самоубийства при отсутствии ущерба здоровью (в представленных ниже примерах, хотя определенные действия и не привели к реальным физическим повреждениям, они потенциально могли привести к фатальному исходу: человек сунул пистолет в рот и нажал на курок, но произошла осечка, и поэтому не было нанесено физических повреждений; человек лег на рельсы, по которым к нему приближался поезд, но его оттащили, и поезд его не переехал).

0 = Поведение, которое вряд ли приведет к травмам.

1 = Поведение, которое, вероятно, приведет к травмам, но вряд ли повлечет за собой смерть.

2 = Поведение, которое, вероятно, приведет к смерти, несмотря на возможность оказания медицинской помощи

Введите код

**Опросник причин для жизни
(Reasons for Living Inventory; Linehan M., 1983)**

Многие люди думали о самоубийстве, по крайней мере однажды. На следующих страницах Вам будет предложен ряд утверждений, относящихся к причинам, по которым люди не совершают самоубийство. Оцените, в какой степени они соответствуют Вашим убеждениям в настоящее время.

Для этого на регистрационном бланке в строке, соответствующей номеру вопроса, отметьте одно из чисел — от 1 до 6. При этом 1 обозначает то, что данное утверждение является неважным (не является причиной для того, чтобы не убивать себя); 6 обозначает, что данное утверждение является чрезвычайно важным (как причина для того, чтобы не убивать себя). Числа от 2 до 5 обозначают промежуточные степени такого соответствия.

1. Неважная (не является причиной для того, чтобы не убивать себя).
2. Весьма незначительная.
3. Незначительная.
4. Важная.
5. Весьма важная.
6. Чрезвычайно важная (как причина для того, чтобы не убивать себя).

Пожалуйста, используйте целый диапазон ответов, чтобы не было только средних ответов (2, 3, 4, 5) или только крайних (1, 6). Старайтесь отвечать искренне.

1. Я несу ответственность и обязательства перед моими родными	1	2	3	4	5	6
2. Я полагаю, что я могу научиться приспособляться и справляться с моими проблемами	1	2	3	4	5	6
3. Я полагаю, что я могу контролировать мою жизнь и судьбу	1	2	3	4	5	6
4. Я хочу жить	1	2	3	4	5	6
5. Я верю, что только Бог имеет право закончить жизнь	1	2	3	4	5	6

Приложение 5 (продолжение)

6. Я боюсь смерти	1	2	3	4	5	6
7. Я не хочу, чтобы мои родные считали, что я не люблю их	1	2	3	4	5	6
8. Я не считаю себя несчастным или безнадежным	1	2	3	4	5	6
9. Моя семья зависит от меня и нуждается во мне	1	2	3	4	5	6
10. Я не хочу умереть	1	2	3	4	5	6
11. Я хочу наблюдать, как растут мои дети	1	2	3	4	5	6
12. Жизнь — все, что мы имеем, и нет ничего лучше нее	1	2	3	4	5	6
13. У меня есть планы на будущее, которые я хочу выполнить	1	2	3	4	5	6
14. Независимо от того, как ужасно я себя чувствую, я знаю, что это не будет длиться все время	1	2	3	4	5	6
15. Я боюсь неизвестности	1	2	3	4	5	6
16. Я люблю свою семью очень сильно и не могу оставить ее	1	2	3	4	5	6
17. Я хочу испытать все те радости, которые жизнь должна мне преподнести	1	2	3	4	5	6
18. Я боюсь, что у меня не получится покончить с собой тем методом, который я выберу	1	2	3	4	5	6
19. Я достаточно забочусь о себе	1	2	3	4	5	6
20. Жизнь слишком красива и драгоценна, чтобы закончить ее	1	2	3	4	5	6
21. Было бы плохо оставить заботу о моих детях другим	1	2	3	4	5	6
22. Я полагаю, что я могу найти другие решения моих проблем	1	2	3	4	5	6
23. Я боюсь попасть в ад	1	2	3	4	5	6
24. Я люблю жизнь	1	2	3	4	5	6
25. Я слишком сильный, чтобы убить себя	1	2	3	4	5	6
26. Я — трус и не имею мужества убить себя	1	2	3	4	5	6
27. Мои религиозные верования запрещают самоубийство	1	2	3	4	5	6
28. Мое самоубийство может плохо отразиться на моих детях	1	2	3	4	5	6
29. Я интересуюсь тем, что случится со мной в будущем	1	2	3	4	5	6
30. Это бы слишком сильно травмировало мою семью, и я не хочу, чтобы мои родные страдали	1	2	3	4	5	6

Приложение 5 (окончание)

31. Меня волнует, что другие подумают обо мне, если я попытаюсь покончить с собой	1	2	3	4	5	6
32. Я полагаю, что все, что происходит, к лучшему	1	2	3	4	5	6
33. Я думаю, что долго не мог бы решить, где, когда и как это сделать	1	2	3	4	5	6
34. Я считаю, что это нравственно неправильно	1	2	3	4	5	6
35. У меня есть много дел, которые я хотел бы сделать	1	2	3	4	5	6
36. Я достаточно храбр, чтобы бороться с трудностями жизни	1	2	3	4	5	6
37. Я счастлив и доволен своей жизнью	1	2	3	4	5	6
38. Я боюсь фактического акта самоубийства (боль, кровь, насилие)	1	2	3	4	5	6
39. Я полагаю, что самоубийство ничего не решит	1	2	3	4	5	6
40. Я надеюсь, что все улучшится и будущее будет более счастливым	1	2	3	4	5	6
41. Я не хочу, чтобы другие люди думали, что я слаб и эгоистичен	1	2	3	4	5	6
42. У меня есть внутренняя сила, чтобы выжить	1	2	3	4	5	6
43. Я не хотел бы, чтобы люди думали, что я не имею контроля над своей жизнью	1	2	3	4	5	6
44. Я считаю, что я могу найти цель в жизни	1	2	3	4	5	6
45. Я не вижу никакой причины приближать смерть	1	2	3	4	5	6
46. Я боюсь, что мой метод самоубийства не приведет к желаемому результату	1	2	3	4	5	6
47. Я не хотел бы, чтобы мои родные впоследствии чувствовали себя виновными	1	2	3	4	5	6
48. Я не хотел бы, чтоб мои родные думали, что я эгоист или трус	1	2	3	4	5	6

Ключ:

1. Уверенность в необходимости преодоления трудностей: 2, 3, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 22, 24, 25, 29, 32, 35, 36, 37, 39, 40, 42, 44, 45. (24)
2. Ответственность перед семьей: 1, 7, 9, 16, 30, 47, 48. (7)
3. Мотивы, связанные с детьми: 11, 21, 28. (3)
4. Опасения относительно совершения самоубийства: 6, 15, 18, 26, 33, 38, 46. (7)
5. Опасения относительно социального неодобрения: 31, 41, 43. (3)
6. Моральные установки, противоречащие самоубийству: 5, 23, 27, 34. (4)

Методика «Карта риска суицида»
(модификация для подростков Л. Шнейдер)

№ п/п	Фактор риска	Не выявлен	Слабо выражен	Сильно выражен
Биографические данные				
1	Ранее имела место попытка суицида	– 0,5	+ 2	+ 3
2	Суицидальные попытки у родственников	– 0,5	+ 1	+ 2
3	Развод или смерть одного из родителей	– 0,5	+ 1	+ 2
4	Недостаток тепла в семье	– 0,5	+ 1	+ 2
5	Полная или частичная безнадзорность	– 0,5	+ 0,5	+ 1
Актуальная конфликтная ситуация				
<i>А — вид конфликта:</i>				
1	Конфликт с взрослым человеком (педагогом, родителем)	– 0,5	+ 0,5	+ 1
2	Конфликт со сверстниками, отвержение группой	– 0,5	+ 0,5	+ 1
3	Продолжительный конфликт с близкими людьми, друзьями	– 0,5	+ 0,5	+ 1
4	Внутриличностный конфликт, высокая внутренняя напряженность	– 0,5	+ 0,5	+ 1
<i>Б — поведение в конфликтной ситуации:</i>				
5	Высказывания с угрозой суицида	– 0,5	+ 2	+ 3
<i>В — характер конфликтной ситуации:</i>				
6	Подобные конфликты имели место ранее	– 0,5	+ 0,5	+ 1
7	Конфликт отягощен неприятностями в других сферах жизни (учеба, здоровье, отвергнутая любовь)	– 0,5	+ 0,5	+ 1
8	Непредсказуемый исход конфликтной ситуации, ожидание его последствий	– 0,5	+ 0,5	+ 1
<i>Г — эмоциональная окраска конфликтной ситуации:</i>				
9	Чувство обиды, жалости к себе	– 0,5	+ 1	+ 2
10	Чувство усталости, бессилия, апатия	– 0,5	+ 1	+ 2

Приложение 6 (окончание)

№ п/п	Фактор риска	Не выявлен	Слабо выражен	Сильно выражен
11	Чувство непреодолимости конфликтной ситуации, безысходности	- 0,5	+ 0,5	+ 2
Характеристика личности				
<i>А — волевая сфера личности:</i>				
1	Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений	- 1	+ 0,5	+ 1
2	Решительность	- 0,5	+ 0,5	+ 1
3	Настойчивость	- 0,5	+ 0,5	+ 1
4	Сильно выраженное желание достичь своей цели	- 1	+ 0,5	+ 1
<i>Б — эмоциональная сфера личности:</i>				
5	Болезненное самолюбие, ранимость	- 0,5	+ 0,5	+ 2
6	Доверчивость	- 0,5	+ 0,5	+ 1
7	Эмоциональная вязкость («застревание» на своих переживаниях, неумение отвлечься)	- 0,5	+ 1	+ 2
8	Эмоциональная неустойчивость	- 0,5	+ 2	+ 3
9	Импульсивность	- 0,5	+ 0,5	+ 2
10	Эмоциональная зависимость, потребность в близких эмоциональных контактах	- 0,5	+ 0,5	+ 2
11	Низкая способность к созданию защитных механизмов	- 0,5	+ 0,5	+ 1,5
12	Бескомпромиссность	- 0,5	+ 0,5	+ 1,5

Результат алгебраического суммирования: менее 9 баллов — риск суицида незначителен; 9–15,5 балла — риск суицида присутствует; более 15,5 балла — риск суицида значителен.

Шкала суицидального риска
(Старшенбаум Г. В., 2005)

Постоянные факторы риска	Начисляемые баллы
Женщины 15–30 лет	1
Мужчины 20–35 лет	1
Отягощенная наследственность	1
Дисфункциональная первичная семья	1
Неправильный тип воспитания	1
Одна суицидальная попытка более года назад	3
Повторная суицидальная попытка в анамнезе	4
Суицидальная попытка в этом году	5
<i>Оценка постоянных факторов риска:</i>	
Переменные факторы риска	
Фрустрация доминирующей потребности	1
Сочетание сфер конфликта	1
Неразрешенность кризиса	1
Длительность суицидальных тенденций 1–2 мес.	1
Непереносимость фрустрации	1
Импульсивность	1
Ригидность аффекта	1
Категоричность мышления	1
Симбиотические тенденции	1
Однобокость системы ценностей	1
<i>Оценка переменных факторов риска:</i>	
Антисуицидальные факторы	
Гедонистические тенденции	1

Приложение 7 (окончание)

Творческие планы	1
Надежды на улучшение ситуации	1
Забота о близких	1
Чувство долга	1
Боязнь осуждения суицида	1
Страх боли, ущерба для здоровья	1
Эмоциональная привязанность к значимому другому	1
Наличие источников поддержки	1
Конструктивная лечебная установка	1
<i>Оценка антисуицидальных факторов риска:</i>	
Общий балл	Низкий < 10 Средний = 10–15 Высокий > 15

Шкала безнадежности А. Бэка
(Beck Hopelessness Inventory; Beck A. [et al.], 1974)

Инструкция. Пожалуйста, внимательно прочитайте каждое из приведенных ниже утверждений. Укажите, насколько верно каждое из них описывает Вас, и поставьте галочку в соответствующей графе справа. Необходимо дать ответ на каждое утверждение

№ п/п	Утверждение	Верно	Неверно
1	Я смотрю в будущее с надеждой и энтузиазмом		
2	С тем же успехом я могу просто плюнуть на все, так как я не могу сделать свою жизнь лучше		
3	Когда дела идут плохо, мне помогает знание о том, что так не может продолжаться вечно		
4	Я не могу представить, какой будет моя жизнь через десять лет		
5	У меня достаточно времени, чтобы успеть сделать то, что для меня наиболее важно		
6	В будущем я надеюсь преуспеть в том, что занимает меня больше всего		
7	Мое будущее кажется мне темным		
8	Я полагаю, что у меня будет больше хорошего в жизни, чем у среднего человека		
9	Мне просто не дают передышки, и я не думаю, что в будущем станет легче		
10	Мой прошлый опыт хорошо подготовил меня к будущему		
11	Все, что я вижу впереди, скорее неприятно, чем приятно		
12	Я не ожидаю получить то, чего я действительно хочу		
13	Когда я думаю о будущем, я надеюсь, что буду счастливее, чем сейчас		
14	Ничего в жизни не складывается так, как я хочу		
15	Я верю в свое будущее		

Приложение 8 (окончание)

16	Я никогда не получаю то, что хочу, а значит, хотеть чего-либо глупо		
17	Очень маловероятно, что я буду доволен своим будущим		
18	Мое будущее кажется мне очень туманным и неопределенным		
19	Я ожидаю от будущего больше хорошего, чем плохого		
20	Бесполезно действительно стремиться получить то, что я хочу, так как, скорее всего, у меня ничего не получится		

Ключ

№	Ответ	Балл	№	Ответ	Балл
1	Неверно	1	11	Верно	1
2	Верно	1	12	Верно	1
3	Неверно	1	13	Неверно	1
4	Верно	1	14	Верно	1
5	Неверно	1	15	Неверно	1
6	Неверно	1	16	Верно	1
7	Верно	1	17	Верно	1
8	Неверно	1	18	Верно	1
9	Верно	1	19	Неверно	1
10	Неверно	1	20	Верно	1

Интерпретация:

0–3 балла – безнадежность не выявлена.

4–8 баллов – легкая безнадежность.

9–14 баллов – умеренная безнадежность.

15–20 баллов – тяжелая безнадежность.

Шкала депрессии А. Бэка
(Beck Depression Inventory; Beck A. [et al.], 1961) –
подростковая версия

Инструкция. В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе.

№ п/п	Утверждение
1	0 – Мне не грустно 1 – Мне грустно или тоскливо 2 – Мне все время тоскливо или грустно и я ничего не могу с собой поделать 3 – Мне так грустно или печально, что я не могу этого вынести
2	0 – Я смотрю в будущее без особого разочарования 1 – Я испытываю разочарование в будущем 2 – Я чувствую, что мне нечего ждать впереди 3 – Я чувствую, что будущее безнадежно и поворота к лучшему быть не может
3	0 – Я не чувствую себя неудачником 1 – Я чувствую, что неудачи случались у меня чаще, чем у других людей 2 – Когда оглядываюсь на свою жизнь, я вижу лишь цепь неудач 3 – Я чувствую, что потерпел неудачу как личность
4	0 – У меня не потерял интерес к другим людям 1 – Я меньше, чем бывало, интересуюсь другими людьми 2 – У меня потерял почти весь интерес к другим людям и почти нет никаких чувств к ним 3 – У меня потерял всякий интерес к другим людям и они меня совершенно не заботят
5	0 – Я принимаю решения примерно так же легко, как всегда 1 – Я пытаюсь отсрочить принятые решения 2 – Принятие решений представляет для меня огромную трудность 3 – Я больше совсем не могу принимать решения

Приложение 9 (окончание)

6	0 — Я не чувствую, что выгляжу сколько-нибудь хуже, чем обычно 1 — Меня беспокоит то, что я выгляжу непривлекательно 2 — Я чувствую, что в моем внешнем виде происходят постоянные изменения, делающие меня непривлекательным 3 — Я чувствую, что выгляжу гадко и отталкивающе
7	0 — Я не испытываю никакой особенной неудовлетворенности 1 — Ничто не радует меня так, как раньше 2 — Ничто больше не дает мне удовлетворения 3 — Меня не удовлетворяет всё
8	0 — Я не чувствую никакой особенной вины 1 — Большую часть времени я чувствую себя скверным и ничтожным 2 — У меня довольно сильное чувство вины 3 — Я чувствую себя очень скверным и никчемным
9	0 — Я могу работать примерно так же хорошо, как и раньше 1 — Мне нужно делать дополнительные усилия, чтобы что-то сделать 3 — Я не могу выполнять никакую работу
10	0 — Я не испытываю разочарования в себе 1 — Я разочарован в себе 2 — У меня отвращение к себе 3 — Я ненавижу себя
11	0 — У меня нет никаких мыслей о самоповреждении 1 — Я чувствую, что мне было бы лучше умереть 2 — У меня есть определенные планы совершения самоубийства 3 — Я покончу с собой при первой возможности
12	0 — Я устаю ничуть не больше, чем обычно 1 — Я устаю быстрее, чем раньше 2 — Я устаю от любого занятия 3 — Я устал чем бы то ни было заниматься
13	0 — Мой аппетит не хуже, чем обычно 1 — Мой аппетит не так хорош, как бывало 2 — Мой аппетит теперь гораздо хуже 3 — У меня совсем нет аппетита

Интерпретация:

- до 9 баллов: удовлетворительное эмоциональное состояние.
- от 10 до 19 баллов: легкая депрессия.
- от 19 до 22 баллов: умеренная депрессия.
- более 23 баллов: тяжелая депрессия.

**Экспресс-диагностика склонности
к аффективному поведению» (В. В. Бойко)**

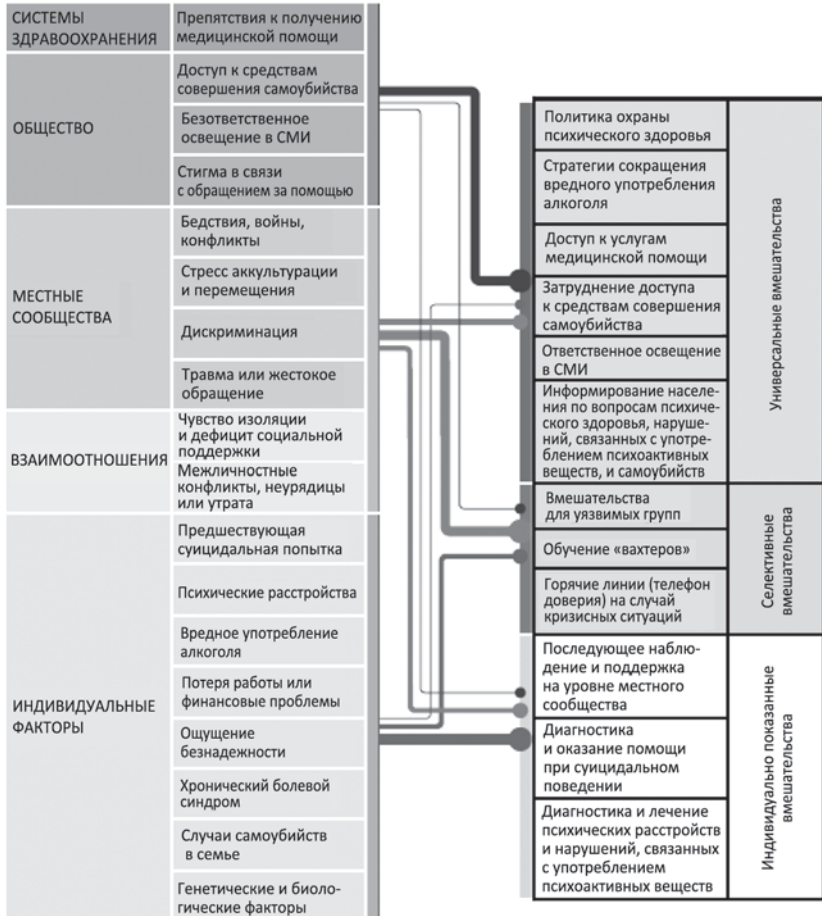
Инструкция. Ответьте «да» или «нет» на приводимые ниже ситуации. Как Вы чаще всего поступаете?

№ п/п	Утверждение	Да	Нет
1	Долго помните оскорбления и обиды, которые Вам нанесли		
2	Практически постоянно выясняете с кем-то отношения (либо с одним и тем же человеком, либо с разными партнерами)		
3	Вам очень трудно сделать первый шаг к примирению, когда вас кто-то обидел		
4	Долго переживаете из-за несправедливости по отношению к себе		
5	Мелкие неприятности обычно рассказываете близким, ища сочувствия		
6	По несколько дней мысленно выясняете свои отношения с обидчиком (высказываете ему, что думаете, доказываете свою правоту и т. п.)		
7	Поссорившись с близким человеком, Вы можете не разговаривать с ним долгое время		
8	Долго переживаете случившийся с Вами конфуз, допущенный промах, ошибку в работе		
9	Долго переживаете конфликты с близкими людьми		
10	После конфликта дома (на работе) бываете до того расстроены, что идти домой (на работу) вам кажется просто невыносимым		
11	Часто с трудом засыпаете из-за того, что проблемы прожитого или будущего дня все время крутятся в Ваших мыслях		
12	Не в состоянии отвлечься от трудных проблем, требующих решения		

Интерпретация: чем больше утвердительных ответов получено, тем более дисфункционален стереотип эмоционального поведения обследуемого.

10–12 баллов — аффективность стала неотъемлемой чертой характера;
5–9 баллов — аффективность свойственна и, возможно, достигла
уровня тенденции;
4 балла и меньше — дисфункциональные аффективные состояния
не свойственны.

Факторы суицидального риска и соответствующие вмешательства (ВОЗ, 2014)



ЛИТЕРАТУРА

Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения : методические рекомендации. — М., 1980. — 48 с.

Амбрумова А. Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике // Научные и организационные проблемы суицидологии. — М., 1983. — С. 40—52.

Амбрумова А. Г. О некоторых особенностях суицидального поведения у детей и подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1983. — Т. 83, № 10. — С. 1544—1547.

Амбрумова А. Г. Психалгии в суицидологической практике // Актуальные проблемы суицидологии : труды Московского НИИ психиатрии. — М., 1978. — Т. 82. — С. 73—92.

Амбрумова А. Г. [и др.]. Аутодеструктивное поведение подростков // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. — М., 1989. — С. 52—62.

Амбрумова А. Г. Социальная дезадаптация и суицид // Сборник трудов НИИ психиатрии им. Асатиани. — 1974. — Т. 19, № 20. — С. 47—49.

Амбрумова А. Г., Вроно Е. М., Жезлова Л. Я. Организация и методология работы с детьми и подростками, совершившими суицидальную попытку // Актуальные проблемы суицидологии : труды Московского НИИ психиатрии. — М., 1978. — Т. 82. — С. 105—114.

Амбрумова А. Г., Жезлова Л. Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. — М., 1978. — 13 с.

Амбрумова А. Г., Ратинов А. Р. Мультидисциплинарное исследование агрессивного и аутоагрессивного типа личности // Комплексные исследования в суицидологии. — М., 1986. — С. 26—44.

Амбрумова А. Г., Старшенбаум Г. В., Гилод В. М. Дифференциальная психокоррекция и медикаментозная терапия суицидоопасных состояний у лиц с конфликтом зависимых отношений : методические рекомендации. — М., 1994. — 34 с.

Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации. — М. : МНИИП, 1980. — 30 с.

Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии: Труды Московского НИИ психиатрии. — М., 1978. — Т. 82. — С. 6—28.

Анискин Д. Б. Самоубийство как социально-психологическая проблема : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. — М., 1997. — 23 с.

Антохин Г. А. Варианты суицидального поведения больных шизофренией : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. — М., 1979. — 24 с.

Бехтерев В. М. О причинах самоубийства и о возможной борьбе с нимъ. — СПб. : Т-во Художественной Печати, 1912. — 24 с.

Богоявленский Д. Российские самоубийства и российские реформы // Население и общество: Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народно-хозяйственного прогнозирования РАН. — 2001. — № 52. — С. 1–4.

Вагин Ю. Р. Корни суицидальной активности // Суицидология. — 2011. — № 4. — С. 3–10.

Вальдорф Е. В., Рожкова Н. Ю. Значимость использования экспериментально-психологических методов исследования для выявления личностных особенностей и приверженности подэкспертных к совершению аутоагрессивных актов // Тюменский медицинский журнал. — 2014. — Т. 16, № 3. — С. 5–8.

Ведяшкин В. Н. Аддитивные предпосылки аутоагрессивного поведения у подростков с учетом гендерных особенностей // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. — 2011. — № 15. — С. 210–212.

Власовские Р. В., Хальфин Р. А. Опыт применения многопрофильного подхода при работе с подростками, совершившими суицидальные действия // Журн. мед. критических состояний. — 2005. — № 5. — С. 26–29.

Войцех В. Ф. К проблеме раннего прогноза суицидального поведения // V Клинические Павловские чтения: Сборник работ. — Выпуск пятый. «Кризисные состояния. Суицидальное поведение» / под ред. проф. А. В. Курпатова. — СПб. : Человек, 2002. — С. 13–17.

Войцех В. Ф. Клиническая суицидология. — М.: Миклош, 2008. — 280 с.

Войцех В. Ф., Виноградова Л. Н., Савенко Ю. С. Предотвращение суицидов в армии: Методическое руководство. — М. : Фолиум, 2008. — 228 с.

Войцех В. Ф., Мельникова Т. С., Латин И. А. Клинико-нейрофизиологические аспекты суицидального поведения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2009. — № 10. — С. 14–20.

Войцехович Б. А., Редько А. Н. Социально-гигиенический «портрет» самоубийцы // Здравоохранение РФ. — 1994. — № 1. — С. 23–25.

Ворошилин С. И. Расстройства половой ориентации и суицидальное поведение: правовые и социальные аспекты // Суицидология. — 2012. — № 1. — С. 39–44.

Вроно Е. М. Диагностика суицидального поведения при различных вариантах депрессии у детей и подростков // Научные и организационные проблемы суицидологии. — М., 1983. — С. 80–89.

Гилод В. М. Клинико-социальная и психопатологическая характеристика пациентов кризисного стационара, совершивших суицидальные попытки : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. — М., 2003. — 24 с.

Гурович И. Я. Взаимодействие общемедицинской и психиатрической помощи и стигма психиатрических расстройств // Русский медицинский журнал. — 2001. — Т. 9, № 25. — С. 1202–1203.

Давыденко А. Ф., Семенова Н. Б., Щеглова Ю. Н. Организация кабинета «Телефон доверия» в структуре Красноярского краевого психоневрологического диспансера № 1 // Суицидология. — 2011. — № 2. — С. 48–49.

Денисов Ю. П. Суицидальный контент в глобальной информационной сети: на основе анализа русскоязычного сегмента интернета // Омский психиатрический журнал. — 2014. — № 1. — С. 17–21.

Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. Этнокультуральная психиатрия. — М. : Медицина, 2003. — 448 с.

Дюргейм Э. Самоубийство: социологический этюд. — М. : Мысль, 1994. — 399 с.

Ефремов В. С. Основы суицидологии. — СПб. : Диалект, 2004. — 480 с.

Жерехова Е. М., Уманский С. М. Особенности суицидального поведения больных шизофренией // Проблемы суицидологии : сб. научных работ / под ред. С. М. Уманского, П. Б. Зотова. — Тюмень : Вектор-Бук, 2003. — С. 122.

Зейгарник Б. В., Братусь Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности. — М. : МГУ, 1980. — 157 с.

Змановская Е. В. Девиантология — психология отклоняющегося поведения. — М. : Академия, 2004. — 288 с.

Зотов М. В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. — СПб. : Речь, 2006. — 144 с.

Зотов П. Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп // Суицидология. — 2013. — № 2. — С. 58–63.

Зотов П. Б., Ряхина Н. А., Родяшин Е. В. Суицидологический регистр: методологические подходы и первичная документация суицидологического учета // Суицидология. — 2012. — № 1. — С. 3–7.

Зулкарнеева З. Р. Суицидальное поведение у жертв сексуального насилия // Социальная и клиническая психиатрия. — 1992. — Т. 2, № 3. — С. 102–104.

Касимова Л. Н., Святогор М. В., Втюрина М. В. Анализ суицидальных попыток путем самоотравления // Тюменский медицинский журнал. — 2000. — № 2. — С. 37–38.

Кийченко Е. А., Михайличенко И. Н., Пурысова Е. Г. Характер обращений на «Телефон доверия» в периоды социальных кризисов (по материалам службы Омской области) // Суицидология. — 2011. — № 1. — С. 53–54.

Кондрашенко В. Т. Девиантное поведение у подростков: Социально-психологические и психиатрические аспекты. — Мн., 1988. — 207 с.

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> (дата обращения: 20.12.16).

Корнилов А. П. Стресс и проблемы адаптации у военнослужащих // Социальная и судебная психиатрия: История и современность. — М., 1996. — С. 37–41.

Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. — М.: Практическая Медицина, 2011. — 432с.

Краснов В. Н., Гурович И. Я. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. — М.: МНИИ психиатрии, 1999. — 224 с.

Крыжановская Л. А. Особенности суицидального поведения в США // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — № 3. — С. 97–105.

Кузнецов П. В. Мотивы и факторы антисуицидального барьера у мужчин, совершивших суицидальную попытку в условиях следственного изолятора // Суицидология. — 2014. — № 4. — С. 58–64.

Ласый Е. В. Профилактика суицидального поведения (для специалистов средств массовой информации). — Мн., 2009. — 21 с.

Ласый Е. В. [и др.]. Врачи и суицидальное поведение: базовые представления, отношение, профессиональный и личный опыт // Психиатрия, психотерапия и клин. психология. — 2012. — № 3. — С. 57–69.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983. — 256 с.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983. — 256с.

Личко А. Е., Иванов Н. Я. Диагностика характера подростков. Патохарактерологический диагностический опросник для подрост-

ков — ПДО: Краткое руководство. — СПб. : ФАРМиндекс, 2001. — 68 с.

Лыткин В. М., Нечипоренко В. В. Некоторые дискуссионные вопросы клинической диагностики посттравматических стрессовых расстройств // Российский психиатрический журнал. — 2014. — № 1. — С. 62–67.

Любов Е. Б. [и др.]. Территориальные суицидологические службы Российской Федерации: структура и функции // Суицидология. — 2014. — № 3. — С. 3–17.

Любов Е. Б., Морев М. В., Фалалеева О. И. Социально-экономическое бремя суицидальной смертности в России // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013. — № 2. — С. 38–44.

Любов Е. Б., Цупрун В. Е. Суицидальное поведение при шизофрении: эпидемиология и факторы риска // Суицидология. — 2013. — № 1. — С. 15–28.

Нечипоренко В. В. К вопросу об общественном понимании проблемы самоубийства // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии». — СПб., 2005. — С. 144–145.

Нечипоренко В. В. Некоторые аспекты суицидального поведения у акцентуированных личностей в юношеском возрасте // Саморазрушающее поведение у подростков : сб. науч. трудов. — Л., 1991. — С. 36–40.

Нечипоренко В. В., Сергиенко А. В. Аффективные суицидоопасные реакции у лиц молодого возраста // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии. — СПб., 2005. — С. 144.

Нечипоренко В. В., Шамрей В. К. Суицидология: вопросы клини, диагностики и профилактики. — СПб. : ВМедА, 2007. — 528 с.

Остроглазов В. Г., Лисина М. А. Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2000. — Т. 100, № 6. — С. 18–20.

Паршин А. Н. Суицид как развитие личности : тез. докл. // Сб. материалов науч. конф. «XIII съезд психиатров России» (Москва, 10–13 октября 2000 г.) / Российское общество психиатров. — М. : Издат. дом «Медпрактика-М», 2000. — С. 318.

Петрова Н. Н., Задорожная М. С. Особенности суицидального поведения и нарушения гендерной аутоидентификации у пациентов с юношескими депрессиями // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2013. — № 3 — С. 59–64.

Пичиков А. А. Половые различия суицидального поведения у подростков (клиника, диагностика, профилактика рецидивов : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16. — СПб., 2015. — 24 с.

Пичиков А. А. Факторы суицидального риска у девушек с нервной анорексией // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации». — СПб., 2014. — С. 27–28.

Пичиков А. А., Климова М. С. Гендерные различия клинических проявлений расстройств адаптации у подростков // Сборник тезисов научно-практической конференции молодых ученых в рамках цикла «Бехтеревские чтения». — СПб., 2014. — С. 35–36.

Пичиков А. А., Попов Ю. В. «Гендерный парадокс» суицидального поведения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. — 2015. — № 2. — С. 21–27.

Пичиков А. А., Попов Ю. В. Аддиктивное суицидальное поведение у подростков // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства». — СПб., 2012. — С. 109–110.

Пичиков А. А., Попов Ю. В. Клинические особенности суицидального поведения у подростков // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Комплексные подходы к стандартизации диагностики и терапии психических расстройств». — СПб., 2011. — С. 114–115.

Пичиков А. А., Попов Ю. В. Множественные суициды у подростков // Сборник материалов XV съезда психиатров России. — М., 2010. — С. 158.

Пичиков А. А., Попов Ю. В. О вкладе профессора А. Е. Личко в изучение суицидального поведения у подростков // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации». — СПб., 2014. — С. 28–29.

Пичиков А. А. Половые различия суицидального поведения у подростков с эпилепсией // Материалы научно-практической конференции «Научное наследие профессора Б. А. Лебедева». — СПб., 2015. — С. 158–160.

Полетаева О. О., Курнатов А. В. Проблемы оказания помощи пациентам с суицидальным поведением // Современная психиатрия: теория и практика. — СПб., 2002. — С. 233–236.

Полищук Ю. И. Парциальные нарушения сознания // Социальная и клиническая психиатрия. — 1993. — № 1. — С. 115–119.

Положий Б. С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. — 2010. — № 4. — С. 55–63.

Положий Б. С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. — 2015. — № 1. — С. 3–7.

Положий Б. С. Суициды в России и Европе / под ред. Б. С. Положего. — М. : Медицинское информационное агентство, 2016. — 212 с.

Положий Б. С., Панченко Е. А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. — 2012. — № 1. — С. 8–12.

Положий Б. С., Панченко Е. А. Дифференцированные подходы к профилактике суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. — 2011. — № 4. — С. 41–44.

Положий Б. С., Панченко Е. А. Профилактика повторных суицидальных действий у лиц, совершивших покушение на самоубийство: [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. — 2013. — № 2. — Режим доступа: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 26.08.16).

Положий Б. С., Панченко Е. А. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации: [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: Электронный научный журнал. — 2012. — № 2. — Режим доступа: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer16.php (дата обращения: 13.11.16).

Положий Б. С., Панченко Е. А. Факторы динамики суицидального процесса // Психическое здоровье. — 2011. — № 9. — С. 65–68.

Попов Ю. В., Пичиков А. А., Яковлева Ю. А. Динамика самоповреждающего поведения и суицидальное фантазирование в подростковом возрасте // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2016. — № 4. — С. 80–85.

Попов Ю. В., Бруг А. ыВ. Аддиктивное суицидальное поведение у подростков // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2005. — № 1. — С. 24–26.

Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. — СПб. : Речь, 2006. — 372 с.

Попов Ю. В., Пичиков А. А. Новые направления изучения суицидального поведения у подростков // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии : сборник статей и тезисов Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 80-летию со дня рождения профессора В. К. Смирнова / под ред. проф. В. К. Шапрея. — СПб., 2013. — С. 105–115.

Попов Ю. В., Пичиков А. А. Особенности суицидального поведения у подростков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2011. — № 4. — С. 4–8.

Попов Ю. В., Харитонов Р. А. Суицидальное поведение у детей и подростков, больных эпилепсией // Сборник трудов IV Всероссийской конференции по неврологии и психиатрии детского возраста. — Ставрополь, 1978. — С. 203–204.

Предотвращение самоубийств: Глобальный императив. — Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2014. — 97 с.

Прокопович Г. А., Пашковский В. Э., Софронов А. Г. Социально-демографические и клинические характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки отравления (по данным многопрофильного стационара скорой помощи) // Психическое здоровье. — 2013. — № 3. — С. 32–38.

Прокопович Г. А., Пашковский В. Э., Софронов А. Г. Социально-демографические и клинические оценки лиц, совершивших суицидальные попытки отравления на фоне употребления алкоголя и других психоактивных веществ (по данным многопрофильного стационара скорой помощи) // Наркология. — 2014. — № 6. — С. 50–56.

Разводовский Ю. Е. Самоубийства и алкогольные отравления в Беларуси // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — № 1. — С. 12–17.

Редько А. Н. Самоубийства как социально-гигиеническая проблема : дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. — Краснодар, 1992. — 213 с.

Розанов В. А. Стресс-индуцированные эпигенетические феномены — еще один вероятный биологический фактор суицида // Суицидология. — 2015. — № 3. — С. 3–19.

Розанов В. А., Мидько А. А. Системный липидный обмен и суицидальное поведение // Нейронауки. — 2006. — Т. 4, № 6. — С. 3–13.

Розанов В. А., Моховиков А. Н., Вассерман Д. Нейробиология суицидальности // Украинский медицинский журнал. — 1999. — Т. 6, № 14. — С. 5–12.

Рамицына Е. Е. Методика «Многомерная оценка детской тревожности» : учебно-метод. пособие. — СПб. : Речь, 2006. — 112 с.

Сергиенко Е. А. Суицидальное поведение подростков // Психология подростка: полное руководство / под ред. А. А. Реана. — СПб. : Прайм-Еврознак, 2003. — С. 321–327.

Смертность российских подростков от самоубийств: Доклад ЮНИСЕФ / под ред. А. Е. Иванова [и др.]. — М. : БЭСТ-принт, 2011. — 133 с.

Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. — М. : Когито-Центр, 2005. — 376 с.

Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб. : Питер, 2001. — 272 с.

Тихоненко В. А., Цупрун В. Е. Факторы суицидального риска в популяции больных психоневрологического диспансера // Научные и организационные проблемы суицидологии. — М., 1983 — С. 133–141.

Фиккер Ф. Значение медикаментозной интоксикации при суицидальных действиях в детском и подростковом возрасте // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1978. — № 12. — С. 1850–1851.

Фисик М. В. Суицидальное поведение (эпидемиология, клиника, вопросы организации суицидологической помощи) на модели малого города : дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2002.

Фрейд З. Печаль и меланхолия / под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. — М. : Изд-во МГУ, 1984. — 216 с.

Харитонов С. В., Цупрун В. Е., Паришин А. Н. Программа включения родственников в превенцию суицидов у больных с личностными расстройствами: [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: Электронный научный журнал. — 2013. — № 2. — Режим доступа: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2013_2_19_nomer/number19.php (дата обращения: 14.01.17).

Холмогорова А. Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития: [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: Электрон. науч. журн. — 2013. — № 2. — URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 24.12.16).

Циркин С. Ю. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. — СПб. : Питер, 2004. — 896 с.

Чуприкова Е. Г., Дравицкая О. О., Чуприков А. П. К вопросу профилактики суицидов у детей и подростков // Сборник тезисов XIII съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 320–321.

Шир Е. Суицидальное поведение у подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1984. — № 10. — С. 1556–1560.

Шустов Д. И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. — М. : Когито-центр, 2004. — 216 с.

Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология. — Днепропетровск : Пороги, 2006. — 472 с.

Яворский А. А. Анализ изменения самосознания при пограничных психических расстройствах у военнослужащих, совершивших ауто- и гетероагрессивные действия : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18. — СПб., 2000. — 47 с.

Abramson L. Y., Metalsky G. I., Alloy L. B. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression // *Psychological Review* — 1989. — Vol. 96, № 2. — P. 358–372.

Aguilar E. J., Siris S. G. Do antipsychotic drugs influence suicidal behavior in schizophrenia? // *Psychopharmacol Bull.* — 2007. — Vol. 40, № 3. — P. 128–142.

Ainiyet B., Rybakowski J. K. Suicidal behavior in schizophrenia may be related to low lipid levels // *Med Sci Monit: Int Med J Exp Clin Res.* — 2014. — № 20. — P. 1486–1490.

Algorta G. P. [et al.]. Suicidality in pediatric bipolar disorder: Predictor or outcome of family processes and mixed mood presentation? // *Bipolar Disorders.* — 2011. — № 13. — P. 76–86.

Alleyne-Green B., Fernandes G., Clark T. T. Help-seeking behaviors among a sample of urban adolescents with a history of dating violence and suicide ideations // *Vulnerable Children and Youth Studies.* — 2015. — Vol. 10. — P. 1–11.

Anderson L. M., Hayden B. M., Tomasula J. L. Sexual assault, overweight, and suicide attempts in U. S. adolescents // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* — 2014. — doi:10.1111/sltb.12148.

Andres A. R., Collings S., Qin P. Sex-specific impact of socio-economic factors on suicide risk: a population-based case-control study in Denmark // *Eur J Public Health.* — 2010. — Vol. 20, № 3. — P. 265–270.

Ang R. P., Chia B. H., Fung D. S. Gender differences in life stressors associated with child and adolescent suicides in Singapore from 1995 to 2003 // *International Journal of Social Psychiatry.* — 2006. — Vol. 52, № 6. — P. 561–570.

Appleby L. Suicidal behavior in childbearing women // *International Review of Psychiatry.* — 1996. — Vol. 8. — P. 107–115.

Apter A. [et al.]. Suicide in all continents in the young // *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective* / edited by D. Wasserman, C. Wasserman. — NY: Oxford University Press, 2009. — P. 621–628.

Apter A. [et al.]. Evaluation of suicidal thoughts and behaviors in children and adolescents taking parox[etine // *J. Child. Adolesc Psychopharmacol.* — 2006. — № 16. — P.77–90.

Arsenault-Lapierre G., Kim C., Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3,275 suicides: a meta-analysis // *BMC Psychiatry.* — 2004. — № 4. — P. 37.

Atkinson S. D., Prakash A., Zhang Q. [et al.]. A double-blind efficacy and safety study of duloxetine flexible dosing in children and adolescents with major depressive disorder // *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* — 2014. — Vol. 24, № 4. — P. 180–189.

Awad A. G. Subjective response to neuroleptics in schizophrenia // *Schizophr Bull.* — 1993. — Vol. 19, № 3. — P. 609–618.

Awad A. G., Voruganti L. N. Impact of atypical antipsychotics on quality of life in patients with schizophrenia // *CNS Drugs.* — 2004. — Vol. 18, № 13. — P. 877–893.

Awad A. G., Voruganti L. N. Neuroleptic dysphoria: revisiting the concept 50 years later // *Acta Psychiatr. Scand.* — 2005. — Suppl. 427. — P. 6–13.

Awad A. G., Voruganti L. N. The impact of newer atypical antipsychotics on patient-reported outcomes in schizophrenia // *CNS Drugs.* — 2013. — Vol. 27, № 8. — P. 625–636.

Axelsson D., Birmaher B., Strober M. [et al.]. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders // *Archives of General Psychiatry.* — 2006. — № 63. — P. 1139–1148.

Baca-Garcia E., Sanchez-Gonzalez A. [et al.]. Menstrual cycle and profiles of suicidal behavior // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* — 1998. — Vol. 97, № 1. — P. 32–35.

Balazs J., Miklosi M., Keresztesy A. [et al.]. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk // *Journal Child Psychol. Psychiatry.* — 2013. — Vol. 54, № 6. — P. 670–677.

Baldessarini R. J., Hennen J. Genetics of suicide: An overview // *Harvard Review of Psychiatry.* — 2004. — Vol. 12, № 1. — P. 1–13.

Baldessarini R. J., Pompili M., Tondo L. Suicide in bipolar disorder: Risks and management // *CNS Spectrum.* — 2006. — Vol. 11, № 6. — P. 466–471.

Barak Y. [et al.]. Suicidality and second generation antipsychotics in schizophrenia patients: a case-controlled retrospective study during a 5-year period // *Psychopharmacology.* — 2004. — Vol. 175, № 2. — P. 215–219.

Barile J. P., Grogan K. E., Henrich C. C. [et al.]. Symptoms of depression in Israeli adolescents following a suicide bombing: the role of gender // *Journal of Early Adolescence.* — 2012. — Vol. 32. — P. 502–515.

Battaglia J. [et al.]. Structured diagnostic assessment and depot fluphenazine treatment of multiple suicide attempters in the emergency department // *Int. Clin. Psychopharmacol.* — 1999 — Vol. 14, № 6. — P. 361–372.

Bauer M. [et al.]. Task Force on Unipolar Depressive Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders // *World J. Biol. Psychiatry.* — 2013. — Vol. 14, № 5. — P. 334–385.

Beck A. T. Cognitive models of depression // Journal of Cognitive Psychotherapy — 1987. — Vol. 1. — P. 5–37.

Benedetti F. [et al.]. Low-dose clozapine in acute and continuation treatment of severe borderline personality disorder // J. Clin. Psychiatry. — 1998. — Vol. 59, № 3. — P. 103–107.

Bhatta M. P., Shakya S., Jefferis E. Association of being bullied in school with suicide ideation and planning among rural middle school adolescents // Journal of School Health. — 2014. — Vol. 84, № 11. — P. 731–738.

Bode-Janisch S. [et al.]. Suicide in children, youths and young adults // Arch. Kriminol. — 2011. — Vol. 227, № 1–2. — P. 33–42.

Boeninger D. K. [et al.]. Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents // Suicide and Life-Threatening Behavior. — 2010. — Vol. 40, № 5. — P. 451–464.

Bondy B., Buettner A., Zill P. Genetics of suicide // Mol. Psychiatry. — 2006. — Vol. 11, № 4. — P. 336–351.

Borges G. [et al.]. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 2008. — Vol. 47, № 1. — P. 41–52.

Bossarte R. M., Simon O. R., Swahn M. H. Clustering of adolescent dating violence, peer violence, and suicidal behavior // J. Interpers. Violence. — 2008. — Vol. 23, № 6. — P. 815–833.

Bostic J. Q. [et al.]. Treatment of depression in children and adolescents // J. Psychiatr. Pract. — 2005. — № 11. — P. 141–154.

Bostwick J. M., Pankratz V. S. Affective disorders and suicide risk: a reexamination // Am J Psychiatry. — 2000. — Vol. 157. — P. 1925–1932.

Botnick M. R. [et al.]. Correlates of suicide attempts in an open cohort of young men who have sex with men // Canadian Journal of Public Health. — 2002. — Vol. 93, № 1. — P. 59–62.

Bottino S. M. [et al.]. Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review // Cad. Saude Publica. — 2015. — Vol. 31, № 3. — P. 463–475.

Brent D. A. [et al.]. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. — 1999. — № 38. — P. 1497–1505.

Brent D. A., Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior // Psychiatr. Clin. N. Am. — 2008. — Vol. 31, № 2. — P. 157–177.

Brent D. A., Melhem N. M., Oquendo M. [et al.]. Familial pathways to early-onset suicide attempt: a 5.6-year prospective study // JAMA Psychiatry. — 2015. — Vol. 72, № 2. — P. 160–168.

Brotman M. A. [et al.]. High exposure to neuroleptics in bipolar patients: a retrospective review // *J. Clin. Psychiatry.* — 2000. — Vol. 61, № 1. — P. 68–72.

Buchanan R. W. [et al.]. The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements // *Schizophr. Bull.* — 2010. — Vol. 36, № 1. — P. 71–93.

Buhnick-Atzil O. [et al.]. Everyday functioning of male adolescents who later died by suicide: Results of a pilot case-control study using mixed-method analysis // *Journal of Affective Disorders.* — 2014. — Vol. 172. — P. 116–120.

Busch K. A., Fawcett J., Jacobs D. Clinical correlates of inpatient suicide // *Journal of Clinical Psychiatry.* — 2003. — Vol. 64, № 1. — P. 14–19.

Caldwell C. B., Gottesman I. I. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide // *Schizophr. Bull.* — 1990. — Vol. 16, № 4. — P. 571–589.

Carli V. [et al.]. The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics // *BMC Public Health.* — 2013. — Vol. 13. — P. 479.

Carter R. M. [et al.]. One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample // *Depression and Anxiety.* — 2001. — Vol. 13, № 2. — P. 78–88.

Challis S. [et al.]. Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis // *Acta Psychiatr. Scand.* — 2013. — Vol. 127, № 6. — P. 442–454.

Chapman C. L. [et al.]. Meta-analysis of the association between suicidal ideation and later suicide among patients with either a schizophrenia spectrum psychosis or a mood disorder // *Acta Psychiatr. Scand.* — 2015. — Vol. 131, № 3. — P. 162–173.

Cheng H. M., Park J. H., Hernstadt D. Akathisia: a life-threatening side effect of a common medication // *BMJ Case Rep.* — 2013. — doi: 10.1136/bcr-2012-007713.

Cheng K. K. [et al.]. Risk factors of suicide among schizophrenics // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1990. — Vol. 81, № 3. — P. 220–224.

Cheng S. T., Chan A. C. Multiple pathways from stress to suicidality and the protective effect of social support in Hong Kong adolescents // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* — 2007. — Vol. 37, № 2. — P. 187–196.

Cherpitel C. J., Borges L. G., Wilcox H. C. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* — 2004. — Vol. 28, № 5. — P. 18–28.

Ciapparelli A. [et al.]. Clozapine for treatment-refractory schizophrenia, schizoaffective disorder, and psychotic bipolar disorder: a 24-month naturalistic study // *J. Clin. Psychiatry*. — 2000. — Vol. 61, № 5. — P. 329–334.

Citrome L. [et al.]. Effects of clozapine, olanzapine, risperidone and haloperidol on hostility among patients with schizophrenia // *Psychiatr. Serv.* — 2001. — Vol. 52, № 11. — P. 1510–1514.

Clark D. C. [et al.]. A field test of Motto's risk estimator for suicide // *American Journal of Psychiatry*. — 1987. — Vol. 144, № 7. — P. 923–926.

Clifford A. C., Doran C. M., Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand // *BMC Public Health*. — 2013. — Vol. 13. — P. 1463–1471.

Cohen S., Leonard C. V., Farberow N. L., Shneidman E. S. Tranquilizers and suicide in the schizophrenic patient // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 1964. — № 11. — P. 312–321.

Cooper W. O. [et al.]. Antidepressants and suicide attempts in children // *Pediatrics*. — 2014. — № 133. — P. 204–210.

Corcos M. [et al.]. Suicide attempts in women with bulimia nervosa: frequency and characteristics // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 2002. — Vol. 106, № 5. — P. 381–386.

Cox L. J. [et al.]. A longitudinal study of nonsuicidal self-injury in offspring at high risk for mood disorder // *J. Clin. Psychiatry*. — 2012. — Vol. 73, № 6. — P. 821–828.

Cross W. [et al.]. Proximate outcomes of gatekeeper training for suicide prevention in the workplace // *Suicide and Life-Threatening Behavior* — 2007. — Vol. 37, № 6. — P. 659–670.

Cyz E. K., King C. A. Longitudinal trajectories of suicidal ideation and subsequent suicide attempts among adolescent inpatients // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. — 2015. — Vol. 44, № 1. — P. 181–193.

De Alarcon R., Carney M. W. Severe depressive mood changes following slow-release intramuscular fluphenazine injection // *Br. Med. J.* — 1969. — № 3. — P. 564–567.

De Leo D. Cultural issues in suicide and old age // *Crisis*. — 1999. — Vol. 20, № 2. — P. 53–55.

De Leo D., Heller T. S. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey // *Med. J. Aust.* — 2004. — Vol. 181, № 3. — P. 140–144.

Devries K. M. [et al.]. Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis // *Pediatrics*. — 2014. — Vol. 133, № 5. — P. 1331–1344.

Di Fiorino M. [et al.]. Extended-release quetiapine fumarate (quetiapine XR) versus risperidone in the treatment of depressive symptoms in patients with schizoaffective disorder or schizophrenia: a randomized, open-label, parallel-group, flexible dose study // *Int. Clin. Psychopharmacol.* — 2014. — Vol. 29, № 3. — P. 166–176.

Dingman C. W., McGlachan T. H. Discriminating characteristics of suicides: Chestnut lodge follow-up sample including patients with affective disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1986. — Vol. 74, № 1. — P. 91–97.

Donald M. [et al.]. Prevalence of adverse life events, depression, suicidal thoughts and behavior among a community sample of young people aged 15–24 years // *Aust. N-Z J. Public Health.* — 2001. — Vol. 25, № 5. — P. 426–432.

Drexelius N. Self-injury and suicide: Adolescents rely on the school and the family for prevention // *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie.* — 2008. — Vol. 76. — P. 643–644.

Easterlin R. A. Birth and fortune. — NY : Basic Books, 1980. — 243 p.

Eckert T. L., Miller D. N., Riley-Tillman T. C., Du Paul G. J. Adolescent suicide prevention: Gender differences in students perceptions of the acceptability and intrusiveness of school-based screening programs // *Journal of School Psychology.* — 2006. — Vol. 44. — P. 271–285.

Emslie G. J. [et al.]. Venlafaxine ER for the treatment of pediatric subjects with depression: results of two placebo-controlled trials // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* — 2007a. — № 46. — P. 479–488.

Emslie G. J. [et al.]. A double-blind efficacy and safety study of duloxetine fixed doses in children and adolescents with major depressive disorder // *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology.* — 2014. — Vol. 24, № 4. — P. 170–179.

Emslie G. J., Yeung P. P., Kunz N. R. Long-term, open-label venlafaxine extended-release treatment in children and adolescents with major depressive disorder // *CNS Spectr.* — 2007b. — № 12. — P. 223–233.

Enachescu C., Retezeanu A. Psychopathologic characteristics of the presuicidal syndrome // *Rom. J. Neurol. Psychiatry.* — 1992. — Vol. 30. — P. 141–146.

Ernst C. L., Goldberg J. F. Antisuicide properties of psychotropic drugs: a critical review // *Harv. Rev. Psychiatry.* — 2004. — Vol. 12, № 1. — P. 14–41.

Fawcett J. [et al.]. Time-related predictors of suicide in major affective disorder // *American Journal of Psychiatry.* — 1990. — Vol. 147, № 9. — P. 1189–1194.

Fazel S. [et al.]. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors // *J. Clin/ Psychiatry.* — 2008. — Vol. 69, № 11. — P. 1721–1731.

Fazel S. [et al.]. Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden // *Lancet Psychiatry*. — 2014. — Vol. 1, № 1. — P. 44–54.

Fennig S., Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders // *Nord J. Psychiatry*. — 2010. — Vol. 64, № 1. — P. 32–39.

Fenton W. S. Depression, suicide and suicide prevention in schizophrenia // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. — 2000. — Vol. 30, № 1. — P. 34–49.

Fenton W. S. [et al.]. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders // *American Journal of Psychiatry*. — 1997. — Vol. 154, № 2. — P. 199–204.

Fergusson D. M. [et al.]. Subthreshold-depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood // *Archives of General Psychiatry*. — 2005. — Vol. 62, № 1. — P. 66–72.

Figueroa I. V. [et al.]. Psychopathology of the adolescent with suicide attempt and gender differences // *Anales de Psiquiatria*. — 2009. — Vol. 25. — P. 265–274.

Fleischhacker W. W. [et al.]. Completed and attempted suicides among 18,154 subjects with schizophrenia included in a large simple trial // *J. Clin. Psychiatry*. — 2014. — Vol. 75, № 3. — P. 184–190.

Fleischmann A. [et al.]. Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: A critical examination of the evidence // *American Journal of Orthopsychiatry*. — 2005. — № 75. — P. 676–683.

Foley D. L. [et al.]. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: The Great Smoky Mountains Study // *Archives of General Psychiatry*. — 2006. — № 63. — P. 1017–1024.

Forster D. R., Frost C. E. Medicinal self-poisoning and prescription frequency // *Acta Psych. Scand.* — 1985. — Vol. 71, № 6. — P. 567–574.

Frank M. L., Lester D., Wexler A. Suicidal behavior members of Gamblers Anonymous // *J. Gambling Studies*. — 1991. — Vol. 7, № 3. — P. 249–254.

Fredrickson B. L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions // *American Psychologist*. — 2001. — Vol. 56. — P. 218–226.

Fredrickson B. L., Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being // *Psychological Science*. — 2002. — Vol. 13, № 2. — P. 172–175.

Furukawa T. A., Steiner D. L., Young L. T. Is antidepressant — benzodiazepine combination therapy clinically useful? A meta-analytic study // *Journal of Affective Disorders*. — 2001. — № 65. — P. 173–177.

Gaertner I. [et al.]. A case control study on psychopharmacotherapy before suicide committed by 61 psychiatric inpatients // *Pharmacopsychiatry*. — 2002. — Vol. 35, № 2. — P. 37–43.

Galligan S. B. [et al.]. Understanding the link between gender role conflict, resilience, and propensity for suicide in adolescent and emerging adult males // *International Journal of Men's Health*. — 2010. — Vol. 9, № 3. — P. 201–210.

Garofalo R. [et al.]. Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* — 1999. — Vol. 153, № 5. — P. 487–493.

Geulayov G. [et al.]. The association of parental fatal and nonfatal suicidal behavior with offspring suicidal behavior and depression: a systematic review and meta-analysis // *Psychol. Med.* — 2012. — Vol. 42, № 8. — P. 1567–1580.

Geulayov G. [et al.]. Parental suicide attempt and offspring self-harm and suicidal thoughts: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) birth cohort // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 2014. — Vol. 53, № 5. — P. 509–517.

Gibbons R. D. [et al.]. Antidepressant treatment and suicide attempts and self-inflicted injury in children and adolescents // *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. — 2015. — Vol. 24, № 2. — P. 208–214.

Gibbons R. D. [et al.]. The relationship between antidepressant prescription rates and rate of early adolescent suicide // *Am. J. Psychiatry*. — 2006. — № 163. — P. 1898–1904.

Gibbons R. D. [et al.]. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 2005. — № 62. — P. 165–172.

Gokce I. S. [et al.]. Clinical features and risk factors related with suicide attempts in sexually abused children and adolescents // *Marmara Medical Journal*. — 2013. — Vol. 26. — P. 34–42.

Goldney R. D. [et al.]. Mental Health Literacy of those with major depression and suicidal ideation: an impediment to help seeking // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. — 2002. — Vol. 32, № 4. — P. 394–403.

Gonzalez-Rodriguez A. [et al.]. Suicidal ideation and suicidal behavior in delusional disorder: a clinical overview // *Psychiatry J.* — 2014. — doi: 10.1155/2014/834901.

Gordon R. S. J. An operational classification of disease prevention // *Public Health Rep.* — 1983. — Vol. 98, № 2. — P. 107–109.

Grewal P. K., Porter J. E. Hope theory: A framework for understanding suicidal action // *Death Studies*. — 2007. — Vol. 31, № 2. — P. 131–154.

Grollman E. A. *Suicide Prevention, Intervention, Postvention* // Paperback Publisher : Beacon Hill Press, 1988. — 151 p.

Gross J. J., Munoz R. F. Emotion regulation and mental health // *Clinical Psychology: Science and Practice*. — 1995. — № 2. — P. 151–164.

Guberman C., Manassis K. Symptomatology and family functioning in children and adolescents with comorbid anxiety and depression // *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescents Psychiatry*. — 2011. — Vol. 20, № 3. — P. 186–195.

Gunnell D., Frankel S. Prevention of suicide: Aspiration and evidence // *British Medical Journal*. — 1994. — Vol. 308. — P. 1227–1233.

Guo B., Harstall C. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? // *Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2004*. — URL: [http:// www.euro.who.int/Document/E83583.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E83583.pdf). (16.09.2016).

Haines J. [et al.]. The psychophysiology of self-mutilation // *Journal of Abnormal Psychology*. — 1995. — Vol. 104, № 3. — P. 471–489.

Halbwachs M. Les causes du suicide. — Paris : Felix Alcan, 1930. — 520 p.

Hall W. D., Lucke J. How have the selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants affected suicide mortality? // *Aust NZJ. Psychiatry*. — 2006. — № 40. — P. 941–950.

Hall W. D. [et al.]. Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991–2000: trend analysis // *BMJ*. — 2003. — № 326. — P. 1008.

Hammad T. A., Laughren T., Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 2006. — № 63. — P. 332–339.

Hardt J. [et al.]. Suicidality and its relationship with depression, alcohol disorders and childhood experiences of violence: Results from the ESEMeD study // *Journal of Affective Disorders*. — 2015. — Vol. 175. — P. 168–174.

Harkavy-Friedman J. M. [et al.]. Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide // *J. Clin. Psychiatry*. — 2003. — Vol. 64, № 8. — P. 871–874.

Hassan R. Temporal variations in suicide occurrence in Australia: A Research Note // *Australian and New Zealand Journal of Sociology*. — 1994. — Vol. 30. — P. 194–202.

Haukka J. [et al.]. Association between medication and risk of suicide, attempted suicide and death in nationwide cohort of suicidal patients with schizophrenia // *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* — 2008. — Vol. 17, № 7. — P. 686–696.

Hawton K. Sex and suicide: Gender differences in suicidal behavior // *The British Journal of Psychiatry*. — 2000. — Vol. 177. — P. 484–485.

Hawton K., Bergen H., Simkin S. Toxicity of antidepressants: rates of suicide relative to prescribing and non-fatal overdose // *British Journal of Psychiatry*. — 2010. — № 196. — P. 354–358.

Hawton K. [et al.]. Comorbidity of axis 1 and axis 2 disorders in patients who attempted suicide // *American Journal of Psychiatry*. — 2003. — Vol. 160, № 8. — P. 1494–1500.

Hawton K., Rodham K. [et al.]. Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England // *BMJ*. — 2002. — Vol. 325. — P. 1207–1211.

Hawton K., Van Heeringen K. Suicide // *Lancet*. — 2009. — Vol. 373. — P. 1372–1381.

Hawton K., Zahl D., Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital // *The British Journal of Psychiatry*. — Vol. 182, № 6. — P. 537–542.

Hazell P. [et al.]. Tricyclic drugs for depression in children and adolescents // *Cochrane Database Syst Rev*. — 2002. — CD002317.

Healy D. [et al.]. Lifetime suicide rates in treated schizophrenia: 1875–1924 and 1994–1998 cohorts compared // *Br. J. Psychiatry: J. Ment. Sci.* — 2006. — № 188. — P. 223–228.

Hearon B. A. [et al.]. Predictors of suicidality among patients with psychotic disorders in a partial hospital treatment program // *Suicide Life Threat Behav.* — 2015. — doi: 10.1111/sltb.12165.

Heila H. [et al.]. Suicide victims with schizophrenia in different treatment phases and adequacy of antipsychotic medication // *J. Clin. Psychiatry*. — 1999. — Vol. 60, № 3. — P. 200–208.

Hendin H. [et al.]. Recognizing and responding to a suicide crisis // *Suicide Life Threat Behav.* — 2001. — Vol. 31, № 2. — P. 115–128.

Herings R. M., Erkens J. A. Increased suicide attempt rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics // *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* — 2003. — Vol. 12, № 5. — P. 423–424.

Himmelhoch J. M. Lest treatment avert suicide // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 1987. — Vol. 48. — P. 44–54.

Hogan T. P., Awad A. G. Pharmacotherapy and suicide risk in schizophrenia // *Can. J. Psychiatry*. — 1983. — Vol. 28, № 4. — P. 277–281.

Holinger P. C., Offer D. Prediction of adolescent suicide: a population model // *Am. J. Psychiat.* — 1982. — Vol. 139, № 3. — P. 302–307.

Huber C. G. [et al.]. Evidence for an agitated-aggressive syndrome predating the onset of psychosis // *Schizophr. Res.* — 2014. — Vol. 157, № 1–3. — P. 26–32.

Hussar A. E. Effect of tranquilizers on medical morbidity and mortality in a mental hospital // *JAMA*. — 1962. — № 179. — P. 682–686.

Hyman S. E. El paciente suicida // Urgencias psiquiátricas / edited by S. E. Hyman. — Barcelona : Salvat, 1990. — P. 19–26.

Isometsa E. T. Psychological autopsy studies — a review // *Eur Psychiatry*. — 2001. — № 16. — P. 379–385.

Isometsa E. T., Lonnqvist J. K. Suicide attempts preceding completed suicide // *British Journal of Psychiatry*. — 1998. — Vol. 173. — P. 531–535.

Jankovic J. [et al.]. Trauma and suicidality in war affected communities // *Eur Psychiatry*. — 2013. — Vol. 28, № 8. — P. 514–520.

Jick H., Kaye J. A., Jick S. S. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors // *JAMA*. — 2004. — № 292. — P. 338–343.

Johnson D. A. [et al.]. The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1983. — Vol. 67, № 5. — P. 339–352.

Joiner T. E. Why people die by suicide. — Cambridge, MA : Harvard University Press, 2005. — 266 p.

Joiner T. E., Rudd M. D. Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 2000. — Vol. 68, № 5. — P. 909–916.

Jones P. B. [et al.]. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: cost utility of the latest antipsychotic drugs in schizophrenia study (CUtLASS1) // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 2006. — Vol. 63, № 10. — P. 1079–1087.

Judd L. L. [et al.]. Subsyndromal symptomatic depression: A new mood disorder? // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 1994. — Vol. 55. — P. 18–28.

Kasckow J., Felmet K., Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia // *CNS Drugs*. — 2011. — Vol. 25, № 2. — P. 129–143.

Kausch O. Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers // *J Subst Abuse Treatment*. — 2003. — Vol. 25, № 4. — P. 263–270.

Keck P. E. Jr., Strakowski S. M., McElroy S. L. The efficacy of atypical antipsychotics in the treatment of depressive symptoms, hostility, and suicidality in patients with schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry*. — 2000. — Vol. 61, № 3. — P. 4–9.

Keenan K. [et al.]. Subthreshold symptoms of depression in preadolescent girls are stable and predictive of depressive disorders // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. — 2008. — Vol. 47, № 12. — P. 1433–1442.

Kessel N., Grossman G. Suicide in alcoholics // *British Medical Journal*. — 1965. — № 2. — P. 1671–1672.

Kessler R. C. [et al.]. Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from the National Comorbidity Survey Replication // *Psychol. Med.* — 2005. — Vol. 35, № 7. — P. 1073–1082.

Khan A. [et al.]. Sex differences in antidepressant response in recent antidepressant clinical trials // *J. Clin. Psychopharmacol.* — 2005. — № 25. — P. 318–324.

Khan A. [et al.]. Symptom reduction and suicide risk among patients treated with placebo in antipsychotic clinical trials: an analysis of the food and drug administration database // *Am. J. Psychiatry.* — 2001. — Vol. 158, № 9. — P. 1449–1454.

Kiviniemi M. [et al.]. Antipsychotics and mortality in first-onset schizophrenia: prospective Finnish register study with 5-year follow-up // *Schizophr. Res.* — 2013. — Vol. 150, № 1. — P. 274–280.

Klein D. N. [et al.]. Subthreshold depressive disorder in adolescents: predictors of escalation to full-syndrome depressive disorders // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* — 2009. — Vol. 48, № 7. — P. 703–710.

Klein J. D. Improving adolescent preventive care in community health centers // *Pediatrics.* — 2001. — Vol. 107, № 2. — P. 318–327.

Kowatch R. A. [et al.]. Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* — 2005. — № 44. — P. 213–235.

Krakowski M., Czobor P., Volavka J. Effect of neuroleptic treatment on depressive symptoms in acute schizophrenic episodes // *Psychiatry Res.* — 1997. — Vol. 71, № 1. — P. 19–26.

Kreitman N. Parasuicide. — London : John Wiley, 1967.

Kunugi H. [et al.]. Low serum cholesterol in suicide attempters // *Biol. Psychiatry.* — 1997. — Vol. 41, № 2. — P. 196–200.

Lahti A. [et al.]. Northern excess in adolescent male firearm suicides: A register-based regional study from Finland, 1972–2009 // *European Child and Adolescent Psychiatry.* — 2014. — Vol. 23, № 1. — P. 45–52.

Langhinrichsen-Rohling J., Friend J., Powell A. Adolescent suicide, gender, and culture: A rate and risk factor analysis // *Aggression and Violent Behavior.* — 2009. — Vol. 14, № 5. — P. 402–414.

Larsson B., Ivarsson T. Clinical characteristics of adolescent psychiatric inpatients who have attempted suicide // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* — 1998. — Vol. 7, № 4. — P. 201–208.

Lau M. A., Segal Z. V., Williams J. M. Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behavior // *Behavior Research and Therapy.* — 2004. — Vol. 42, № 9. — P. 1001–1017.

Leslie L. K., Gordon J. N. [et al.]. Addressing the developmental and mental health needs of young children in foster care // *J. Dev. Behav. Pediatr.* — 2005. — Vol. 26, № 2. — P. 140–151.

Lester D. Gender equality, legitimization of violence, social disorganization and rates of personal violence (suicide and homicide) in America // *Psychological Reports.* — 1992. — Vol. 71, № 2. — P. 626.

Lewinsohn P. M., Solomon A., Seeley J. R., Zeiss A. Clinical implications of «subthreshold» depressive symptoms // *Journal of Abnormal Psychology.* — 2000. — Vol. 109, № 2. — P. 345–351.

Lewis L. Mourning, insight, and reduction of suicide risk in schizophrenia // *Bull Menninger Clin.* — 2004. — Vol. 68, № 3. — P. 231–244.

Linehan M. M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. — N Y : Guilford Press, 1993. — 558 p.

Linehan M. [et al.]. Interpersonal problem solving and parasuicide // *Cognitive Therapy and Research.* — 1987. — Vol. 11. — P. 1–12.

Linehan M. M. [et al.]. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* — 1983. — Vol. 8. — P. 60–64.

Litman R. E. When patients commit suicide // *Am J Psychother.* — 1965. — Vol. 19. — P. 570–576.

Liu R. X. Vulnerability to friends' suicide influence: The moderating effects of gender and adolescent depression // *Journal of Youth and Adolescence.* — 2006. — Vol. 35. — P. 454–464.

Liu Y. [et al.]. Gender differences of suicide in Japan, 1947–2010 // *Journal of Affective Disorders.* — 2013. — Vol. 151. — P. 325–330.

Ludwig J., Marcotte D. E. Antidepressants, suicide and drug regulation // *J. Policy Anal Manage.* — 2005. — № 24. — P. 249–272.

MacLeod A. K., Rose G. S., Williams J. M. Components of hopelessness about the future in parasuicide // *Cognitive Therapy and Research.* — 1993. — Vol. 17. — P. 441–455.

Madge N. [et al.]. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study // *J. Child Psychol. Psychiatry.* — 2008. — Vol. 49, № 6. — P. 667–677.

Madsen T. [et al.]. Postdeployment suicidal ideations and trajectories of posttraumatic stress disorder in Danish soldiers: a 3-year follow-up of the USPER study // *J. Clin. Psychiatry.* — 2014. — Vol. 75, № 9. — P. 994–1000.

Mandoki M. W. [et al.]. Venlafaxine in the treatment of children and adolescents with major depression // *Psychopharmacology Bulletin.* — 1997. — Vol. 33, № 1. — P. 149–154.

Mann J. J. [et al.]. Blunted serotonergic responsivity in depressed inpatients // *Neuropsychopharmacology*. — 1995. — Vol. 13, № 1. — P. 53–64.

Mann J. J. *Neurobiology of suicide* // *Nature Medicine*. — 1998. — Vol. 4, № 1. — P. 25–30.

Mann J. J. [et al.]. ACNP Task Force report on SSRIs and suicidal behavior in youth // *Neuropsychopharmacology*. — 2006. — № 31. — P. 473–492.

Mann J. J. [et al.]. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients // *Am. J. Psychiatry*. — 1999. — Vol. 156. — P. 181–189.

Maris R. W. *How are suicides different? // Assessment and prediction of suicide* / edited by R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberg, R. I. Yutif. — NY : Guilford, 1992.

Maris R. W. *Suicide* // *The Lancet*. — 2002. — Vol. 360. — P. 319–326.

Marsanic V. B. [et al.]. The prevalence and psychosocial correlates of suicide attempts among inpatient adolescent offspring of Croatian PTSD male war veterans // *Child Psychiatry and Human Development*. — 2014. — Vol. 45. — P. 577–587.

Marshal M. P. [et al.]. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review // *J. Adolesc. Health*. — 2011. — Vol. 49, № 2. — P. 115–123.

Martinez C. [et al.]. Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression: nested case-control study // *BMJ*. — 2005. — № 19. — P. 330–389.

Marzuk P. M. [et al.]. Lower risk of suicide during pregnancy // *Am. J. Psychiatry*. — 1997. — Vol. 154, № 1. — P. 122–123.

Mathews D. C. [et al.]. Neurobiological aspects of suicide and suicide attempts in bipolar disorder // *Transl. Neurosci*. — 2013. — Vol. 4, № 2. — P. 121–124.

Matsubayashi T., Sawada Y., Ueda M. Natural disasters and suicide: evidence from Japan // *Soc. Sci. Med*. — 2013. — Vol. 82. — P. 126–133.

Meaney M. J., Szyf M., Seckl J. R. Epigenetic mechanisms of perinatal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function and health // *Trends Mol Med*. — 2007. — Vol. 13, № 7. — P. 269–277.

Meares R., Mendelsohn F. A., Milgrom-Friedman J. A sex difference in the seasonal variation of suicide rate: a single cycle for men, two cycles for women // *Br. J. Psychiatry*. — 1981. — Vol. 138. — P. 321–325.

Meehan P. J. Prevention: The end point of suicidology // *Mayo Clin Proc*. — 1990. — Vol. 65, № 1. — P. 115–118.

Meehan S.-A., Peirson A., Fridjhon P. Suicide ideation in adolescent South Africans: The role of gender and coping strategies // *South African Journal of Psychology*. — 2007. — Vol. 37, № 3. — P. 552–575.

Meltzer H. Y. Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options // *Curr. Psychiatry Rep.* — 2002. — Vol. 4, № 4. — P. 279–283.

Meltzer H. Y. Suicide and schizophrenia: clozapine and the InterSePT study. International Clozaril/Leponex Suicide Prevention Trial // *J. Clin. Psychiatry.* — 1999. — Vol. 60, № 12. — P. 47–50.

Meltzer H. Y., Okayli G. Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment // *Am. J. Psychiatry.* — 1995. — Vol. 152, № 2. — P. 183–190.

Menninger K. *Man Against Himself.* — New York : Harcourt, Brace, 1938. — 429 p.

Min J. Y., Min K. B. Suicide behaviors and health-related quality of life: results from the Korean community health survey of 393,073 adults // *J. Psychiatry.* — 2015. — 18:214. doi: 10.1172/Psychatry.1000214.

Minzenberg M. J. [et al.]. Frontal cortex control dysfunction related to long-term suicide risk in recent-onset schizophrenia // *Schizophr.* — 2014. — Vol. 157, № 1–3. — P. 19–25.

Miotto P. [et al.]. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths // *Psychiatry Research.* — 2003. — Vol. 120, № 3. — P. 247–255.

Mittendorfer-Rutz E., Rasmussen F., Lange T. A life-course study on effects of parental markers of morbidity and mortality on offspring's suicide attempt // *PLoS One.* — 2012. — Vol. 7, № 12. — doi: 10.1371/journal.pone.0051585.

Modai I. [et al.]. Sudden death in patients receiving clozapine treatment: a preliminary investigation // *J. Clin. Psychopharmacol.* — 2000. — Vol. 20, № 3. — P. 325–327.

Modestin J., Boker W. Neuroleptic therapy and suicide — review of the literature and personal results // *Fortschr Neurol Psychiatr.* — 1992. — Vol. 60, № 4. — P. 154–162.

Modestin J., Dal Pian D., Agarwalla P. Clozapine diminishes suicidal behavior: a retrospective evaluation of clinical records // *J. Clin. Psychiatry.* — 2005. — Vol. 66, № 4. — P. 534–538.

Moller H. J. Evidence for beneficial effects of antidepressants on suicidality in depressive patients: A systematic review // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* — 2006. — Vol. 256, № 6. — P. 329–343.

Montgomery S. A., Montgomery D. Pharmacological prevention of suicidal behavior // *J. Affect. Disord.* — 1982. — Vol. 4, № 4. — P. 291–298.

Morgan H. G. *Death wishes? The understanding and management of deliberate selfharm.* — London : John Wiley, 1979.

Mosciki E. K. Gender differences in completed and attempted suicide // *Ann Epidemiol.* — 1994. — Vol. 4, № 2. — P. 152–158.

Motto J. A. Suicide and suggestibility — the role of the press // *Am. J. Psychiatry.* — 1967. — Vol. 124, № 2. — P. 252–256.

Mrazek P. J., Haggerty R. J. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. — Washington, D. C.: National Academy Press, 1994. — 636 p.

Murrough J. W. [et al.]. Antidepressant efficacy of ketamine in treatment-resistant major depression: a two-site randomized controlled trial // *Am. J. Psychiatry.* — 2013. — Vol. 170, № 10. — P. 1134–1142.

Nauta M. H. [et al.]. Preventing mood and anxiety disorders in youth: A multi-centre RCT in the high risk offspring of depressed and anxious patients // *BMC Psychiatry.* — 2012. — Vol. 12. — P. 31–44.

Neeleman J., De Graaf R., Vollebergh W. The suicidal process: prospective comparison between early and later stages // *Journal of Affective Disorders.* — 2004. — Vol. 82, № 1. — P. 43–52.

Neeleman J., De Groot M. H. Suicidal tendencies, a disorder that crosses boundaries between disciplines // *Tijdschr. Psychiatr.* — 2006. — Vol. 48, № 7. — P. 533–543.

Nickel M. K. [et al.]. Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo controlled study // *Am. J. Psychiatry.* — 2006. — Vol. 163, № 5. — P. 833–838.

Nordentoft M., Madsen T., Fedyszyn I. Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 2015. — Vol. 203, № 5. — P. 387–392.

Nordstrom P. [et al.]. CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide // *Suicide Life Threat Behav.* — 1994. — Vol. 24, № 1. — P. 1–9.

Olfson M. [et al.]. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 2003. — № 60. — P. 978–982.

Oquendo M. A., Baca-Garcia E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations // *World Psychiatry: Off J. World Psychiatric Assoc.* — 2014. — Vol. 13, № 2. — P. 128–130.

Oude Voshaar R. C. [et al.]. Suicide in patients suffering from late-life anxiety disorders; a comparison with younger patients // *Int Psychogeriatr.* — 2015. — Vol. 27, № 7. — P. 1197–1205.

Pallis D. J. Clinical problems in assessing suicide risk // *Suicide — Biopsychosocial Approaches: Book of Abstracts.* — Athens, 1996. — P. 23.

Palmer D. D., Henter I. D., Wyatt R. J. Do antipsychotic medications decrease the risk of suicide in patients with schizophrenia? // *J. Clin. Psychiatry.* — 1999. — Vol. 60, № 2. — P. 100–103.

Park H. S., Koo H. Y., Schepp K. G. Predictors of suicidal ideation for adolescents by gender // *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* — 2005. — Vol. 35, № 8. — P. 1433–1442.

Park R., Goodyer I. M. Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* — 2000. — Vol. 9, № 3. — P. 147–161.

Park S. Brief report: Sex differences in suicide rates and suicide methods among adolescents in South Korea, Japan, Finland, and the US // *J. Adolesc.* — 2015. — Vol. 40. — P. 74–77.

Park S. Gender-specific factors of suicide ideation among adolescents in the Republic of Korea: A nationally representative population-based study // *Arch. Psychiatr. Nurs.* — 2013. — Vol. 27, № 5. — P. 253–259.

Patton G. C. [et al.]. Adolescent suicidal behaviours: a population-based study of risk // *Psychol. Med.* — 1997. — Vol. 27, № 3. — P. 715–724.

Petry N. M., Kiluk B. D. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 2002. — Vol. 190, № 7. — P. 462–469.

Pichikov A. A. Clinical features of suicidal behavior in young people with mental disorders — a challenge for Russian psychiatry / A. A. Pichikov, Y. V. Popov // *Collected materials the Congress of Association for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics (GAPPP) on the subject of «The challenges of demographic change — Mental illness today and tomorrow».* — German, Berlin, 2014. — P. 351.

Pichikov A. A. Multiple adolescent suicides // *Collected materials the IACAPAP 20th World Congress «Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence».* — Paris, France, 2012. — P. 174.

Pichikov A. A., Popov Y. V. Adolescent Suicides // *Collected materials the Regional Congress of the World Psychiatric Association on the subject of «Traditions and Innovations in Psychiatry».* — St. Petersburg, 2010. — P. 461–462.

Pine D. S., Cohen E., Cohen P. J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? // *Am. J. Psychiatry.* — 1999. — Vol. 156. — P. 133–135.

Pineda Roa C. A. Factors associated with suicide in adolescents and young people self-identified as lesbian, gay, and bisexual: Current state of the literature <http://www.scopus.com/authid/detail.url?authorId=56106732200&eid=2-s2.0-84897922821> // *Revista Colombiana de Psiquiatria.* — 2013. — Vol. 42. — P. 333–349.

Planansky K., Johnston R. The occurrence and characteristics of suicidal preoccupation and acts in schizophrenia // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1971. — Vol. 47, № 4. — P. 473–483.

Pokorny A. D. Suicide prediction revisited // *Suicide and Life-Threatening Behaviour.* — 1993. — Vol. 23, № 1. — P. 1–10.

Pompili M. [et al.]. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future // *Ann. Gen. Psychiatry.* — 2007. — Vol. 6. — P. 10.

Popovic D. [et al.]. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations // *Acta Psychiatr. Scand.* — 2014. — Vol. 130, № 6. — P. 418–426.

Posner K. [et al.]. The Columbia-suicide severity rating scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults // *Am. J. Psychiatry.* — 2011. — Vol. 168, № 12. — P. 1266–1277.

Posner K. [et al.]. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants // *Am. J. Psychiatry.* — 2007. — Vol. 164, № 7. — P. 1035–1043.

Qin P., Agerbo E., Westergaard-Nielsen N. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark // *Br. J. Psychiatry.* — 2000. — Vol. 177. — P. 546–550.

Radeloff D. [et al.]. National total Survey of German adolescent Suicide in Prison // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* — 2015. — Vol. 24, № 2. — P. 219–225.

Randall J. R. [et al.]. Acute risk of suicide and suicide attempts associated with recent diagnosis of mental disorders: a population-based, propensity score-matched analysis // *Can. J. Psychiatry.* — 2014. — Vol. 59, № 10. — P. 531–538.

Rapeli C. B., Botega N. J. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study // *Rev. Bras. Psiquiatr.* — 2005. — Vol. 27, № 4. — P. 285–289.

Raposo S. [et al.]. Associations between anxiety disorders, suicide ideation, and age in nationally representative samples of Canadian and American adults // *J. Anxiety Disord.* — 2014. — Vol. 28, № 8. — P. 823–829.

Ratkowska K. A., De Leo D. Suicide in immigrants: an overview // *Open J. Med. Psychol.* — 2013. — Vol. 2 — P. 124–133.

Reeves H. [et al.]. Efficacy of risperidone augmentation to antidepressants in the management of suicidality in major depressive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study // *J. Clin. Psychiatry.* — 2008. — Vol. 69, № 8. — P. 1228–1336.

Remafedi G., Farrow J. A., Deisher R. W. Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth // *Pediatrics.* — 1991. — Vol. 87, № 6. — P. 869–875.

Reutfors J. [et al.]. Medication and suicide risk in schizophrenia: a nested case-control study // *Schizophr Res.* — 2013. — Vol. 150, № 2–3. — P. 416–420.

Reyes J. C. [et al.]. Polydrug use and attempted suicide among Hispanic adolescents in Puerto Rico // *Arch. Suicide Res.* — 2011. — Vol. 15, № 2. — P. 151–159.

Rich C. L. [et al.]. Some differences between men and women who commit suicide // *Am J Psychiatry*. — 1988. — Vol. 145, № 6. — P. 718–722.

Rissanen I. [et al.]. Use of antipsychotic medication and suicidality — the Northern Finland Birth Cohort 1966 // *Hum. Psychopharmacol.* — 2012. — Vol. 27, № 5. — P. 476–485.

Ritsner M. [et al.]. Quality of life outcomes of risperidone, olanzapine, and typical antipsychotics among schizophrenia patients treated in routine clinical practice: a naturalistic comparative study // *J. Clin. Psychopharmacol.* — 2004. — Vol. 24, № 6. — P. 582–591.

Robinson J. [et al.]. Suicide attempt in first-episode psychosis: A 7.4 year follow-up study // *Schizophrenia Research*. — 2010. — Vol. 116. — P. 1–8.

Rodham K., Hawton K., Evans E. Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 2004. — Vol. 43, № 1. — P. 80–87.

Roen K., Scourfield J., McDermott E. Making sense of suicide: a discourse analysis of young people's talk about suicidal subjecthood // *Soc. Sci. Med.* — 2008. — doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.019.

Roy A., Janal M. Gender in suicide attempt rates and childhood sexual abuse rates: is there an interaction? // *Suicide Life Threat Behav.* — 2006. — Vol. 36, № 3. — P. 329–335.

Rozanov V. A. Epigenetics: Stress and Behavior // *Neurophysiology*. — 2012. — Vol. 44. — P. 332–350.

Rubino A. [et al.]. Risk of suicide during treatment with venlafaxine, citalopram, fluoxetine, and dothiepin: retrospective cohort study // *BMJ*. — 2007. — Vol. 334, № 7587. — P. 242.

Rucci P. [et al.]. Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics // *J. Affect Disord.* — 2003. — Vol. 76, № 1–3. — P. 171–181.

Rujesku D. [et al.]. Molecular genetics findings in suicidal behavior: what is beyond the serotonergic system? // *Arch. Suicide Res.* — 2007. — Vol. 11, № 1. — P. 17–40.

Runeson B. Parasuicides without follow-up // *Nord J. Psychiatry*. — 2001. — Vol. 55, № 5. — P. 319–323.

Rutz E. M., Wasserman D. Trends in adolescent suicide mortality in the WHO European Region // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. — 2004. — Vol. 13, № 5. — P. 321–331.

Sakinofsky I. Barriers to suicide — Strategies at Bloor Viaduct // *BMJ*. — 2010. — doi: 10.1136/bmj.c4447.

Sakinofsky I. Preventing suicide among inpatients // *Can. J. Psychiatry*. — 2014. — Vol. 59, № 3. — P. 131–140.

Sanacora G. [et al.]. Targeting the glutamatergic system to develop novel, improved therapeutics for mood disorders // *Nat. Rev. Drug Discov.* — 2008. — Vol. 7, № 5. — P. 426–437.

Sandyk R. [et al.]. Risk factors for neuroleptic-induced movement disorders // *Int. J. Neurosci.* — 1991. — Vol. 61, № 3–4. — P. 149–188.

Sartorius N. [et al.]. Antidepressants and other treatments of depressive disorders: A CINP Task Force report based on a review of evidence // *International Journal of Neuropsychopharmacology.* — 2007. — № 10, Suppl. 1. — P. 1–207.

Sarwer D. B. The psychological aspects of cosmetic breast augmentation // *Plast. Reconstr. Surg.* — 2007. — Vol. 120, № 7. — P. 110–117.

Sawicka J., Szulc A., Bachorzewska-Gajewska H. Suicides among patients with mental disorders — case studies // *Psychiatr. Pol.* — 2013. — Vol. 47, № 1. — P. 135–146.

Schmidtke A. [et al.]. Suicide rates in the world: an update // *Arch Suicide Res.* — 1999. — Vol. 5. — P. 81–89.

Seemuller F. [et al.]. Akathisia and suicidal ideation in first-episode schizophrenia // *J. Clin. Psychopharmacol.* — 2012. — Vol. 32, № 5. — P. 694–698.

Seligman M. E. [et al.]. Depressive attributional style // *J. Abnorm. Psychol.* — 1979. — Vol. 88, № 3. — P. 242–247.

Sernyak M. J. [et al.]. Impact of clozapine on completed suicide // *Am. J. Psychiatry.* — 2001. — Vol. 158, № 6. — P. 931–937.

Shaffer D. [et al.]. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide // *Archives of General Psychiatry.* — 1996. — № 53. — P. 339–348.

Shankman S. A. [et al.]. Subthreshold conditions as precursors for full syndrome disorders: A 15-year longitudinal study of multiple diagnostic classes // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* — 2009. — Vol. 50, № 12. — P. 1485–1494.

Sher L. Testosterone and suicidal behavior // *Expert Rev. Neurother.* — 2012. — Vol. 12, № 3. — P. 257–259.

Shneidman E. Preventing suicide // *Am. J. Nurs.* — 1965. — Vol. 65. — P. 111–116.

Shneidman E. S. Suicidology and the university: a founder's reflections at 80 // *Suicide Life Threat Behav.* — 2001. — Vol. 31, № 1. — P. 1–8.

Shneidman E. S., Farberow N. L., Litman R. E. *The Psychology of Suicide.* — NY : Science House, 1970. — 719 p.

Shojaei A. [et al.]. The Association between Completed Suicides and Season of the Year in an Iranian Population // *Iran J. Public Health.* — 2013. — Vol. 42, № 3. — P. 293–297.

Silenzio V. M. [et al.]. Connecting the invisible dots: Reaching lesbian, gay, and bisexual adolescents and young adults at risk for suicide through

online social networks // Soc. Sci. Med. — 2009. — Vol. 69, № 3. — P. 469–474.

Silverman M. M. [et al.]. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: suicide related ideations, communications, and behaviors // *Suicide Life Threat Behav.* — 2007. — Vol. 37, № 3. — P. 264–277.

Simon G. E. [et al.]. Suicide risk during antidepressant treatment // *Am. J. Psychiatry.* — 2006. — № 163. — P. 41–47.

Simon O. R. [et al.]. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* — 2001. — Vol. 32, № 1. — P. 49–59.

Sinyor M., Schaffer A., Streiner D. L. Characterizing suicide in Toronto: an observational study and cluster analysis // *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.* — 2014. — Vol. 59, № 1. — P. 26–33.

Siris S. G. Suicide and schizophrenia // *J. Psychopharmacol.* — 2001. — Vol. 15, № 2. — P. 127–135.

Snyder C. R. The psychology of hope: You can get there from here. — NY : Free Press, 1994. — 428 p.

Soor G. S. [et al.]. The effects of gender on adolescent suicide in Ontario, Canada // *J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* — 2012. — Vol. 21, № 3. — P. 179–185.

Spivak B. [et al.]. Diminished suicidal and aggressive behavior, high plasma norepinephrine levels, and serum triglyceride levels in chronic neuroleptic-resistant schizophrenic patients maintained on clozapine // *Clin. Neuropharmacol.* — 1998. — Vol. 21, № 4. — P. 245–250.

Stack S. Suicide among artists // *J. Soc. Psychol.* — 1997. — Vol. 137, № 1. — P. 129–130.

Stalenheim E. G. Relationships between attempted suicide, temperamental vulnerability and violent criminality in a Swedish forensic psychiatric population // *Eur. Psychiatry.* — 2001. — Vol. 16, № 7. — P. 386–394.

Stefanello S. [et al.]. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPREMISS) from Campinas, Brazil // *Rev. Bras. Psiquiatr.* — 2007. — Vol. 30, № 2. — P. 139–143.

Stengel E. Enquiries into attempted suicide // *Proc. R. Soc. Med.* — 1952. — Vol. 45, № 9. — P. 613–620.

Stone L. B., Liu R. T., Yen S. Adolescent inpatient girls report of dependent life events predicts prospective suicide risk // *Psychiatry Res.* — 2014. — Vol. 219, № 1. — P. 137–142.

Storosum J. G. [et al.]. Suicide risk in placebo vs active treatment in placebo-controlled trials for schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 2003. — Vol. 60, № 4. — P. 365–368.

Suppes T. [et al.]. Clinical outcome in a randomized 1-year trial of clozapine versus treatment as usual for patients with treatment-resistant illness and a history of mania // *Am. J. Psychiatry.* — 1999. — Vol. 156, № 8. — P. 1164–1169.

Swedo S. E. [et al.]. Can adolescent suicide attempters be distinguished from at-risk adolescents? // *Pediatrics.* — 1991. — Vol. 88, № 3. — P. 620–629.

Szumilas M., Kutcher S. Post-suicide intervention programmes: a systematic review // *Can. J. Public Health.* — 2011. — Vol. 102, № 1. — P. 18–29.

Szyf M. DNA methylation, the early-life social environment and behavioral disorders // *J. Neurodev. Disord.* — 2011. — Vol. 3, № 3. — P. 238–249.

Szyf M. The early life environment and the epigenome // *Biochim Biophys Acta.* — 2009. — Vol. 1790, № 9. — P. 878–885.

Taiminen T. J., Kujari H. Antipsychotic medication and suicide risk among schizophrenic and paranoid inpatients. A controlled retrospective study // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1994. — Vol. 90, № 4. — P. 247–251.

Taliaferro L., Muehlenkamp J. Risk and protective factors that distinguish adolescents who attempt suicide from those who only consider suicide in the past year // *Suicide Life Threat Behav.* — 2014. — Vol. 44, № 1. — P. 6–22.

Thompson W. N., Gazel R., Rickman D. The social costs of gambling in Wisconsin // *Wisconsin Policy Research Institute Report.* — 1996. — Vol. 9. — P. 1–44.

Tiihonen J. [et al.]. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* — 2011. — Vol. 168, № 6. — P. 603–609.

Tiihonen J. [et al.]. Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalization due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study // *BMJ.* — 2006. — Vol. 333, № 7561. — P. 224.

Tsirigotis K., Gruszczynski W., Tsirigotis M. Gender differentiation in methods of suicide attempts // *Med. Sci. Monit.* — 2011. — Vol. 17, № 8. — P. 65–70.

Tuisku V. [et al.]. Suicidal ideation, deliberate self-harm behavior and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders // *Eur. Child and Adolesc. Psychiatry.* — 2006. — Vol. 15, № 4. — P. 199–206.

Turecki G. [et al.]. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior // *Trends Neurosci.* — 2012. — Vol. 35, № 1. — P. 14–23.

Ulcickas Yood M. [et al.]. Epidemiologic study of aripiprazole use and the incidence of suicide events // *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* — 2010. — Vol. 19, № 11. — P. 1124–1130.

Unick G. J., Snowden L., Hastings J. Heterogeneity in comorbidity between major depressive disorder and generalized anxiety disorder and its clinical consequences // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 2009. — Vol. 197, № 4. — P. 215–224.

Vajda J., Steinbeck K. Factors associated with repeat suicide attempters among adolescents // *Aust. NZJ. Psychiatry.* — 2000. — Vol. 34, № 3. — P. 437–445.

Valuck R. J. [et al.]. Antidepressant treatment and risk of suicide attempt by adolescents with major depressive disorder: a propensity-adjusted retrospective cohort study // *CNS Drugs.* — 2004. — № 18. — P. 1119–1132.

Van Heeringen K., Hawton K., Williams J. M. Pathways to suicide: an integrative approach // *The International Handbook of Suicide and Suicidal Behaviour* / Eds. K. Hawton, K. Van Heeringen. — Chichester : Wiley, 2000. — P. 223–237.

Van Oekelen D., Luyten W. H., Leysen J. E. 5-HT_{2A} and 5-HT_{2C} receptors and their atypical regulation properties // *Life Sci.* — 2003. — Vol. 72, № 22. — P. 2429–2449.

Van Putten T., May R. P. «Akinetic depression» in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 1978. — Vol. 35, № 9. — P. 1101–1107.

Van Spijker B. A. J. [et al.]. Reducing suicidal ideation: Cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help // *Journal of Medical Internet Research.* — 2012. — Vol. 14, № 5. — P. 141.

Viner M. W. [et al.]. Low-dose risperidone augmentation of antidepressants in nonpsychotic depressive disorders with suicidal ideation // *J. Clin. Psychopharmacol.* — 2003. — Vol. 23, № 1. — P. 104–106.

Von Knorring A. L. [et al.]. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of citalopram in adolescents with major depressive disorder // *Journal of Clinical Psychopharmacology.* — 2006. — Vol. 26, № 3. — P. 311–315.

Wagner K. D. [et al.]. A randomized placebo-controlled trial of citalopram for the treatment of major depression in children and adolescents // *American Journal of Psychiatry.* — 2004. — № 161. — P. 1079–1083.

Walrath C. M. [et al.]. Suicide attempts in the «comprehensive community mental health services for children and their families» program // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* — 2001. — Vol. 40, № 10. — P. 1197–1205.

Warnez S., Alessi-Severini S. Clozapine: a review of clinical practice guidelines and prescribing trends // *BMC Psychiatry.* — 2014. — № 14. — P. 102.

Wasserman C. [et al.]. Suicide prevention for youth — a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study // *BMC Public Health*. — 2012. — Vol. 12. — P. 776.

Wasserman D., Terenius L. The role of genetics in promoting suicide prevention and the mental health of the population // *Eur. Psychiatry*. — 2010. — Vol. 25, № 5. — P. 249.

Wasserman D., Cheng Q., Jiang G. X. Global suicide rates among young people aged 15–19 // *World Psychiatry*. — 2005. — Vol. 4, № 2. — P. 114–120.

Wassermann D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process // *Suicide — an unnecessary death*. — London : Martin Dunitz, 2001. — P. 13–27.

Weisler R. H. [et al.]. Analysis of suicidality in pooled data from 2 double-blind, placebo-controlled aripiprazole adjunctive therapy trials in major depressive disorder // *J. Clin. Psychiatry*. — 2011. — Vol. 72, № 4. — P. 548–555.

WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update. Geneva: World Health Organization, 2013. — URL: http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en (18.09.2016).

Wilkinson G., Bacon N. A. A clinical and epidemiological survey of parasuicide and suicide in Edinburgh schizophrenics // *Psychol. Med.* — 1984. — Vol. 14, № 4. — P. 899–912.

Williams C., Davidson J., Montgomery I. Impulsive suicidal behavior // *J. Clin. Psychol.* — 1980. — Vol. 36, № 1. — P. 90–94.

Williams C. L. [et al.]. Evaluation and disposition of Medicaid-insured children and adolescents with suicide attempts // *Acad. Pediatr.* — 2015. — Vol. 15, № 1. — P. 36–40.

Williams J. M. [et al.]. Problem solving d[eteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation // *J. Abnorm. Psychol.* — 2005. — Vol. 114, № 3. — P. 421–431.

Williams J. M., Pollock L. R. Factors mediating suicidal behavior: their utility in primary and secondary prevention // *J. Ment. Health*. — 1993. — Vol. 2. — P. 3–24.

Wittchen H.-U., Nelson G. B., Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults // *Psychol. Med.* — 1998. — Vol. 28, № 1. — P. 109–126.

Wittchen H.-U. [et al.]. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 1994. — Vol. 51, № 5. — P. 355–364.

Wohlfarth T. D. [et al.]. Antidepressants use in children and adolescents and the risk of suicide // *Eur. Neuropsychopharmacol.* — 2006. — № 16. — P. 79–83.

Wooltorton E. Paroxetine (Paxil, Seroxat): Increased risk of suicide in pediatric patients // Canadian Medical Association Journal. — 2003. — Vol. 169, № 5. — P. 446.

Wunderlich U., Bronisch T., Wittchen H.-U. Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. — 1998. — Vol. 248, № 2. — P. 87–95.

Yassa R., Jones B. D. Complications of tardive dyskinesia: a review // Psychosomatics. — 1985. — Vol. 26, № 4. — P. 305–307.

Zalsman G. T., Lewy T., Shoval G. Interaction of child and family leading to suicidal behavior // Psychiatr. Clin. North Am. — 2008. — Vol. 31. — P. 237–246.

Zarate C. A. Jr. [et al.]. A randomized trial of a low-trapping nonselective N-methyl-D-aspartate channel blocker in major depression // Biol. Psychiatry. — 2013. — Vol. 74, № 4. — P. 257–264.

Zarate C. A. Jr. [et al.]. A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression // Arch. Gen. Psychiatry. — 2006. — Vol. 63, № 8. — P. 856–864.

Zarate C. A. Jr. [et al.]. Replication of ketamine's antidepressant efficacy in bipolar depression: a randomized controlled add-on trial // Biol. Psychiatry. — 2012. — Vol. 71, № 11. — P. 939–946.

Zeng R. [et al.]. Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder // Psychiatry Res. — 2015. — Vol. 226, № 1. — P. 361–367.

Zerwas S. [et al.]. The incidence of eating disorders in a Danish register study: Associations with suicide risk and mortality // J. Psychiatr. Res. — 2015. — Vol. 65. — P. 16–22.

Zhang J., Xu H. The effects of religion, superstition and perceived gender inequality on the degree of suicide intent: A study of serious attempters in China // Omega. — 2007. — Vol. 55, № 3. — P. 185–197.

Zung W. W. A self-rating depression scale // Arch. Gen. Psychiatry. — 1965. — Vol. 12. — P. 63–70.

Научное издание

Попов Юрий Васильевич,
Пичиков Алексей Александрович

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
У ПОДРОСТКОВ**

Редактор *Тимачева П. А.*
Корректор *Терентьева А. Н.*
Дизайн и компьютерная верстка *Илюхиной И. Ю.*

Подписано в печать 18.04.2017. Формат 60 × 88 ¹/₁₆.
Печ. л. 23. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15,
тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12,
<http://www.speclit.spb.ru>

Первая Академическая типография „Наука“.
199034, Санкт-Петербург, 9 линия, 12.

ISBN 978-5-299-00891-3



9 785299 008913