Суицидология

№ 1 (22)
Том 7 2016

Suicidology

рецензируемый научно-практический журнал
выходит 4 раза в год

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

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

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

Ю.Е. Разводовский
Алкоголь и суициды в России, Украине и Беларуси: сравнительный анализ трендов 3

Е.Б. Любов, А.Н.Паршин
Клинико-экономические исследования суицидального поведения 11

А.В. Меринов, М.А. Байкова
Анализ влияния наличия веры в Бога на суицидологические показатели и клинико-психологические характеристики студентов старших курсов ВУЗа 29

Н.И. Распопова, А.Ю. Толстикова
Сравнительный анализ психопатологических механизмов гомицидов и суицидов у больных шизофренией 40

С.В. Харитонов, Л.Г. Магурдумова
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и суицидальный риск 46

С.Г. Носов, Л.Н. Юрьева
Суицидальная активность больных эпилепсией при лечении антиэпилептическими препаратами 55

Д.Г. Трунов
Определение суицида: поиск критериев 64

Информация для авторов 68

EDITOR IN CHIEF

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

RESPONSIBLE SECRETARY

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

EDITORIAL COLLEGE

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

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

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

Адрес редакции: г. Тюмень,
ул. 30 лет Победы, д. 81А,
оф. 201, 202
Адрес для переписки: 625041,
г. Тюмень, а/я 4600
Телефон: (3452) 73-27-45
Факс: (3452) 54-07-07
E-mail: sibir@sibtel.ru
Заказ № 67. Тираж 1000 экз.
Подписан в печать 21.03.2016 г.
Распространяется по подписке

ISSN 2224-1264

Contents

Y.E. Razvodovsky
Alcohol and suicides in Russia, Ukraine and Belarus: a comparative analysis of trends 3

E.B. Lyubov, A.N. Parshin
The clinical and economic studies of suicidal behavior .. 11

A.V. Merinov, M.A. Baykova
Analysis of the influence of the availability of faith in God on suicidological indicators and clinical-psychological characteristics of students of senior courses of the University 29

N.I. Raspopova, A.J. Tolstikova
The comparative analysis of psychopathological mechanisms of homicides and suicides in patients with schizophrenia 40

S.V. Kharitonov, L.G. Maguruma
Selective inhibitors of serotonin reuptake and the risk of suicide 46

S.G. Nosov, L.N. Yuryeva
Suicidal activity of patients with epilepsy in the treatment of anti-epileptic drugs..... 55

D.G. Trunov
The definition of suicide: description of criteria 64

Information 68

Интернет-ресурсы:
http://**www.tyumsmu.ru**/aspirantam/journal-suicidology.html
www.elibrary.ru,
www.psychiatr.ru
www.medpsy.ru
www.cyberleninka.ru http://**cyberleninka.ru**/journal/n/suicidology
http://**globalf5.com**/Zhurnaly/Psihologiya-i-pedagogika/suicidology/

При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.

На 1 странице обложки: Г. Каньяччи «Смерть Клеопатры», 1660 г.

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

УДК: 616.89–008

АЛКОГОЛЬ И СУИЦИДЫ В РОССИИ, УКРАИНЕ И БЕЛАРУСИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРЕНДОВ

Ю.Е. Разводовский

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Контактная информация:

Разводовский Юрий Евгеньевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории УО «Гродненский государственный медицинский университет». Адрес: Республика Беларусь, 230009, г. Гродно, ул. Горького, 80. Телефон: +375-152-70-18-84, e-mail: razvodovsky@tut.by

Несмотря на снижение уровня суицидов, наблюдающееся на протяжении последнего десятилетия, в России, Украине и Беларуси этот показатель остается достаточно высоким. Целью настоящего исследования было установить, может ли алкогольный фактор объяснить резкие колебания уровня суицидов в России, Украине и Беларуси в Советский и пост-Советский период. Проведен сравнительный анализ динамики уровня продажи алкоголя и уровня суицидов в трех странах в период с 1970 по 2014 годы. Анализ парных корреляций по Спирману выявил наличие позитивной связи между алкоголем и суицидами в России ($r=0,9$; $p<0,000$), Украине ($r=0,41$; $p<0,050$) и Беларуси ($r=0,82$; $p<0,000$) в период с 1970 по 1991 годы. Эти показатели отрицательно коррелируют в России ($r=-0,47$; $p<0,030$), Украине ($r=-0,94$; $p<0,000$) и Беларуси ($r=-0,41$; $p<0,050$) в период с 1992 по 2014 годы. Результаты настоящего исследования говорят о том, что колебания уровня суицидов в России, Украине и Беларуси в Советский период ассоциируются с уровнем продажи алкоголя. В тоже время, продажа алкоголя не может объяснить колебания уровня суицидов в этих странах в пост-Советский период, что, вероятнее всего, обусловлено снижением качества статистических данных. Сравнительный мониторинг динамики уровня суицидов в бывших Советских республиках представляется актуальной задачей дальнейших исследований.

Ключевые слова: продажа алкоголя, суициды, Россия, Украина, Беларусь, 1970-2014.

Несмотря на снижение уровня суицидов, наблюдающееся на протяжении последнего десятилетия, в России, Украине и Беларуси этот показатель остается достаточно высоким [1-3]. Резкие колебания уровня самоубийств в бывших Советских республиках широко обсуждались в научной литературе, однако, исследователи так и не пришли к единому мнению относительно причины этих колебаний [4-14]. Несмотря на то, что все бывшие Советские республики на протяжении последних десятилетий были вовлечены в процесс социальной трансформации, эффект этой трансформации на уровень суицидов не был идентичным [4, 7, 15].

Сравнительные исследования между разными странами могут оказаться полезными в изучении влияния социально-политических и макроэкономических факторов на уровень суицидов. Бывшие Советские республики Россия, Украина и Беларусь имеют общую историю и схожий путь социально-экономического развития в Советский период. Однако эти общие предпосылки резко контрастируют с различиями социально-экономических моделей, которые эти страны выбрали после распада Советского Союза [15]. В сравнительной перспективе в пост-Советский период Беларусь выбрала путь менее радикальных социально - экономических реформ с сохранение командно - административной системы и низким уровнем приватизации. Напротив, в России и Украине были проведены радикальные экономические реформы, сопровождавшиеся кампанией массовой приватизации [15].

Алкоголь является одним из основных факторов высокого уровня преждевременной смертности в Славянских республиках бывшего Советского Союза [16-19]. В России, например, алкоголь ответственен за 59% всех смертей мужчин и 33% всех смертей женщин трудоспособного возраста [20]. В Украине алкогольная смертность составляет 40% от общей смертности мужчин и 22% от смертности

женщин в возрасте 20-64 лет [21]. Соответствующие цифры для Беларуси составляют 28,4% от общей смертности мужчин и 16,4% от смертности женщин [22]. Несмотря на некоторые позитивные изменения в последние годы, Россия, Украина и Беларусь, по-прежнему, занимают лидирующие позиции в мире по уровню потребления алкоголя [23]. Все эти страны имеют схожий паттерн, характеризующийся потреблением большого количества крепкого алкоголя в течение одной выпивки [15, 24, 25].

Накопленные данные говорят о том, что сочетание культуральной приемлемости пьянства, высокого уровня потребления крепких алкогольных напитков и «фестивального» стиля потребления алкоголя является ключевым фактором высокого уровня суицидов в бывших Советских республиках [26-32].

В недавнем исследовании на индивидуальном уровне было показано, что злоупотребление алкоголем является причиной почти половины всех самоубийства среди Российских мужчин [3].

Связь между алкоголем и суицидом в России и Беларуси была установлена во многих исследованиях, проведенных на популяционном уровне [9, 10, 26-29]. В тоже время, в некоторых исследованиях было показано отсутствие связи между алкоголем и суицидами в этих странах на популяционном уровне в пост-Советский период [5, 7].

Учитывая противоречивость этих данных, целью настоящего исследования было установить, может ли алкогольный фактор объяснить резкие колебания уровня суицидов в России, Украине и Беларуси в Советский и пост-Советский период.

Материалы и методы.

Данные уровня суицидов в расчете на 100 тысяч населения взяты из базы данных ВОЗ. Данные уровня продажи алкоголя в литрах на душу населения основаны на данных национальных статистических агентств.

С целью изучения связи между уровнем продажи алкоголя и уровнем суицидов в Советский и пост-Советский период, временные ряды были разделены на два периода: период с 1970 по 1991 гг. и период с 1992 по 2014 гг. Анализ связи между независимой переменной (уровень продажи алкоголя) и зависимой переменной (уровень суицидов) проводился с помощью анализа парных корреляций Спирмана с использованием статистического пакета «Статистика».

Результаты исследования.

Средний уровень суицидов в рассматриваемый период в России, Украине и Беларуси составил соответственно 31,3±6,1, 22,3±3,7 и 25,9±5,5 на 100000 населения.

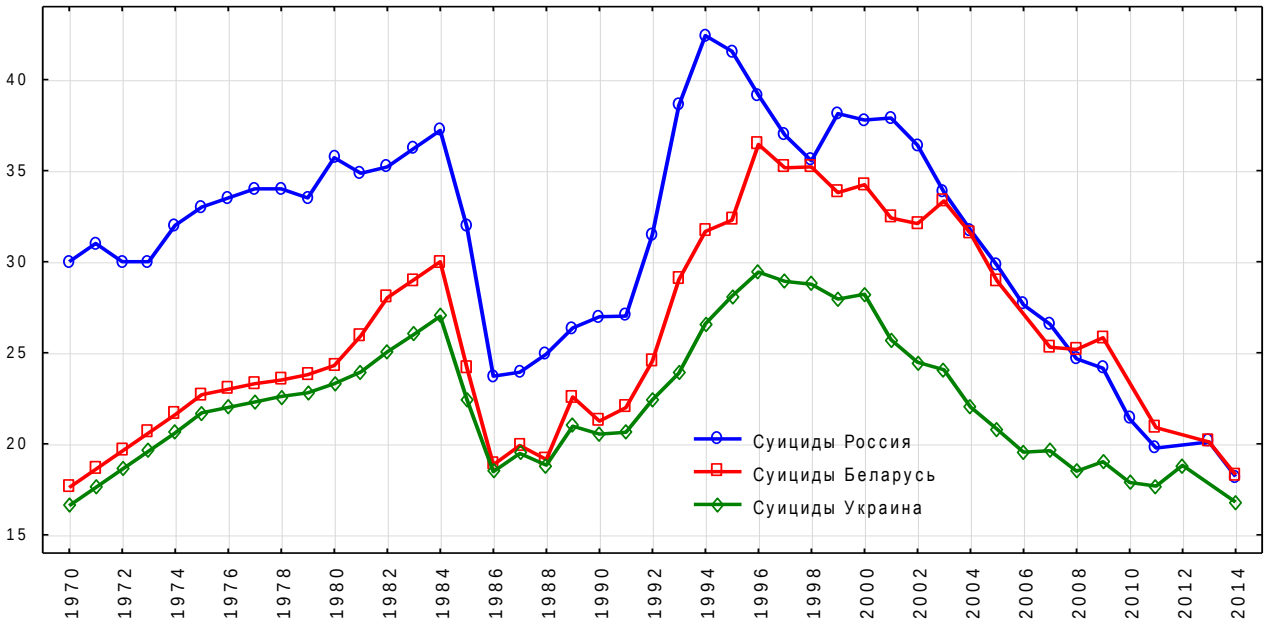

Рис. 1. Динамика уровня суицидов в России, Украине и Беларуси в период с 1970 по 2014 годы.

В целом, тренды уровня суицидов в трех странах демонстрировали схожий паттерн: линейный рост в 70-е годы, резкое снижение в середине 80-х, за которым последовал резкий рост в первой половине 90-х, после чего этот показатель стал снижаться (рис. 1).

В тоже время, тренды уровня суицидов в трех странах существенно различались в пост-Советский период. В Россий уровень суицидов резко вырос в период с 1991 по 1994 гг. (+57,3%), после чего стал снижаться, а затем снова вырос в период с 1999 по 2001 гг. В Беларуси и Украине уровень суицидов резко вырос в период с 1991 по 1996 гг. (+67,3% и +42,7% соответственно), после чего стал снижаться.

Сравнительный анализ трендов показывает, что в 70-х годах уровень суицидов в Беларуси и Украине был существенно ниже, чем в России, однако в последние годы эта разница практически нивелировалась.

Средний уровень продажи алкоголя в России, Украине и Беларуси в рассматриваемый период составил 8,4±1,8, 6,3±1,7 и 8,6±2,0 литров на душу населения соответственно. Графические данные говорят о том, что тренды уровня продажи алкоголя в трех странах в Советский период были схожи: данный показатель рос в 70-е годы, несколько снизился в начале 80-х, а затем резко снизился в период с 1984 по 1987 гг. (рис. 2).

После распада Советского Союза уровень продажи алкоголя в России резко вырос в период с 1992 по 1995 гг., существенно снизился в 1996 году, рос постепенно вплоть до 2007, после чего стал снижаться. В пост-Советской Беларуси уровень продажи алкоголя рос практически линейно с несколькими осцилляциями вплоть до 2005 года, затем резко вырос в период с 2006 по 2011, после чего стал снижаться. В Украине уровень продажи алкоголя существенно снизился в период с 1991 по 1996 гг., резко вырос в период с 1996 по 2008 гг., после чего так же стал снижаться.

Графические данные говорят о том, что в Советский период тренды уровня продажи алкоголя и уровня суицидов были достаточно схожи во всех трех странах. В тоже время, в пост-Советский период эти тренды существенно различались: в период с 2000 по 2007 гг. уровень суицидов снижался на фоне роста уровня продажи алкоголя. Результаты корреляционного анализа говорят о наличии статистически значимой положительной корреляции между уровнем потребления алкоголя и уровнем суицидов во всех трех странах в Советский период. В тоже время, эти показатели отрицательно коррелируют в пост-Советский период (табл. 1).

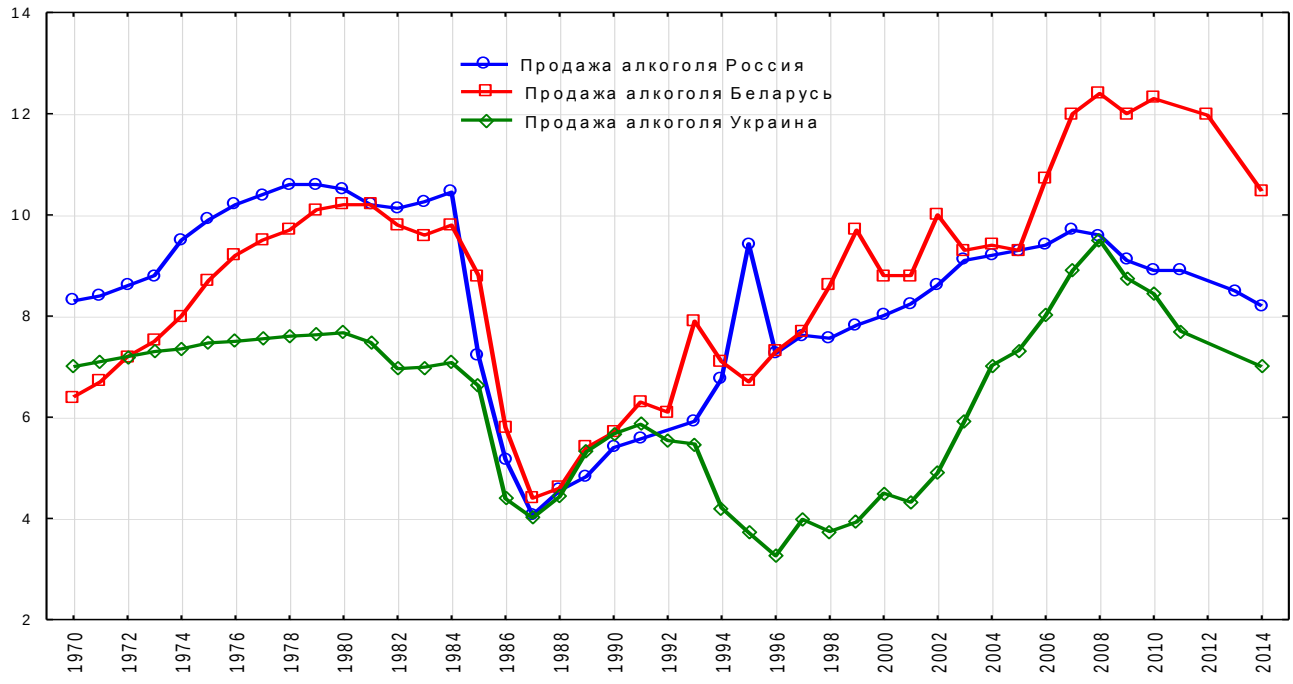

Рис. 2. Динамика уровня продажи алкоголя в России, Украине и Беларуси в период с 1970 по 2014 годы.

Таблица 1

Результаты корреляционного анализа

Страна	1970-1991		1992-2014	
	r	p	r	p
Россия	0,90	0,000	-0,47	0,030
Украина	0,41	0,050	-0,94	0,000
Беларусь	0,82	0,000	-0,41	0,050

Обсуждение результатов.

Результаты корреляционного анализа выявили наличие позитивной связи на популяционном уровне между алкоголем и суицидами в России, Украине и Беларуси в Советский период. Эффект влияния алкоголя на уровень суицидов примерно одинаков в России и Беларуси, и несколько ниже в Украине. Совершенно очевидно, что резкое снижение уровня самоубийств в середине 80-х годов явилось следствием снижения доступности алкоголя в период антиалкогольной кампании. Данный факт убедительно свидетельствует о том, что алкоголь не ограничивается посредничеством между психосоциальным дистрессом и самоубийствами, играя роль средства патологической адаптации, а является одним из ключевых факторов риска суицидального поведения.

Распад Советского Союза в 1991 году вызвал социально-экономический кризис, который имел драматические последствия для состояния физического и психического здоровья населения [6, 14, 17]. Уровень суицидов, считающийся индикатором психосоциального дистресса, в этот период резко вырос [5, 14, 17]. Одной из возможных причин различий в динамике уровня данного показателя в бывших Советских республиках могут быть различия в экономических стратегиях, которые они выбрали. Сравнительный анализ показал, что уровень суицидов среди мужчин в бывших Советских республиках строго ассоциируется с состоянием макроэкономики [6]. Быстрая массовая приватизация и резкий рост безработицы считается одной из главных причин резкого роста уровня смертности в России в начале 90-х годов прошлого века [15]. Связь между макроэкономической нестабильностью, безработицей и уровнем суицидов хорошо документирована [6]. В недавнем исследовании, в котором были использованы данные из 27 стран Европы и 27 стран других регионов, была показана тесная связь уровнем безработица и уровнем суицидов [33]. Кроме того, кросс-секционный анализ данных из 13 стран бывшего Советского Союза показал, что такие переменные как уровень безработицы и валовой внутренний продукт в значительной степени влияют на уровень суицидов [7].

Существуют, однако, данные, указывающие на то, что рост уровня суицидов не является обязательным атрибутом социально-экономического кризиса. К примеру, экономический кризис 2008 года не сопровождался ростом уровня суицидов в странах Балтии [34]. Кроме того, в одном из кросс-секционных анализов было показано, что различные социально-экономические индикаторы не коррелируют с уровнем суицидов в бывших Советских республиках [8]. В тоже время, уровень потребления алкоголя сохранил свою позицию в качестве предиктора уровня суицидов, даже после включения в модель социально-экономических показателей [8]. Следует отметить, что амплитуда колебаний уровня суицидов в переходный период в России и Беларуси была схожей, несмотря на различия в темпах экономических реформ. В тоже время, имели место существенные различия в динамике уровня суицидов в России и Украине, несмотря на схожие темпы экономических реформ. Эти эмпирические данные косвенно говорят о том, что быстрая массовая приватизация, рост безработицы и вызванный ими психосоциальный дистресс не в состоянии объяснить различия в динамике уровня суицидов между странами в переходный период.

Скачок уровня суицидов в России в период с 1999 по 2001 гг. в какой-то степени может быть связан с последствиями финансового кризиса 1998 года. С другой стороны, этот рост мог быть обусловлен увеличением доступности алкоголя, вследствие снижения его стоимости относительно продуктов питания [26]. Примечательно то, что Глобальный экономический кризис 2008 года не оказал влияния на уровень суицидов в бывших Советских республиках. Начиная с 2001 года, уровень суицидов в России стал снижаться. Остается не совсем понятным, является ли это снижение продолжением циклических колебаний уровня смертности,

отмечавшееся в России на протяжении последних десятилетий [1, 35], либо в данном случае имеет место вмешательство какой-то неизвестной переменной. Некоторые исследователи склонны считать, что снижение уровня суицидов, отмечавшееся в России на протяжении последнего десятилетия, явилось следствием вступлением в силу новых антиалкогольных законов в 2006 году, которые увеличили контроль государства за алкогольным рынком [1, 36]. В анализе временных переменных с использованием ежемесячных данных было показано, что введение новых антиалкогольных законов снизило уровень суицидов среди мужчин на 9%, что эквивалентно сохранению 4000 жизней ежегодно [36].

В тоже время, имеются основания усомниться в том, что снижение уровня суицидов на протяжении последнего десятилетия можно полностью отнести на счет эффекта новых антиалкогольных законов, поскольку тенденция снижения уровня суицидов началась до вступления этих законов в силу. Кроме того, схожая тенденция отмечалась в Украине и Беларуси, несмотря на отсутствие каких-либо законодательных инициатив, способных существенным образом повлиять на алкогольный рынок в этих странах. По всей вероятности, снижение уровня суицидов в России на протяжении последнего десятилетия является отражением регионального паттерна, который совпал по времени с принятием новых антиалкогольных законов. Не исключено, что снижение уровня самоубийств в бывших Советских республиках в какой-то степени является следствием макроэкономической стабилизации.

Следует отметить ряд ограничений данного исследования, которые могли оказать влияние на полученные результаты. В первую очередь речь идет о ненадежности официальных данных уровня продажи алкоголя, особенно в пост-Советский период. Отмена государственной алкогольной монополии и появление частной торговой сети в переходный период существенно затруднило сбор данных уровня продажи алкоголя, что негативным образом отразилось на качестве статистических данных [17]. Кроме того, в этот период резко вырос уровень потребления незарегистрированного алкоголя [11, 37]. В сравнительном аспекте Украина имеет наибольший удельный вес незарегистрированного алкоголя в структуре его потребления, причем этот показатель резко вырос в пост-Советский период [11]. Согласно экспертным оценкам, незарегистрированный алкоголь занимает около 2/3 от общего уровня потребления алкоголя [21].

Другой потенциальной проблемой может быть качество данных уровня суицидов, учитывая увеличение числа смертей от неустановленных причин, которое отмечается в последние годы в бывших Советских республиках [38]. Снижение качества статистических данных может являться основной причиной, затрудняющей установление связи между потреблением алкоголя и суицидами на популяционном уровне в пост-Советский период.

Таким образом, результаты настоящего исследования говорят о том, что колебания уровня суицидов в России, Украине и Беларуси в Советский период ассоциируются с уровнем продажи алкоголя. В тоже время, продажа алкоголя не может объяснить колебания уровня суицидов в этих странах в пост-Советский период, что, вероятнее всего, обусловлено снижением качества статистических данных. Сравнительный мониторинг динамики уровня суицидов в бывших Советских республиках представляется актуальной задачей дальнейших исследований.

Литература:

1. Разводовский Ю.Е., Смирнов В.Ю., Зотов П.Б. Прогнозирование уровня суицидов с помощью анализа временных серий // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 3. – С. 41–49.
2. Kandrychyn S.V., Razvodovsky Y.E. The spatial regularities of violent mortality in European Russia and Belarus: ethnic and historical perspective // J. Psychiatry. – 2015. – Vol. 18: 305 doi: 10.4172/2378-5756.1000305

Транслитерация:

1. Razvodovsky Y.E., Smirnov V.Y., Zotov P.B. Forecasting of suicides rate using time series analysis // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 3. – P. 41–49. (In Russ)
2. Kandrychyn S.V., Razvodovsky Y.E. The spatial regularities of violent mortality in European Russia and Belarus: ethnic and historical perspective // J. Psychiatry. – 2015. – Vol. 18: 305 doi: 10.4172/2378-5756.1000305

3. Pridemore W.A. The impact of hazardous drinking on suicide among working-age Russian males: an individual-level analysis // Addiction. – 2013. – Vol. 108. – P. 1933–1941.
4. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 28-40.
5. Andreeva E., Ermakov S., Brenner H. The socioeconomic etiology of suicide mortality in Russia // International journal environment and sustainable development. – 2008. – Vol. 7, № 1. – P. 21–48.
6. Brainerd E. Economic reform and mortality in the former Soviet Union: A study of the suicide epidemic in the 1990s // European economic review. – 2001. – Vol. 45. – P. 1007–1019.
7. Kõlves K., Milner A., Värnik P. Suicide rates and socioeconomic factors in Eastern European countries after the collapse of the Soviet Union: trends between 1990 and 2008 // Sociological health illness. – 2013. – Vol. 35, № 6. – P. 956–70.
8. Mäkinen I.H. Eastern European transition and suicide mortality // Social science & medicine. – 2000. – Vol. 51. – P. 1405–1420.
9. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rate in Belarus. // Psychiatria Danubina. – 2006. – Vol. 18 (Suppl.1). – P. 64.
10. Razvodovsky Y.E. Suicide and alcohol psychoses in Belarus 1970-2005 // Crisis. – 2007. – Vol. 28, № 2. – P. 61–66.
11. Razvodovsky Y.E. Noncommercial alcohol in central and eastern Europe, ICAP Review 3. In: International Center for alcohol policies, ed. Noncommercial alcohol in three regions. Washington, DC: ICAP. – 2008. – P. 17–23.
12. Razvodovsky Y.E. Alcohol and suicide in Belarus // Psychiatria Danubina. – 2009. – Vol. 21, № 3. – P. 290–296.
13. Razvodovsky Y.E. Suicide and fatal alcohol poisoning in Russia, 1956-2005 // Drugs: education, prevention and policy. – 2009. – Vol. 16, № 2. – P. 127–139.
14. Värnik A. & Wasserman D. Suicides in the former Soviet republics // Acta psychiatrica Scandinavica. – 1992. – Vol. 86. – P. 76–78.
15. Stuckler D., King L., McKee M. Mass privatization and post-communist mortality crisis: a cross-national analysis // Lancet. – 2009. – Vol. 373. – P. 399 – 407.
16. Razvodovsky Y.E. Was the mortality decline in Russia attributable to alcohol control policy? // Journal of Sociolomics. – 2014. – Vol. 3, № 2 – P. 1–2.
17. Stickley A., Leinsalu M., Andreew E., Razvodovsky Y.E., Vagero D., McKee M. Alcohol poisoning in Russia and the countries in the European part of the former Soviet Union, 1970-2002 // European journal of public health. – 2007. – Vol. 17, № 5. – P. 444–449.

3. Pridemore W.A. The impact of hazardous drinking on suicide among working-age Russian males: an individual-level analysis // Addiction. – 2013. – Vol. 108. – P. 1933–1941.
4. Rozanov V.A. Suicides, psycho-social stress and alcohol consumption in the countries of the former USSR // Suicidology. – 2012. – № 4. – P. 28-40. (In Russ)
5. Andreeva E., Ermakov S., Brenner H. The socioeconomic etiology of suicide mortality in Russia // International journal environment and sustainable development. – 2008. – Vol. 7, № 1. – P. 21–48.
6. Brainerd E. Economic reform and mortality in the former Soviet Union: A study of the suicide epidemic in the 1990s // European economic review. – 2001. – Vol. 45. – P. 1007–1019.
7. Kõlves K., Milner A., Värnik P. Suicide rates and socioeconomic factors in Eastern European countries after the collapse of the Soviet Union: trends between 1990 and 2008 // Sociological health illness. – 2013. – Vol. 35, № 6. – P. 956–70.
8. Mäkinen I.H. Eastern European transition and suicide mortality // Social science & medicine. – 2000. – Vol. 51. – P. 1405–1420.
9. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rate in Belarus. // Psychiatria Danubina. – 2006. – Vol. 18 (Suppl.1). – P. 64.
10. Razvodovsky Y.E. Suicide and alcohol psychoses in Belarus 1970-2005 // Crisis. – 2007. – Vol. 28, № 2. – P. 61–66.
11. Razvodovsky Y.E. Noncommercial alcohol in central and eastern Europe, ICAP Review 3. In: International Center for alcohol policies, ed. Noncommercial alcohol in three regions. Washington, DC: ICAP. – 2008. – P. 17–23.
12. Razvodovsky Y.E. Alcohol and suicide in Belarus // Psychiatria Danubina. – 2009. – Vol. 21, № 3. – P. 290–296.
13. Razvodovsky Y.E. Suicide and fatal alcohol poisoning in Russia, 1956-2005 // Drugs: education, prevention and policy. – 2009. – Vol. 16, № 2. – P. 127–139.
14. Värnik A. & Wasserman D. Suicides in the former Soviet republics // Acta psychiatrica Scandinavica. – 1992. – Vol. 86. – P. 76–78.
15. Stuckler D., King L., McKee M. Mass privatization and post-communist mortality crisis: a cross-national analysis // Lancet. – 2009. – Vol. 373. – P. 399 – 407.
16. Razvodovsky Y.E. Was the mortality decline in Russia attributable to alcohol control policy? // Journal of Sociolomics. – 2014. – Vol. 3, № 2 – P. 1–2.
17. Stickley A., Leinsalu M., Andreew E., Razvodovsky Y.E., Vagero D., McKee M. Alcohol poisoning in Russia and the countries in the European part of the former Soviet Union, 1970-2002 // European journal of public health. – 2007. – Vol. 17, № 5. – P. 444–449.

18. Treml V.G. Production and consumption of alcoholic beverages in the USSR. A statistical study // Journal of studies on alcohol. – 1975. – Vol. 36. – P. 285–320.
19. Родяшин Е.В., Зотов П.Б., Габсалямов И.Н., Уманский М.С. Алкоголь среди факторов смертности от внешних причин // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 21-23.
20. Zaridze D., Lewington S., Boroda A., Sclo G., Karpov R., Lazarev A. et al. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151 000 adults // Lancet. – 2014. – Vol. 383. – P. 1465–1473.
21. Levchuk N. Demographic consequences of alcohol abuse in Ukraine // Demography and social economy. – 2005. – № 8. – P. 46–56.
22. Razvodovsky Y.E. Alcohol attributable mortality in Belarus // Alcoholism. – 2012. – Vol. 48, № 1. – P. 13–22.
23. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health organization. 2014.
24. Stickley A., Razvodovsky Y., McKee M. Alcohol and mortality in Russia: A historical perspective // Public health. – 2009. – Vol. 23. – P. 20–26.
25. Webb C.P., Bromet E.J., Gluzman S., Tintle N.L., Schwartz J.E., Kostyuchenko S., Havenaar J.M. Epidemiology of heavy alcohol use in Ukraine: findings from the world mental health survey // Alcohol. – 2005. – Vol. 40, № 4. – P. 327–335.
26. Nemtsov A.V. Suicide and alcohol consumption in Russia, 1965-1999 // Drug and alcohol dependence. – 2003. – Vol. 1. – P. 161–168.
27. Razvodovsky Y.E. The association between the level of alcohol consumption per capita and suicide rate: results of time-series analysis // Alcoholism. – 2001. – Vol. 2. – P. 35–43.
28. Razvodovsky Y.E. Blood alcohol concentration in suicide victims // European Psychiatry. – 2010. – Vol. 25 (Supplement 1). – P. 1374.
29. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia // Suicidology Online. – 2011. – Vol. 2. – P. 67–74.
30. Razvodovsky Y.E. Suicide trends in Belarus, 1980-2008 / In: Pray, L., Cohen, C., Makinen, I.H., Varnik, A., MacKellar F.L. (Eds.). Suicide in Eastern Europe, the CIS, and the Baltic Countries: social and public health determinants (pp. 21-28). – Viena: Remaprint, 2013.
31. Razvodovsky Y.E. Alcohol and Suicide in Eastern Europe // J. Addict. Med. Ther. Sci. – 2014. – Vol. 1, № 1. – P. 101.
32. Razvodovsky Y.E, Kandrychyn S.V. Spatial regularity in suicides and alcohol psychoses in Belarus // Acta medica Lituanica. – 2014. – Vol. 21, № 2. – P. 57–64.

18. Treml V.G. Production and consumption of alcoholic beverages in the USSR. A statistical study // Journal of studies on alcohol. – 1975. – Vol. 36. – P. 285–320.
19. Rodjashin E.V., Zotov P.B., Gabsaljamov I.N., Umansky M.S. Alcohol among the factors of mortality from external causes them // Suicidology. – 2010. – № 1. – P. 21-23. (In Russ)
20. Zaridze D., Lewington S., Boroda A., Sclo G., Karpov R., Lazarev A. et al. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151 000 adults // Lancet. – 2014. – Vol. 383. – P. 1465–1473.
21. Levchuk N. Demographic consequences of alcohol abuse in Ukraine // Demography and social economy. – 2005. – № 8. – P. 46–56.
22. Razvodovsky Y.E. Alcohol attributable mortality in Belarus // Alcoholism. – 2012. – Vol. 48, № 1. – P. 13–22.
23. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health organization. 2014.
24. Stickley A., Razvodovsky Y., McKee M. Alcohol and mortality in Russia: A historical perspective // Public health. – 2009. – Vol. 23. – P. 20–26.
25. Webb C.P., Bromet E.J., Gluzman S., Tintle N.L., Schwartz J.E., Kostyuchenko S., Havenaar J.M. Epidemiology of heavy alcohol use in Ukraine: findings from the world mental health survey // Alcohol. – 2005. – Vol. 40, № 4. – P. 327–335.
26. Nemtsov A.V. Suicide and alcohol consumption in Russia, 1965-1999 // Drug and alcohol dependence. – 2003. – Vol. 1. – P. 161–168.
27. Razvodovsky Y.E. The association between the level of alcohol consumption per capita and suicide rate: results of time-series analysis // Alcoholism. – 2001. – Vol. 2. – P. 35–43.
28. Razvodovsky Y.E. Blood alcohol concentration in suicide victims // European Psychiatry. – 2010. – Vol. 25 (Supplement 1). – P. 1374.
29. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia // Suicidology Online. – 2011. – Vol. 2. – P. 67–74.
30. Razvodovsky Y.E. Suicide trends in Belarus, 1980-2008 / In: Pray, L., Cohen, C., Makinen, I.H., Varnik, A., MacKellar F.L. (Eds.). Suicide in Eastern Europe, the CIS, and the Baltic Countries: social and public health determinants (pp. 21-28). – Viena: Remaprint, 2013.
31. Razvodovsky Y.E. Alcohol and Suicide in Eastern Europe // J. Addict. Med. Ther. Sci. – 2014. – *Vol.* 1, *№* 1. – P. 101.
32. Razvodovsky Y.E, Kandrychyn S.V. Spatial regularity in suicides and alcohol psychoses in Belarus // Acta medica Lituanica. – 2014. – Vol. 21, № 2. – P. 57–64.

33. Chang S.S, Stuckler D., Yip P., Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries // BMJ. – 2013. – Vol. 347: f5239 doi: 10.1136/bmj.f5239.
34. Stankunas M., Linder J., Avery M., Sorensen R. Suicide, recession, and Unemployment // The Lancet. – 2013. – Vol. 381. – P. 721.
35. Немцов А.В., Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в России и её отражение в кривом зеркале // Собриология. – 2015. – № 3. – С. 70–73.
36. Pridemore W.A, Chamlin M.B., Andreev E. Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time series analysis // American journal public health. – 2013. – Vol. 103, № 11. – P. 2021–2026.
37. Razvodovsky Y.E. Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia // Crisis. – 2009. – Vol. 30, № 4. – P. 186–191.
38. Varnic P., Sisask M., Varnik A., Yuryev A., Kolves K, et al. Massive increase in injury deaths of undermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: hidden suicides? // Scandinavian J. Pub. Health. – 2010. – Vol. 38. – P. 395 –403.

33. Chang S.S, Stuckler D., Yip P., Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries // BMJ. – 2013. – Vol. 347: f5239 doi: 10.1136/bmj.f5239.
34. Stankunas M., Linder J., Avery M., Sorensen R. Suicide, recession, and Unemployment // The Lancet. – 2013. – Vol. 381. – P. 721.
35. Nemcov A.V., Razvodovskij Ju.E. Alkogol'naja situacija v Rossii i ejo otrazhenie v krivom zerkale // Sobriologija. – 2015. – № 3. – S. 70–73. (In Russ)
36. Pridemore W.A, Chamlin M.B., Andreev E. Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time series analysis // American journal public health. – 2013. – Vol. 103, № 11. – P. 2021–2026.
37. Razvodovsky Y.E. Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia // Crisis. – 2009. – Vol. 30, № 4. – P. 186–191.
38. Varnic P., Sisask M., Varnik A., Yuryev A., Kolves K, et al. Massive increase in injury deaths of undermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: hidden suicides? // Scandinavian J. Pub. Health. – 2010. – Vol. 38. – P. 395 –403.

ALCOHOL AND SUICIDES IN RUSSIA, UKRAINE AND BELARUS: A COMPARATIVE ANALYSIS OF TRENDS

Y.E. Razvodovsky

Grodno State Medical University, Belarus

The Slavic countries of the former Soviet Union (fSU) Russia, Belarus and Ukraine retain one of the highest suicide rates in the world, despite a gradual decline over the past decade. The present study aims to analyze whether population drinking is able to explain the dramatic fluctuations in suicide mortality in Russia, Belarus and Ukraine from the late Soviet to post-Soviet period. Trends in suicide rates and alcohol sales per capita from 1970 to 2014 in Russia Belarus and Ukraine were analyzed employing a Spearman's rank-order correlation analysis. The estimates based on the Soviet data (from 1970 to 1991) suggest a strong association between alcohol sales and suicide rates in Russia (r=0,9; p<0,000), Ukraine (r=0,41; p<0,050) and Belarus (r=0,82; p<0,000). At the same time, the relationship between alcohol sales and suicide rates was negative in the post-Soviet period (from 1992 to 2014) in Russia (r=-0,47; p<0,030), Ukraine (r=-0,94; p<0,000) and Belarus (r=-0,41;p<0,050). The findings from present study suggest that the suicide mortality fluctuations in Russia, Belarus and Ukraine in the Soviet period were attributable to alcohol. Alternatively, alcohol can not fully explain the fluctuations in the suicide mortality observed in these countries in the Soviet period.

Keywords: alcohol sales, suicide rates, Russia, Belarus, Ukraine, 1970-2014.

Подписка на журнал *«Суицидология»*

Индекс подписки: 57986

Каталог научно-технической информации (НТИ) ОАО «Роспечать»

Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

УДК: 616.89.008.44

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Е.Б. Любов, А.Н. Паршин

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

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии.
Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

Паршин Алексей Николаевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии.
Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72

Показано социально-экономическое бремя суицидального поведения как научно доказательного обоснования программ лечения и профилактики; выделены ресурсоемкие группы суицидентов, требующие целевых биопсихосоциальных вмешательств. Показаны резервы ресурсосбережения антикризисной службы при многопрофессиональном (бригадном) и межведомственном подходах. Указаны методологические проблемы клинико-экономических исследований и направления их развития.

Ключевые слова: суицидальное поведение, лечение, профилактика, затраты, эффект.

«По крайней мере, три вопроса перед здравоохранением: сколько мы тратим, можно ли достичь тот же и лучший результат за меньшие деньги, кто должен платить?».

Norman Sartorius [1] [1]

Суицидальные попытки (СП) и суицид – личные трагедии, затрагивающие прямо или опосредованно каждого; они же сопряжены с социально-экономическими потерями [2, 3, 4, 5, 6].

Экономическая оценка суицидального поведения – задача стоимостного анализа (СА), включающего прямые, непрямые и «неуловимые» (в связи со сложностью перевода в денежный эквивалент) затраты [7, 8, 9] с позиций суицидента, его близких, здравоохранения и общества в целом.

Прямые (медицинские) затраты касаются больничной и внебольничной медицинской помощи (фактической или ожидаемой) в связи с последствиями суицидального поведения. Включены наблюдение, диагностика и лечение, фармакотерапия, процедуры (например, хирургические), транспортировка («скорой помощью»), судебно-медицинская экспертиза, психологическое и медицинское восстановление, протезирование и т.д.

Непрямые (социальные) затраты – временная или постоянная (инвалидность, досрочная пенсия) потеря (снижение) трудоспособности и / или дохода суицидента, потери общества (семьи) в связи с его преждевременной смертью.

Возможны 3 метода оценки.

1. Потеря «человеческого капитала» определена перерывом (временным, навсегда) работы или снижением трудоспособности.

2. «Притирочные» (фрикционные) затраты – стоимость замены выбывшего труженика (включая обучение новичка).

3. Готовность платить*:* 1) дабы не стать жертвой (например, депрессии, суицида); 2) за предупредительные меры, чтобы избежать (смягчить) последствия суицидального поведения. При широком подходе включены дополнительные льготы, административные затраты, компенсационные иски, потеря заработка близкими (неформальных опекунов). Так, каж-

[1] Норман Сарториус (р. 1935) – бывший глава отдела психического здоровья ВОЗ и экспрезидент ВПА.

дый пятый член семьи госпитализированного суицидента прервал службу на месяц [10]. Расходы семьи после СП выше таковых при остром сердечно-сосудистом заболевании [11]. Затраты можно выразить потерей лет качественной жизни (quality adjusted life year, QALY) с учетом ожидаемого дожития, лет трудоспособной жизни, в потерянных в связи с преждевременной смертью годами продуктивной жизни (Years of Life Lost, YLL) вплоть до пенсии «по старости» или произвольно – обычно до 75 лет. Концепция YLL признана странами-участниками ВОЗ единым и подлежащим сопоставлению показателем популяционного бремени болезней и травм. Использован подушевой ВВП с учетом уровней самоубийств и усредненного заработка в половозрастных группах и / или ожидаемой продолжительности жизни.

СА обычно учитывают вышеуказанные группы издержек, но социально-экономическое бремя самоубийств и СП выходит за их рамки

«*Неуловимые» потери* – сложное изменчивое сочетание горя, душевной боли, *(само-) обвинений,* раскаяния, *гнева,* отрицания, беспомощности, одиночества, стигматизации и самостигматизации *близких суицидента* [12, 13, 14, 15], хотя суицид порой несет облегчение («отмучился-«замучил»), а манипулятивная СП – выгодна самой жертве (иное у Мандельштама: «*Прыжок – и я в уме*»). «Эффект перетекания» суицида, СП сказывается на 3-4 поколениях семьи, коллег, профессионалов (судмедэксперта, медперсонала, полицейских), очевидцев, добровольцев, переживающих психосоциальный дистресс [16, 17, 18]. Суицид (СП?) ранит 6-32 «выживших» [19]; каждый десятый в США знал так или иначе самоубийцу за последний год [20] при относительно небольшом количестве последних. Точно названные *«выжившими»***,** члены семьи и / или друзья жертвы составляют группу риска СП [21], психосоматических расстройств (депрессии). Долгосрочные последствия суицидального и в снижении качества жизни суицидента и его близких [6] (не исключены подлежащие психические расстройства как депрессия), что можно выразить единицами QALY. Суицидальное поведение пациентов вызывает дистресс врача [22, 23, 24]; выгорание влечет риск их суицида и, рикошетом (при снижении бдительности и нарушении терапевтического контакта), суицидального поведения их подопечных.

СА суицидов и СП. В 15-35 лет на суициды приходится 10% всех смертей в Европейском регионе ВОЗ [здесь и далее цит. по 2]. По доле YLL суициды неизменно входят в первую десятку причин смертности во всех возрастах в развитых странах. Бремя суицидов (+ намеренных самоповреждений, среди которых СП) в единицах DALY (сопряженные с несостоятельностью годы жизни) в 2002 г. составило 1,4% суммарного бремени потерь от болезней и травм в мире (2,3% в Европейском регионе), к 2020 г. – 2,5% бремени при более 1,5 млн суицидов. На каждый суицид приходятся не менее 10-20 зарегистрированных СП [25, 26].

Австралия. Бремя суицидов 1,7 млрд. $ (2012) [27], или 3% суммарного бремени болезней и травм страны, но 10% в группе ≤ 44 лет. Лишь злоупотребление ПАВ уносит больше молодых жизней. Медицинские издержки связаны с последствиями СП и самоповреждений (> 9000 лиц младше 24 лет госпитализаций в год). *Беларусь.* 330 эпизодов госпитализаций (Гродно) в связи с СП за 2012-2013 гг. [28] составили 0,3% бюджета больницы скорой медицинской помощи и 1% – психиатрического центра. *Бразилия* – многонаселенная страна с относительно низким уровнем суицидов (<6): непрямые потери в связи с < 10 тысяч суицидами составили 1,3 млрд R$ (2001) [цит. по 11]. В *Ирландии* с меньшим в 40 раз населением при втрое большем подушевым ВВП и вдвое большем уровне суицидов суммарные затраты вдвое выше: 900 млн € (2001) [3]. *Канада.* Уровень госпитализации из-за СП 87 на 100000 населения ≥ 10 лет [29]. Девушки 15-19 лет наиболее часто госпитализированы (> 220). Общие затраты в связи с суицидами и СП 2,4 млрд. CDN$ (2004) [30]. *Новая Зеландия*: 460 суицидов и > 5000 СП в 2002 г. определили медицинские потери в 5 и 20 млн US$ соответственно [31]. Груз суицидов определен (98%) социальными потерями, а при СП медицинские затраты в 1,5 раза выше социальных. Суммарные потери суицида, СП достигли 1,4 млрд. NZ$ (2002). *Россия.* Бремя суицидальной смертности 150 млрд. руб. (2009) или 0,5% ВВП при консервативной оценке потерь лет трудоспособной жизни (до пенсии «по старо-

сти») [2]. При учете паритетов покупательской способности, экономические потери России от суицидов трудоспособного населения впятеро выше, чем в США. Смерти мужчин определили 90% потерь. В структуре потерь лиц 15-24 лет ведущая роль суицидов. «Цена» суицида мужчины и женщины 5 и 0,8 млн руб. соответственно в связи с более частыми суицидами и поздним выходом на пенсию мужчин. При этом россияне в 2009 г. оценили свою жизнь в 4 млн руб. (ЦСИ «Росгосстраха»): резкий спад «цены жизни» указывает снижение требований граждан к качеству жизни. *США*. Более 30 тыс. суицидов привели к потерям продуктивности в 13 млрд $ (1994) [6]. Прямые затраты в связи с СП (110 тыс. госпитализаций) 600 млн $, но социальные издержки – 3 млрд $. Потери дохода в связи с 1 суицидом 400 тыс. $; общие потери в связи с одной СП 35 тыс. $ [6]. Спустя 20 лет бремя суицидов и СП достигло 16 и 5 млрд $ (2005) соответственно [32], через еще 10 лет суммарные потери от суицидов и СП оценены в 60 млрд $ (2013) [33], причем социальные потери определили массив (97%) бремени. Ранние СА с различными подходами [18, 32] указали в 2-3 раза меньшие потери при опоре на заниженные официальные данные, указывающие, однако, на суицид как вторую по значимости причину смерти в 15-34 лет. Суммарные затраты на эпизод суицида (статистика с возраста ≥ 10 лет) при консервативном подходе > 1 млн $ [цит. по 33]. Бремя суицидов > 1 млн. YLL (2002), почти 70% из коих пришлось на лиц среднего возраста обоего пола [4]. Потери превысили таковые при диабете, инсульте. *Тайвань.* По количеству YLL суициды вышли на третье место в ряду причин смерти, их бремя оценено 32,5 млрд новых тайваньских $ (2007) [34]. Наиболее высоки потери при гибели мужчин 25-59 лет. *Швейцария:* в Базеле усредненные медицинские затраты на эпизод СП в пересчете – 14 тыс. US$ (2003) [35]. *Шотландия.* Суммарное бремя суицидов > 1,5 млрд € (2004) [36].

Итак, бремя суицидов представлено социальными потерями (лет трудоспособной жизни); прочие включают судебно - психиатрическую экспертизу (так называемые непрямые медицинские затраты), расходы (семьи) на похороны, кремацию [37].

Пока нет сравнительной экономической оценки *суицидальных мыслей* как наиболее мощного фактора СП [38], но в рамках экономического бремени депрессии [39, 40] затраты на 90% больных с суицидальными мыслями, вероятно, выше.

Факторы, влияющие на медико-социальные издержки суицидов и СП. Ряд *социо-демографических характеристик* защищает психическое и физическое здоровье, имея антисуицидальный эффект [41]: пол, возраст, образование, семейное положение, размер домохозяйства, занятость, доход / финансовые ограничения, личные убеждения, состояние здоровья, место жительства, социальные связи. В СА обычно включены лица ≥ 16 лет, согласно эпидемиологии суицидального поведения. Отравившиеся случайно старше суицидентов [42]. Суициды молодежи ранжированы в первой пятерке причин смерти во многих странах [43], но затраты на лечение СП подростков относительно невелики [44, 45], особенно по сравнению с пожилыми (≥ 65) [35]. Молодые, однако, формируют субпопуляцию суицидентов старших возрастов. Количество YLL, по определению, особо велико при суицидах трудоспособного возраста. Мужской пол – фактор риска смерти от любых причин в течение многолетнего катамнеза суицидентов [46]. Хотя у группы СП «женское лицо», у мужчин выше намерение умереть, определяющее тяжесть последствий СП. Депрессивные мужчины склонны уклоняться от помощи [47, 48]: «женщины ищут помощи – мужчины погибают» [49]. Показательна характеристика отечественной выборки суицидентов в соматическом стационаре. Большинство (70%) пациентов < 40 лет, при образовательном цензе не ниже, чем в общем населении только 40% постоянно работали, <1/3 суицидентов в браке [50]. Еще более выражено социальное неблагополучие среди госпитализированных в ПБ суицидентов [51], здесь видна роль хронического психического расстройства.

Способ СП. Умышленные самоповреждения – распространенная причина госпитализаций в многопрофильные больницы, и связаны с высоким риском медицинских последствий и смертности, представленных и экономическими потерями [52, 53]. *Самоотравление – наиболее частый метод парасуицида* [38]. Са-

моотравления (½) и самоповреждения (>1/3) [50] определяют профиль помощи подмосковной больницы. В ряде СА указан метод СП [42, 52, 54, 55]. Большинство (90%) госпитализаций в общие больницы после СП связано с самоотравлениями [56], на них приходится до 0,3% поступлений [52]. При самоотравлениях соотношение женщины / мужчины 2,55 (как и в целом при СП: 3:1), средний возраст 29 лет [55]. Пребывание на койке обычно около недели [52, 56]. Средние затраты на эпизод СП при госпитализации 17,5 дней вне связи с исходом 13000 US$ [57]. Лечение в университетской клинике дороже при обычно большей госпитализации и дорогих (на 1/3) материалах и пропедевтических процедурах [52]. Медикаментозные отравления наиболее часты (>95% антидепрессантами), затем – обезболивающими; в 70% – одним препаратом «под рукой» при импульсивной СП [54].

Тяжесть сомато-неврологичесмких и социальных последствий СП. Бремя брутального метода (косвенный признак суицидального намерения) особо велико [35]. В Канаде в 1998/99 гг. < 2% из 25000 госпитализаций в возрасте ≥ 10 лет в связи с намеренными самоповреждениями завершились смертью [29]; 10-20% больничных пациентов погибают после самоотравления [42, 46, 53]. Оценка тяжести соматических последствий СП основана на физическом состоянии пациента, объеме и типе интенсивной [52, 58] и последующей лечебно-реабилитационной помощи. Медицинские затраты выше при намеренном самоотравлении [42]. Рост затрат связан с временем медперсонала, дополнительными консультациями, а не только занятостью койки. Так, лабораторные исследования и МРТ головы после самоотравления (большинство пациентов без сознания) [11], длительность лечения в палате интенсивной терапии [54, 57] удорожают помощь. Затраты реанимационного отделения при отравлеиии ТЦА вчетверо (23000 $ vs 5000 $) выше, чем при передозировке СИОЗС, в первом случае госпитализация (7 vs 3 дней) вдвое дольше [56]. Дороже лечение отравления ТЦА со спиртным [59]. Некая выгода выбора классических ТЦА сходят на нет при учете последствий передозировки [7, 59, 60].

Почти 20% СП ведут к постоянной нетрудоспособности [26, 61]. Выделены три степени (легкая, умеренная, тяжелая) социальных последствий СП (табл. 1).

Так, средние затраты на эпизод самоповреждения, повлекший кратковременную нетрудоспособность (австралийского строительного рабочего) < 1000$ (2010), но при полной нетрудоспособности – почти 3 млн, завершившийся смертью – более 2$ млн с учетом потери 27 лет продуктивности [62].

Психиатрический диагноз. Самый сильный предиктор повторной СП – СП в анамнезе [63]: лучше всего прогнозирует поведение – поведение в прошлом. Большинство (до 95%) совершивших СП и повторивших их страдает психическими расстройствами [26, 58, 64]. Депрессивные (МКБ-10, F3) – самые дорогостоящие, и, видимо, самые многочисленные суициденты [35]. При относительно малом «вкладе» суицидального поведения в суммарное бремя психических расстройств [7, 65, 66], медицинские затраты за год более высоки у больных шизофренией с попытками суицида по сравнению с госпитализированными или совершившими насилие [67].

Таблица 1

Категории социальных последствий СП [по 9]

Категории	Тяжесть
Краткое отсутствие на работе	< 5 дней. Возможность полного трудового восстановления
Долгосрочное отсутствие	≥ 5 дней, но < 6 мес. с возвратом к своим обязанностям. Возможность полного трудового восстановления.
Частичная нетрудоспособность	≥ 5 дней с частичным возвратом к обязанностям и / или снижением дохода > 6 мес.
Полная нетрудоспособность	Постоянная нетрудоспособность без возврата к работе спустя > 6 мес.
Смерть	Смерть

Самоотравления (90% – первичные) стали поводом 80% психиатрических консультаций за 5 лет в Австралии [68] при снижении (что отрадно) госпитализаций. У большинства суицидентов кратковременная депрессивная реакция. Отечественные и зарубежные данные сходны [50, 59, 68, 69]: более 70% психически больных, до >1/2 злоупотребляли спиртным. Потаторы – в группе риска суицидального поведения [38]; они же изначально соматически неблагополучны и требуют дорогостоящего больничного лечения [70]. При этом онкобольные вчетверо чаще, чем будущие самоубийцы потребляют большие объемы медицинских услуг [32]. Вместе с тем ≤20% жертв суицида охвачены психиатрическим лечением в последний год жизни; 1/3 суицидентов в общей [50] или психиатрической [51] больницах ранее консультирована психиатром, что не защитило их от беды. Суицидальное поведение обычно связано с психическими расстройствами, и затраты на его диагностику и лечение должны быть учтены.

Длительность и полнота наблюдения. При отсутствии СА долгосрочных последствий СП эпидемиологические исследования указывают на их актуальность. Длительные (5-20 лет) катамнезы [58, 71, 72, 73] отмечают большую смертность от естественных и неестественных причин после СП, чем в населении. Суицидальное намерение (серьезность или интенсивность желания пациента пресечь жизнь) прогнозирует суицид [58] и служит наиболее сильным предиктором суицида после СП. Количество смертей втрое выше ожидаемых; вдвое – от естественных причин (эндокринные, сердечно-сосудистые заболевания, особо женщин), помимо «несчастных случаев»; уровень суицидов выше > 25 раз ожидаемого. Каждый пятый суицидент умер за 14 лет, 10-15% совершивших СП с тяжелыми медицинскими последствиями погибают от суицида за 10 лет. В когорте госпитализированных в связи с самоповреждениями 6% умерли за 6 лет наблюдения, более чем в общем населении, причем ½ в связи с возможным суицидом; повторные самоповреждения причинили себе 60%, качество жизни экс-суицидентов ниже, чем в населении [59].

Затраты на добольничную помощь при СП выше, чем при острых сердечно-сосудистых заболеваниях [11]. Медицинские затраты возрастают за 3 месяца до суицида особо сельских подростков и молодежи из малообеспеченных семей в связи с «внешними травмами» [74]. Потребление медицинских услуг растет и вслед СП в течение года. Поиск медицинской помощи до суицида (СП) может не быть связан с телесной болезнью. После первого эпизода самоповреждения на психиатрическую (кризисную) помощь приходится 70% медицинских затрат, но растут и затраты в общих больницах [5, 74, 75], возможно, как признак более активного поиска помощи, психического и медицинского отягощения. Так, 1/3 суицидентов госпитализированы за год до, против ½ после индекс-госпитализации [5]. Общие ежегодные затраты на 100 пациентов удвоены, при небольшом росте психиатрических госпитализаций и двойном увеличении амбулаторных психиатрических пациентов за год после СП (хороший знак). Социально-демографические и психиатрические факторы связаны с последующим после СП суицидом [46, 73]: мужской пол, низкий социальный статус, психиатрическое лечение и СП в анамнезе, злоупотребление ПАВ, хроническая физическая болезнь и «желание смерти» [58, 72], *на что указывает и* бессознательное состояние после СП [72]. Таким образом, очерчена группа высокого риска СП и суицида в долговременной перспективе, требующая особого внимания еще в соматической больнице после первого СП.

Методологические аспекты СА. Подсчет затрат в связи с суицидами и СП представляет произвольный сбор разнородных данных, сложных для измерения, но СА обычно включают основные компоненты бремени суицидального поведения. Сравнение затрат затруднено при разных тарифах на однотипные медицинские услуги, выраженных денежными единицами различных стран в разные годы. В уже давнем исследовании [76] при различных оценках потери жизни непрямые затраты в связи с суицидами в широких пределах 0,7-4,35 млрд $. Однако и при методологических различиях затраты на суициды и СП per capita сравнимы после перевода в US$ (2013): 84 в Канаде, 293 – в Ирландии, 299 – в Новой Зеландии, 489 – в Шотландии, в США 186 с опорой на официальные данные и 298 с учетом реальных показателей [33]. Рост общих затрат

объяснен современными методами лечения; увеличением подушевого ВВП и зарплат, инфляцией.

СА суицидов основаны на национальных базах данных [6, 31]. В МКБ-10 глава XX отведена смертности от внешних причин (несчастные случаи, суициды, убийства, неумышленные смерти, повреждения с неопределенными намерениями, ПНН). Регистрация суицидов – многоуровневая процедура, включающая медико-правовые аспекты [77]. Неточное кодирование причин смерти [33, 77, 78] препятствует уточнению реального бремени суицидального поведения на государственном и региональном уровнях. Так, включение неучтенных статистикой эпизодов суицидального поведения в США увеличит затраты на 95 млрд $, то есть в 2-3 раза [33]. Лишь у < 1/3 членов ВОЗ данные о суицидах признаны надежными [79]. РФ отнесена к странам с «всеобъемлющей регистрацией актов гражданского состояния», но ВОЗ оценивает качество информации о причинах смерти в РФ как «низкое» [80]. Долю ПНН в массиве смертности от внешних причин служит показателем качества статистики. Резервуар латентных самоубийств сформирован повешениями (Y20), падениями с высоты (Y30), отравлениями ПАВ (включая «опои»). Количество суицидов мужчин и женщин в РФ больше на 1/5 и на 1/3 соответственно [81]. В ряде регионов РФ реальный уровень суицидов выше на ½ [82, 83]. Более полный показатель социальной патологии – суммированный уровень самоубийств и убийств. При этом бремя насильственной смерти мужчин увеличено на 50%, а женщин – на 100% [2].

Условия неотложной помощи в многопрофильной больнице затрудняют выявление суицидального самоповреждения. Сама СП – несмертельное самоповреждеиие, часто «призыв помощи». «Намеренное самоповреждение» включает самоотравление (МКБ X60-X69), самотравмирование (как самопорез) безотносительно очевидности цели поступка. Самоповреждения – второй (после суицидальных мыслей) по значимости фактор риска СП [38]. Более 5% взрослых и до 20% подростков причиняют несуицидальные самоповреждения, психиатрические (больничные) пациенты > 60% [38]. В приемном отделении самоповреждения порой кодированы как случайная «рваная рана» [52]. В клинико-эпидемиологических работах (следом – и в СА) СП и парасуицид [84] синонимичны [58]. Регулярной статистической базы данных по распространённости СП (парасуицидов) в ВОЗ нет, т.к. нет единой системы их регистрации в государствах-членах ВОЗ. В РФ на региональном уровне реестр СП [77] – пока исключение [78]. Соотношение суицидов к парасуицидам свидетельствует о несовершенстве системы регистрации СП.

В СА учтены социальные потери в связи с суицидом среднестатистического «практически здорового». Предположено, что жертва, не случись смерть, осталась бы занятой с достижением заработка в более старшей возрастной группе. Однако у суицидента иные возраст дожития, трудоспособность и доход, возможно, в связи с СП. Низкий доход связан с риском сердечно-сосудистых болезней, смертностью и худшим психическим здоровьем [41]. Занятость связана с психическим здоровьем. Жизненный дрейф возможен в связи с невыявленным и / или нелеченым адекватно психическим расстройством (депрессией). Социально - демографический «портрет» суицидента на это указывает. Так, низкоквалифицированные в группе наибольшего риска суицида [85].

Типичны наблюдательные натуралистические (отражающие повседневную практику) ретроспективные клинико - эпидемиологические исследования с вторичным СА на основе медицинской документации госпитализированных в связи с СП в течение определенного времени (1-4 года) в одной (нескольких) больницах (отделениях) с возможным распространением данных о затратах на популяцию суицидентов. Обычно оценка СП ограничена больничными затратами до выписки или смерти самого тяжелого контингента суицидентов разного возраста, способам СП. Выборки обычно малы. Ведь ≤ ¼ СП ведет к медпомощи [43], а из прибывших в приемный покой лиц с самоотравлениями < ¼ госпитализированы [52]. СА мало касаются отставленных (внебольничных) общемедицинских и психиатрических, социальных издержек суицидального поведения. Так, в больничных затратах на эпизод СП прямые (> 6000 US$) затраты выше на порядок непрямых (700 US$) [11], но не прослежен предыдущий (до данной госпитализации) и дальнейший жизненный маршрут суи-

цидента и связанное с ним ресурсопотребление. Поственционный маршрут» [50] в подмосковной больнице включил: 1) перевод в ПБ (> ½ суицидентов); 2) направление в ПНД (1/3); 3) перевод в иные отделения стационара; 4) выписка с рекомендациями суициденту и близким. Разумен перевод в кризисное отделение при многопрофильной больнице, что, возможно, сократит сроки пребывания в общесоматическом отделении и обеспечит континуум помощи.

В СА следует учесть потери бытовой сноровки, затраты на частную помощь, консультирование, бремя депрессии и низкого качества жизни, нетрудоспособности и инвалидности [4]. Малая часть психиатрических СА учитывает «неуловимые затраты», издержки неформальной помощи семьи, составляющее >15% суммарных потерь [86].

Итак, СА СП выдвигают на передний план медицинские (больничные) затраты в краткосрочной перспективе лечения наиболее тяжелых намеренных самоповреждений. Затраты, связанные с СП, включают лечение любых подлежащих физических и психических расстройств. С учетом сложности биопсихосоциального феномена – и социальную помощь и поддержку. Запоздалое выявление риска самоубийства усугубляет затраты многопрофильной и психиатрической больниц и потери общества в целом. Долговременные исходы СП включают преждевременную смертность от суицида и иных причин. У суицидентов особые паттерны потребления медицинских и социальных ресурсов.

Ресурсосберегающий эффект (затратная эффективность) программ предупреждения суицидов.

Даже профессионалов иногда коробит сама попытка денежной оценки суицидального поведения как «неэтичная» [37], но объективизация масштабов экономических потерь представляет национальный вызов, и призывает к действию, согласно Национальным стратегиям предупреждения суицидов [например, 87]. Затратная эффективность поддерживающих психическое благополучие программ показана [15, 88] при сравнении с прочими вмешательствами общественного здравоохранения [89]. Концепция YLL облегчает рациональное распределение «всегда ограниченных» (тезис ВОЗ) медицинских и социальных ресурсов при *выборе приоритетов* региональной, государственной и международной стратегий здравоохранения, при планировании и оценке экономической эффективности программ предотвращения преждевременной смертности и мероприятий по предупреждению суицидов, в частности [цит. по 2]. Объективизация бремени суицидов и СП становится научно доказательным обоснованием развития программ профилактики [15], призванных сберечь жизни [1, 90] во благо страны. Экономические потери вследствие самоубийства и СП могут быть пересчитаны на душу населения и сравнены с потерями от других болезней [33]. «Груз» суицидов и СП в отдельных возрастных группах сравним или превосходит таковой физических болезней, приоритетных для финансирования здравоохранения и составляющих основную часть бремени болезней в мире. «Неуловимые» потери близких – обычно предмет качественного анализа (самоописаний) [12, 16, 91].

При тенденции снижения риска суицидов в большинстве стран-участниц ВОЗ стратегическая цель Плана – сокращение усредненного уровня суицидов на 10% к 2020 г. [79] – не выглядит химерой. При 20% сокращении суицидов национальная программа профилактики в Англии затратно полезна при пересчете на сохраненные годы жизни [15]. В РФ жертв суицидов (15% погибших от внешних причин) вдвое более чем убитых или вследствие ДТП. Без суицидов разрыв между смертностью и рождаемостью в РФ сократился бы на 15%. При прогнозируемом ВОЗ снижении суицидов в России экономия составит 15 млрд. руб. (2009) [2]. Систематический обзор показал, что ряд государственных стратегий предупреждения суицидов предложен при отсутствии доказанной эффективности ряда их ключевых составляющих [92]. Малые различия клинического результата и многофакторная (биопсихосоциальная) природа феномена затрудняет затратно эффективный анализ в суицидологии, но и умеренно эффективные программы гуманны и экономически выгодны. Число суицидов можно сократить на 1/5 при успешном применении ряда стратегий: краткосрочной кризисной психотерапии, психиатрического консультирования и лечения, затруднения доступа к средствам суицида как медикаментам

(обезболивающие, психотропные препараты) в открытой продаже, школьная программа предупреждения суицида [33]. Так, психотерапия сокращает риск суицидов 18-64 летних на 10%, что экономит почти 10 $ млрд с соотношением польза / цена 2,5:1 [цит. по 33]. Наиболее обнадеживают образование врачей и «привратников» (gatekeepers) при доступной помощи [82]. Классическая образовательная программа на Готтланде (Швеция) по распознаванию депрессий врачами общей практики привела к экономии социальных потерь в связи с предупреждением суицидов 17-285 млн шведских крон (при различных подходах подсчета) [76] при ретроспективном анализе снижения суицидов [15]. При обучающей программе в Англии [93] затраты за год спасенной жизни лишь 4000 €. Вложения в программы не напрасны. Помимо общегуманистического и этического посыла, постветнция облегчает субъективное бремя «выживших» [3, 15, 76]. Моделирование затратной эффективности (точнее – «затрат-полезности») постветнции, облегчающей дистресс и снижающей риск СП через год после трагедии с социальной перспективы [94] показало преимущества службы над обычной помощью при экономии > 800 AUS$ и увеличении лет, сопряженных с качеством жизни на 0,02. Рекомендации для СМИ по освещению самоубийств и СП приняты организациями охраны психического здоровья во многих странах [95] без данных о затратной эффективности.

Мало доказательных данных о затратной эффективности следования рекомендациям предупреждения суицидов в психиатрических службах в аспекте уменьшения суицидальных мыслей [96] в отличие от сайта самопомощи: экономия социальных потерь 35000 € на успешный случай облегчения суицидальных мыслей [97].

СА выявляют отдельные ресурсозатратные группы риска суицидального поведения со смешанными клинико-социальными проблемами, мишени целевого лечебно - профилактического подхода. Обучение суицидальной грамотности и взаимоподдержка студентов колледжа (Флорида, США) приводит к сбережению ≥ 22 млн US$ в год помимо «немонетарных» выгод в виде улучшения социального функционирования и социальной поддержки, психического и физического здоровья [88]. Профилактические мероприятия для пожилых суицидентов [98, 99] могут быть затратно эффективными. В систематическом обзоре [100] не показан защитный эффект (снижение риска суицидов и СП) программ постветнции с группами - мишенями с опорой на школу и общественные ресурсы, фокусированные на семью. Обучение «привратников» (школьного персонала) для активной постветнции повышает осведомленность о кризисном вмешательстве, полевая работа (на месте суицида) побуждает «выживших» обращаться за помощью, посещать группу поддержки в кризисном центре. Контакты с семьей суицидента уменьшают психологический дистресс в ближайшей перспективе.

Основная часть бремени суицидов определена смертями мужчин трудоспособного возраста. Не менее 20-30% работников страдают от тяжелых психических расстройств [26, 60], прежде всего – депрессией. Эффективное психиатрическое лечение существенно увеличивает трудоспособность [7, 101] при снижении риска суицидального поведения [22]. Многоуровневая антисуицидальная программа для рабочих Нового Южного Уэльса (Австралия) MATES сэкономила > 3,5 млн $ ежегодно за счет снижения риска суицидального поведения, вернув правительству пятикратно на каждый доллар вложения [62].

Социо-демографические и клинические факторы прогнозируют риск повтора СП, но важны и организационные (ведение суицидента). СА косвенно отражают повседневную практику ведения суицидентов и ее типовые недостатки, но не резервы повышения эффективности помощи (предмет затратно эффективных и иных экономических анализов). Помощь (психосоциальная оценка, постветнция, обученный персонал) суицидентам в общих больницах малодоступна [50, 52, 102], не запланированы систематическое антикризисное лечение и психосоциальная реабилитация по выписке.

В ряде больниц *(Англия)* $y < 1/3$ пациентов с самоотравлениями оценен психосоциальный статус, < ½ получали психосоциальную помощь вне больницы, чаще бывшие под наблюдением психиатра и до госпитализации и с СП в анамнезе, если жили подле больницы (неста-

реющий закон Jarvis[1] в суицидологии. Прим. Е.Б.); осмотренным специалистом в больнице втрое чаще наблюдались и по выписке [52]. Суициденты нередко стремятся избежать стигматизированной профессиональной помощи и привлечены к ней в особых обстоятельствах недобровольным порядком согласно «Закону о психиатрической помощи…». У выписывающихся самовольно до завершения обследования выше риск повтора СП [103]. Континуум звеньев антикризисной помощи (кабинеты социально-психологической помощи и кризисные отделения при многопрофильных больницах) в рамках внедиспансерной психиатрической службы улучшают доступность и преемственность лечения и психосоциальной профилактики [78]. Частота психических расстройств суицидентов и малый охват их необходимой помощью до и после СП подчеркивает важность комплексного ведения суицидента в многопрофильном стационаре. В ряде СА медицинское бремя СП определено в основном психиатрическим лечением [35, 104] при дорогостоящей интенсивной помощи. Однако психиатрическое вмешательство (оценка и психотерапия) до выписки из соматического стационара снижает уровень регоспитализации в связи с СП (самоотравлениями) в обширной выборке (почти 15000 пациентов, национальная база данных) на существенные 2% за 2 года [105]. С учетом 11-16% уровня ежегодных регоспитализаций в связи с повторными самоповреждениями, судя по систематическим обзорам [106, 107], клинические рекомендации [например, 108, 109] скрининговой психосоциальной оценки пациентов с самоповреждениями обученным специалистом, лечения, наблюдения по выписке многодисциплинарной бригадой с привлечением межведомственного (медико-социального) подхода имеют ресурсосберегающий потенциал. При этом пациенты с повторными (≥5) самоповреждениями более дорогостоящие [59], возможно, в связи с более тяжелыми кумулирующимися последствиями СП для душевного и телесного здоровья. Наблюдательные исследования [как 103] предполагают, что психиатрическая оценка per se снизит риск повтора СП, но систематический обзор 64 проспективных исследований [119] показал, что лишь психосоциальная оценка, наблюдение специалиста малоэффективны, но означают преддверие преемственного длительного ведения суицидента. В Национальных стратегиях предупреждения суицидов среди главных указана цель улучшения качества помощи суицидентам в общих больницах. «Рекомендованная практика» комплексного (биопсихосоциального) ведения суицидентов увеличит вдвое медицинские затраты, с учетом «исправленной» статистики – прогнозировано увеличение на почти 3 млрд $ (2013) медицинских затрат [33]. Консультирование и психосоциальная оценка увеличивает медицинское бремя СП вдвое [52], но составят малую часть суммарных больничных издержек [53]. Расходы на амбулаторную психотерапию (8-10 сеансов) *всех* суицидентов составили бы 0,05% бюджета психиатрического центра [28]. Однако следует ждать и большего притока пациентов в привлекательные внебольничные службы, обращенные к их гибким потребностям. Нужно учесть и затраты на целевое обучение (переучивание) персонала, например, выявлению депрессии и суицидального риска [111] и для развертывания звеньев антикризисной службы (кризисного отделения, например, за счет сокращаемых коек многопрофильного стационара).

Здравоохранение и его службы не могут быть окупаемы (меняется лишь структура затрат), ибо его результаты (социальное функционирование, качество жизни) реализуются вне его рамок. Более дорогое, но качественное, с доказанной затратной эффективностью (по сравнению с «рутинным») лечение выгодно обществу, пациенту и его семье. Клинические руководства «надлежащей практики» должны учитывать местный контекст. Так, при малом поступлении суицидентов нерентабельна круглосуточная бригада специалистов. Создание рекомендаций без внятной стратегии их внедрения и обеспечения ресурсами неразумно («гладко было на бумаге…») и вызовет скепсис и протводействие практиков, очередное разочарование «потребителей» помощи. В этой связи необходима и обратная связь при динамической оценке и контроле затратной эффективности, качества внедряемых инноваций. Всесторонний подход и планирование более

[1] Шанс получения помощи обратно пропорционален расстоянию от дома пациента до больницы. См. также [83]

рентабельно (следует доказать), чем неупорядоченная (лишь неотложная) помощь разрозненных и неполных служб здравоохранения [7, 112]. Возможно улучшение результативности служб без значительных дополнительных финансовых и кадровых вливаний при лучшей координации имеющихся региональных медицинских, психиатрических и социальных ресурсов с привлечением мало пока востребованной в РФ добровольческой помощи [78].

Экономия в краткосрочной перспективе связана со снижением нагрузки на медицинские (психиатрические) и социальные учреждения, но к этому ведет и … суицид. Намеренно провокационна и полемична декларация «экономии» от: а) не лечения депрессии и иных психических расстройств жертв суицида; б) отказа от пенсии, расходов на социальное обеспечение и интернатов; в) ассистированных суицидов [32]. Дополнительная «экономия» при типично обедненной сети неформальной поддержки суицидента: меньше горюющих; суициденты отнесены к низкому социально-экономическому уровню – утраченный, но низкий доход снижает социальные издержки [113].

Итак, многообразное бремя принципиально предотвратимого суицидального поведения – важный показатель физического и психического благополучия населения страны. У программ предупреждения суицидов гуманный посыл народосбережения и ресурсосберегающий потенциал. Предстоит внедрять новые целевые методы лечения и профилактики с доказанной затратной эффективностью, обращенные к изменчивым клинико-социальным потребностям лиц из групп высокого риска с учетом не только снижения риска суицида, но использования общемедицинских и социальных служб, функционирования и качества жизни, психического и физического благополучия, употребления ПАВ, агрессии.

Необходимы отечественные клинико-эпидемиолгические исследования, уточняющие и детализирующие бремя суицидального поведения с позиций пациента, его близких, медицинской (психиатрической) службы и общества в целом.

Литература:

1. Sartorius N. Preface // Br. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 173. – Suppl. 36. – P. 3.
2. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3-10.
3. Kennelly B. The economic cost of suicide in Ireland // Crisis. – 2007. – Vol. 28. – P. 89– 94.
4. Knox K.L., Caine E.D. Establishing priorities for reducing suicide and its antecedents in the United States // Am. J. Public. Health. – 2005. – Vol. 95. – P. 1898-1903.
5. O'Sullivan M., Lawlor M., Corcoran P., Kelleher M.J. The cost of hospital care in the year before and after parasuicide // Crisis. – 1999. – Vol. 20. – P. 178–183.
6. Palmer C.S., Revicki D.A., Halpern M.T., Hatziandreu E.J. The cost of suicide and suicide attempts in the United States // Clin. Neuropharmacology. – 1995. – Vol. 18, Suppl. 3. – P. S25-S33.
7. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 264 с.
8. Davey P.J., Leeder S.R. The cost of cost-of-illness studies // Med. J. Austr. –1993. – Vol. 158. – P. 583–584.
9. Doran C.M., Ling R., Gullestrup J. et al. The impact of a suicide prevention strategy on reducing the economic cost of suicide in the New South Wales construction Industry // Crisis. – 2015. – Vol. 11. – P. 18–23.

Транслитерация:

1. Sartorius N. Preface // Br. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 173. – Suppl. 36. – P. 3.
2. Lyubov E.B., Morev M.V., O.I. Falaleeva The economic suicide burden in Russian Federation // Suicidology. – 2012. – № 3. – C. 3-10. (In Russ)
3. Kennelly B. The economic cost of suicide in Ireland // Crisis. – 2007. – Vol. 28. – P. 89– 94.
4. Knox K.L., Caine E.D. Establishing priorities for reducing suicide and its antecedents in the United States // Am. J. Public. Health. – 2005. – Vol. 95. – P. 1898-1903.
5. O'Sullivan M., Lawlor M., Corcoran P., Kelleher M.J. The cost of hospital care in the year before and after parasuicide // Crisis. – 1999. – Vol. 20. – P. 178–183.
6. Palmer C.S., Revicki D.A., Halpern M.T., Hatziandreu E.J. The cost of suicide and suicide attempts in the United States // Clin. Neuropharmacology. – 1995. – Vol. 18, Suppl. 3. – P. S25-S33.
7. Gurovich I.Ja., Ljubov E.B. Farmakojepidemiologija i farmakojekonomika v psihiatrii. – M.: Medpraktika-M, 2003. – 264 s. (In Russ)
8. Davey P.J., Leeder S.R. The cost of cost-of-illness studies // Med. J. Austr. –1993. – Vol. 158. – P. 583–584.
9. Doran C.M., Ling R., Gullestrup J. et al. The impact of a suicide prevention strategy on reducing the economic cost of suicide in the New South Wales construction Industry // Crisis. – 2015. – Vol. 11. – P. 18–23.

10. von Knorring L., Bingefors K., Ekseliuset L. al. Cost-effectiveness in the prevention of suicide – a population approach // Investing in health: the social and economic benefits of health care innovation. – 2001. – Vol. 14. – P. 389– 409.
11. Sgobin S.M., Traballi A.L, Botega N.J., Coelho O.R. Direct and indirect cost of attempted suicide in a general hospital: cost-of-illness study // Sao Paulo Med. J. – 2015. – Vol. 133. – P. 218-226.
12. Алавердова Лиана. Брат мой, брат… – М.: Новые возможности, 2014. – 156 с.
13. American Association for Suicidology. Surviving after suicide factsheet. / /www.suicidology.org/Portals/14/docs/Resources/FactSheets/SurvivingAfterSuicide.pdf
14. Jordan J. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature // Suicide and life-threat. Behav. – 2001. – Vol. 31. – P. 91–102.
15. McDaid D., Kennelly B. An economic perspective on suicide across the five continents / Wasserman D., Wasserman C., eds. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. NY: Oxford University Press, 2009. – P. 359–367.
16. Борисоник Е.В., Любов Е.Б., Паршин А.Н., Цупрун В.Е. Бремя семьи, вызванное суицидальной попыткой близкого родственника // Сб. материалов науч. конф. «Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии» (Оренбург, 26-28 октября 2015. Оренбургский ГМУ, 2015. – С. 18-19.)
17. Carson J. Spencer Foundation, crisis care network, National action alliance for suicide prevention, American Association of Suiciology. A manager's guide to suicide postvention in the workplace: 10 action steps for dealing with the aftermath of suicide. Denver, Colorado: Carson J. Spencer Foundation, 2013.
18. Corso P.S., Mercy J.A., Simon T.R. et al. Medical costs and productivity losses due to interpersonal and self-directed violence in the United States // Am. J. Prevent. Med. – 2007. – Vol. 32. – P. 474–482.
19. Berman AL. Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base // Suicide life-threat. Behav. – 2011. – Vol. 41. – P. 110–116.
20. Crosby A.E., Sacks J.J. Exposure to suicide: Incidence and association with suicidal ideation and behavior – United States, 1994 // Suicide life-threat. Behav. – 2002. – Vol. 32. – P. 321–328.
21. Brent D. What family studies teach us about suicidal behavior: implications for research, treatment, and prevention // Eur. Psychiatry. – 2010. – Vol. 25. – P. 260–263.
22. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3 (12). – С. 3–16.

10. von Knorring L., Bingefors K., Ekseliuset L. al. Cost-effectiveness in the prevention of suicide – a population approach // Investing in health: the social and economic benefits of health care innovation. – 2001. – Vol. 14. – P. 389– 409.
11. Sgobin S.M., Traballi A.L, Botega N.J., Coelho O.R. Direct and indirect cost of attempted suicide in a general hospital: cost-of-illness study // Sao Paulo Med. J. – 2015. – Vol. 133. – P. 218-226.
12. Alaverdova Liana. Brat moj, brat… – M.: Novye vozmozhnosti, 2014. – 156 s. (In Russ)
13. American Association for Suicidology. Surviving after suicide factsheet. / /www.suicidology.org/Portals/14/docs/Resources/FactSheets/SurvivingAfterSuicide.pdf
14. Jordan J. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature // Suicide and life-threat. Behav. – 2001. – Vol. 31. – P. 91–102.
15. McDaid D., Kennelly B. An economic perspective on suicide across the five continents / Wasserman D., Wasserman C., eds. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. NY: Oxford University Press, 2009. – P. 359–367.
16. Borisonik E.V., Ljubov E.B., Parshin A.N., Cuprun V.E. Bremja sem'i, vyzvannoe suicidal'noj popytkoj blizkogo rodstvennika // Sb. materialov nauch. konf. «Dushevnoe zdorov'e naselenija na granice Evropy i Azii» (Orenburg, 26-28 oktjabrja 2015. Orenburgskij GMU, 2015. – S. 18-19.) (In Russ)

17. Carson J. Spencer Foundation, crisis care network, National action alliance for suicide prevention, American Association of Suiciology. A manager's guide to suicide postvention in the workplace: 10 action steps for dealing with the aftermath of suicide. Denver, Colorado: Carson J. Spencer Foundation, 2013.
18. Corso P.S., Mercy J.A., Simon T.R. et al. Medical costs and productivity losses due to interpersonal and self-directed violence in the United States // Am. J. Prevent. Med. – 2007. – Vol. 32. – P. 474–482.
19. Berman AL. Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base // Suicide life-threat. Behav. – 2011. – Vol. 41. – P. 110–116.
20. Crosby A.E., Sacks J.J. Exposure to suicide: Incidence and association with suicidal ideation and behavior – United States, 1994 // Suicide life-threat. Behav. – 2002. – Vol. 32. – P. 321–328.
21. Brent D. What family studies teach us about suicidal behavior: implications for research, treatment, and prevention // Eur. Psychiatry. – 2010. – Vol. 25. – P. 260–263.
22. Lyubov E.B., Tsuprun V.E. Suicidal behaviour and schizophrenia: promising preventative and curative biopsychosocial interventions // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 3 (12). – P. 3–16. (In Russ)

23. Юрьева Л.Н. Суицид в психиатрической больнице: стратегии профилактики психической дезадаптации у медицинского персонала // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 4 (17). – С. 32–36.
24. Gulfi A., Castelli Dransart D.A., Heeb J.L., Gutjahr E. The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers // Crisis. – 2010. – Vol. 31. – P. 202–210.
25. Войцех В.Ф., Амбрумова А.Г. Сравнительный клинико-эпидемиологический анализ суицидальных попыток в городе Москве за 1978 и 1998 годы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Том 11. – Вып. 2. – С. 15-18.
26. World Health Organisation. Preventing suicide: a resource at work. Geneva: WHO, 2006.
27. KPMG. The economic cost of suicide in Australia. Melbourne: KPMG, 2013.
28. Букин С.И., Лазаревич С.Н. Об экономической составляющей профилактики самоубийств / XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. – СПб: Альта Астра, 2015. – С. 883-884.
29. Langlois S., Morrison P. Suicide deaths and suicide attempts // Health Rep. –2002. – Vol. 13, № 2. – P. 9-22.
30. SmartRisk. The economic burden of injury in Canada. – Toronto, ON: Author, 2009.
31. O'Dea D, Tucker S. The cost of suicide to society. – Wellington, NZ: Ministry of Health, 2005.
32. Yang B., Lester D. Recalculating the economic cost of suicide // Death Stud. – 2007. – Vol. 31. – P. 351–361.
33. Shepard D.S., Gurewich D., Lwin A.K. et al. Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications // Suicide life-threat Behav. – 2015. – Vol. 45. – P. 121–128.
34. Law C.K., Yip .P.S, Chen Y.Y. The economic and potential years of life lost from suicide in Taiwan, 1997-2007 // Crisis. – 2011. – Vol. 32. – P. 152–159.
35. Czernin S, Vogel M, Flückiger M. et al. Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors // Swiss Med. Wkly. – 2012. – Vol. 142. – w13648.
36. Platt S., McLean J., McCollam A. et al. Evaluation of the first phase of Choose Life: The national strategy and action plan to prevent suicide in Scotland. Edinburgh: Scottish Executive Social Research, 2006.
37. Butchart A., Brown D., Khanh-Huynh A. et al. Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence. – Geneva: World Health Organization, 2008.

23. Yur'yeva L.N. Suicide in psychiatric hospital: strategy for prevention of psychiatric misadaptation among medical staff // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 4 (17). – P. 32–36. (In Russ)
24. Gulfi A., Castelli Dransart D.A., Heeb J.L., Gutjahr E. The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers // Crisis. – 2010. – Vol. 31. – P. 202–210.
25. Vojceh V.F., Ambrumova A.G. Sravnitel'nyj kliniko-jepidemiologicheskij analiz suicidal'nyh popytok v gorode Moskve za 1978 i 1998 gody // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2001. – Tom 11. – Vyp. 2. – C. 15-18. (In Russ)
26. World Health Organisation. Preventing suicide: a resource at work. Geneva: WHO, 2006.
27. KPMG. The economic cost of suicide in Australia. Melbourne: KPMG, 2013.
28. Bukin S.I., Lazarevich S.N. Ob jekonomicheskoj sostavljajushhej profilaktiki samoubijstv / XVI S`ezd psihiatrov Rossii. Vserossijskaja nauchno-prakticheskaja konferencija s mezhdunarodnym uchastiem «Psihiatrija na jetapah reform: problemy i perspektivy», 23-26 sentjabrja 2015 goda, g. Kazan' [Jelektronnyj resurs]: tezisy / pod obshhej redakciej N.G. Neznanova. – SPb: Al'ta Astra, 2015. – S. 883-884. (In Russ)
29. Langlois S., Morrison P. Suicide deaths and suicide attempts // Health Rep. –2002. – Vol. 13, № 2. – P. 9-22.
30. SmartRisk. The economic burden of injury in Canada. – Toronto, ON: Author, 2009.
31. O'Dea D, Tucker S. The cost of suicide to society. – Wellington, NZ: Ministry of Health, 2005.
32. Yang B., Lester D. Recalculating the economic cost of suicide // Death Stud. – 2007. – Vol. 31. – P. 351–361.
33. Shepard D.S., Gurewich D., Lwin A.K. et al. Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications // Suicide life-threat Behav. – 2015. – Vol. 45. – P. 121–128.
34. Law C.K., Yip .P.S, Chen Y.Y. The economic and potential years of life lost from suicide in Taiwan, 1997-2007 // Crisis. – 2011. – Vol. 32. – P. 152–159.
35. Czernin S, Vogel M, Flückiger M. et al. Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors // Swiss Med. Wkly. – 2012. – Vol. 142. – w13648.
36. Platt S., McLean J., McCollam A. et al. Evaluation of the first phase of Choose Life: The national strategy and action plan to prevent suicide in Scotland. Edinburgh: Scottish Executive Social Research, 2006.
37. Butchart A., Brown D., Khanh-Huynh A. et al. Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence. – Geneva: World Health Organization, 2008.

38. Victor S.E., Klonsky E.D. Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis // Clin. Psychol. Rev. – 2014. – Vol 34. – P. 282–297.
39. Любов Е.Б., Саркисян Г.Р. Депрессивные расстройства: фармакоэпидемиологические и клинико-экономические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Том 16. – Вып. 2. – С. 93-102.
40. Kleine-Budde K., Müller R., Kawohl, W. et al. The cost of depression–a cost analysis from a large database // J. Affect. Dis. – 2013. – Vol. 147. – P. 137–143.
41. Glonti K., Gordeev V.S., Goryakin Y. et al. A systematic review on health resilience to economic crises // PLoS One. – 2015. – Vol. 10. – e0123117.
42. Sut N., Memis D. Intensive care costs of acute poisoning cases // Clin. Toxicol. (Phila). – 2008. – Vol. 46. – P. 457– 460.
43. Diekstra R.F.W. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents // World Health Stat. Q. – 1993. – Vol. 46, № 1. – P. 52–68.
44. Serinken M., Karcioglu O., Sengul C et al. Hospital costs of managing deliberate self-poisoning in Turkey // Med. Sci. Monit. – 2008. – Vol. 14. – CR152-8.
45. Shahid M., Khan M.M., Naqvi H., Razzak J. Cost of treatment of deliberate self-harm. A study from Pakistan // Crisis. – 2008. – Vol. 29. – P. 213-215.
46. Nordentoft M., Breum L., Munck LK. et al. High mortality by natural and unnatural causes: A 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts // BMJ. – 1993. – Vol. 306. – P. 1637–1641.
47. Bech P., Raaback O.L., Rasmussen N.A. et al. Male depression: stress and aggression as pathways to major depression / Dawson A., Tylee A., eds. Depression: social and economic timebomb. – London: BMJ Books, 2004. – P. 63–66.
48. Riska E., Ettore E. Mental distress-gender aspects of symptoms and coping // Acta Oncol. – 1999. – Vol. 38. – P. 757–761.
49. Moller-Leimkuhler A.M. Barriers to help-seeking by men: a review of socio-cultural and clinical literature with particular reference to depression // J. Affect. Dis. – 2002. – Vol. 71. – P. 1–9.
49. Коновалов А.Ю. Клинико - социальные характеристики и реабилитация лиц с суицидальными попытками в условиях многопрофильного соматического стационара // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 5. – С.16–19.
50. Ваулин С.В. Суицидальные попытки и незавершенные суициды (госпитальная диагностика, оптимизация терапии, профилактика): Автореф. дисс. … докт. мед. наук, 2012. – 46 с.
51. Kapur N., House A., May C., Creed F. Service provision and outcome for deliberate self-poisoning in adults-results from a six-centre descriptive study // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epid. – 2003. – Vol. 38. – P. 390-355.

38. Victor S.E., Klonsky E.D. Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis // Clin. Psychol. Rev. – 2014. – Vol 34. – P. 282–297.
39. Ljubov E.B., Sarkisjan G.R. Depressivnye rasstrojstva: farmakojepidemiologicheskie i kli-nikojekonomicheskie aspekty // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2006. – Tom 16. – Vyp. 2. – S. 93-102. (In Russ)
40. Kleine-Budde K., Müller R., Kawohl, W. et al. The cost of depression–a cost analysis from a large database // J. Affect. Dis. – 2013. – Vol. 147. – P. 137–143.
41. Glonti K., Gordeev V.S., Goryakin Y. et al. A systematic review on health resilience to economic crises // PLoS One. – 2015. – Vol. 10. – e0123117.
42. Sut N., Memis D. Intensive care costs of acute poisoning cases // Clin. Toxicol. (Phila). – 2008. – Vol. 46. – P. 457– 460.
43. Diekstra R.F.W. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents // World Health Stat. Q. – 1993. – Vol. 46, № 1. – P. 52–68.
44. Serinken M., Karcioglu O., Sengul C et al. Hospital costs of managing deliberate self-poisoning in Turkey // Med. Sci. Monit. – 2008. – Vol. 14. – CR152-8.
45. Shahid M., Khan M.M., Naqvi H., Razzak J. Cost of treatment of deliberate self-harm. A study from Pakistan // Crisis. – 2008. – Vol. 29. – P. 213-215.
46. Nordentoft M., Breum L., Munck LK. et al. High mortality by natural and unnatural causes: A 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts // BMJ. – 1993. – Vol. 306. – P. 1637–1641.
47. Bech P., Raaback O.L., Rasmussen N.A. et al. Male depression: stress and aggression as pathways to major depression / Dawson A., Tylee A., eds. Depression: social and economic timebomb. – London: BMJ Books, 2004. – P. 63–66.
48. Riska E., Ettore E. Mental distress-gender aspects of symptoms and coping // Acta Oncol. – 1999. – Vol. 38. – P. 757–761.
50. Moller-Leimkuhler A.M. Barriers to help-seeking by men: a review of socio-cultural and clinical literature with particular reference to depression // J. Affect. Dis. – 2002. – Vol. 71. – P. 1–9.
51. Konovalov A.Ju. Kliniko-social'nye harakteristiki i reabilitacija lic s suicidal'nymi popytkami v uslovijah mnogoprofil'nogo somaticheskogo stacionara // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2010. – № 5. – S.16–19. (In Russ)
52. Vaulin S.V. Suicidal'nye popytki i nezavershennye suicidy (gospital'naja diagnostika, optimizacija terapii, profilaktika): Avtoref. diss. … dokt. med. nauk, 2012. – 46 s. (In Russ)
53. Kapur N., House A., May C., Creed F. Service provision and outcome for deliberate self-poisoning in adults-results from a six-centre descriptive study // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epid. – 2003. – Vol. 38. – P. 390-355.

52. Yeo H.M. The cost of treatment of deliberate self-harm // Arch. Emerg. Med. –1993. – Vol. 10. – P. 8–14.
53. Kavalci G., Ethemoglu F.B., Batuman A. et al. Epidemiological and cost analysis of self-poisoning cases in Ankara, Turkey // Iran Red. Crescent Med. J. – 2014. – Vol. 16. :e10856.
54. Ramchandani P., Murray B., Hawton K., House A. Deliberate self poisoning with antidepressant drugs: a comparison of the relative hospital costs cases of overdose of tricyclics with those of selective-serotonin re-uptake inhibitors // J. Affect. Disord. – 2000. – Vol 60. – P. 97-100.
55. D'Mello D.A., Finkbeiner D.S., Kocher K.N. The cost of antidepressant overdose // Gen. Hosp. Psychiatry. – 1995. – Vol. 7. – P. 454–455.
56. Luna G.K., Kendal K., Pilcher S. et al. The medical and social impact of nonaccidental injury // Arch. Surg. – 1988. – Vol. 123. – P. 825-827.
57. Suominen K., Isometsa E., Suokas J. Completed suicide after a suicide attempt: A 37-year follow-up study // Am. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 161. – P. 562–563.
58. Sinclair J.M., Gray A., Rivero-Arias O. et al. Healthcare and social services resource use and costs of self-harm patients // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epid. – 2011. – Vol 46. – P. 263–271.
59. Любов Е.Б., Игнатенко С.А. Рациональный выбор и применение антидепрессантов в психиатрической практике: научно доказательное обоснование // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2015. – № 1. – Вып. 2. – С. 36-42.
60. Suicide Prevention Australia. Work and suicide prevention: position statement. Sydney: suicide prevention Australia, 2014.
61. The economic cost of suicide and suicide behaviour in the NSW construction industry and the impact of MATES in Construction suicide prevention strategy in reducing this cost. – Research Report, 2014. – 26 p.
62. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis // Br. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 170. – P. 205–228.
63. Hawton K., Houston K., Haw C. et al. Comorbidity of axis I and and II disorders in patients who attempted suicide // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160. – P. 1494–1500.
64. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Чапурин С.А. и соавт. Стоимостной анализ депрессивных расстройств в отечественных психиатрических службах // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – № 3. – С. 77- 82.
65. Любов Е.Б., Ястребов В.С., Шевченко Л.С. и соавт. Экономическое бремя шизофрении в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Том 12. – Вып. 3. – С. 36–42.
54. Yeo H.M. The cost of treatment of deliberate self-harm // Arch. Emerg. Med. –1993. – Vol. 10. – P. 8–14.
55. Kavalci G., Ethemoglu F.B., Batuman A. et al. Epidemiological and cost analysis of self-poisoning cases in Ankara, Turkey // Iran Red. Crescent Med. J. – 2014. – Vol. 16. :e10856.
56. Ramchandani P., Murray B., Hawton K., House A. Deliberate self poisoning with antidepressant drugs: a comparison of the relative hospital costs cases of overdose of tricyclics with those of selective-serotonin re-uptake inhibitors // J. Affect. Disord. – 2000. – Vol 60. – P. 97-100.
57. D'Mello D.A., Finkbeiner D.S., Kocher K.N. The cost of antidepressant overdose // Gen. Hosp. Psychiatry. – 1995. – Vol. 7. – P. 454–455.
58. Luna G.K., Kendal K., Pilcher S. et al. The medical and social impact of nonaccidental injury // Arch. Surg. – 1988. – Vol. 123. – P. 825-827.
59. Suominen K., Isometsa E., Suokas J. Completed suicide after a suicide attempt: A 37-year follow-up study // Am. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 161. – P. 562–563.
60. Sinclair J.M., Gray A., Rivero-Arias O. et al. Healthcare and social services resource use and costs of self-harm patients // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epid. – 2011. – Vol 46. – P. 263–271.
61. Ljubov E.B., Ignatenko S.A. Racional'nyj vy-bor i primenenie antidepressantov v psihiat-richeskoj praktike: nauchno dokazatel'noe obosnovanie // Zhurn. nevrologii i psihiatrii im. Korsakova. – 2015. – № 1. – Vyp. 2. – S. 36-42. (In Russ)
62. Suicide Prevention Australia. Work and suicide prevention: position statement. Sydney: suicide prevention Australia, 2014.
63. The economic cost of suicide and suicide behaviour in the NSW construction industry and the impact of MATES in Construction suicide prevention strategy in reducing this cost. – Research Report, 2014. – 26 p.
64. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis // Br. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 170. – P. 205–228.
65. Hawton K., Houston K., Haw C. et al. Comorbidity of axis I and and II disorders in patients who attempted suicide // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160. – P. 1494–1500.
66. Gurovich I.Ja., Ljubov E.B., Chapurin S.A. i soavt. Stoimostnoj analiz depressivnyh rasstrojstv v otechestvennyh psihiatricheskih sluzhbah // Zhurn. nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 2010. – № 3. – S. 77- 82. (In Russ)
67. Ljubov E.B., Jastrebov V.S., Shevchenko L.S. i soavt. Jekonomicheskoe bremja shizofrenii v Rossii // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2012. – Tom 12. – Vyp. 3. – S. 36–42. (In Russ)

66. Zhu B., Ascher-Svanum H., Faries D.E. et al. Costs of treating patients with schizophrenia who have illness-related crisis events // BMC Psychiatry. – 2008. – Vol. 8. – P. 72.
67. Brakoulias V., Ryan C., Byth K. Patients with deliberate self-harm seen by a consultation-liaison service //Aust. Psychiatry. – 2006. – Vol. 14. – P. 192-197.
68. Полетаева О.О. Проблема суицидов в контексте психического здоровья / Психическое здоровье: Санкт-Петербург – 2000. Материалы конф. 20-21 апреля 2000 г. – СПб: СПбГТУ, 2000. – С. 167–169.
69. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Экономические затраты учреждения здравоохранения в результате обусловленных злоупотреблением алкоголя случаев лечения в соматическом стационаре // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Том 21. – Вып. 2. – С. 33–36.
70. Beautrais A.L. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up // Aust. NZ Psychiatry. – 2003. – Vol. 37. – P. 595–599.
71. Bjornaas M.A., Jacobsen D., Haldorsen T., Ekeberg O. Mortality and causes of death after hospital-treated self-poisoning in Oslo: A 20-year follow-up // Clin. Toxicol. – 2009. – Vol. 47. – P. 116–123.
72. Owens D., Wood C., Greenwood D.C. et al. Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: 16-year outcome study // Br. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 187. – P. 470-475.
73. Sohn J., Cho J. , Moon K.T. et al. Medical care expenditure in suicides from non-illness-related causes // J. Prev. Med. public health. – 2014. – Vol. 47. – P. 327-335.
74. Stensland M.D., Zhu B., Ascher-Svanum H., Ball D.E. Costs associated with attempted suicide among individuals with bipolar disorder // J. Ment. health policy Econ. – 2010. – Vol. 13. – P. 87-92.
75. Rutz W., Carlsson P., von Knorring L., Walinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish committee for the prevention and treatment of depression // Acta Psychiatr. Scand. – 1992. – Vol. 85. – P. 457-464.
76. Зотов П.Б., Уманский С.М., Уманский М.С. Необходимость и сложности суицидологического учета // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 4. – С. 48-49.
77. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы России: структура и функция // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3 (16). – С. 3–17.
78. Предупреждение суицидов: глобальный императив. – Женева: ВОЗ, 2014. – 102 с.
79. Улучшение качества и использования информации о рождении, смерти и причинах смерти: руководство для стандартизованного анализа ситуации в странах. – ВОЗ. Европейское региональное бюро, 2012. – 88 с.

68. Zhu B., Ascher-Svanum H., Faries D.E. et al. Costs of treating patients with schizophrenia who have illness-related crisis events // BMC Psychiatry. – 2008. – Vol. 8. – P. 72.
69. Brakoulias V., Ryan C., Byth K. Patients with deliberate self-harm seen by a consultation-liaison service //Aust. Psychiatry. – 2006. – Vol. 14. – P. 192-197.
70. Poletaeva O.O. Problema suicidov v kontekste psihicheskogo zdorov'ja / Psihicheskoe zdorov'e: Sankt-Peterburg – 2000. Materialy konf. 20-21 aprelja 2000 g. – SPb: SPbGTU, 2000. – S. 167–169. (In Russ)
71. Govorin N.V., Saharov A.V. Jekonomicheskie zatraty uchrezhdenija zdravoohranenija v rezul'tate obuslovlennyh zloupotrebleniem alkogolja sluchaev lechenija v somaticheskom stacionare // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2011. – Tom 21. – Vyp. 2. – S. 33–36. (In Russ)
72. Beautrais A.L. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up // Aust. NZ Psychiatry. – 2003. – Vol. 37. – P. 595–599.
73. Bjornaas M.A., Jacobsen D., Haldorsen T., Ekeberg O. Mortality and causes of death after hospital-treated self-poisoning in Oslo: A 20-year follow-up // Clin. Toxicol. – 2009. – Vol. 47. – P. 116–123.
74. Owens D., Wood C., Greenwood D.C. et al. Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: 16-year outcome study // Br. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 187. – P. 470-475.
75. Sohn J., Cho J. , Moon K.T. et al. Medical care expenditure in suicides from non-illness-related causes // J. Prev. Med. public health. – 2014. – Vol. 47. – P. 327-335.
76. Stensland M.D., Zhu B., Ascher-Svanum H., Ball D.E. Costs associated with attempted suicide among individuals with bipolar disorder // J. Ment. health policy Econ. – 2010. – Vol. 13. – P. 87-92.
77. Rutz W., Carlsson P., von Knorring L., Walinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish committee for the prevention and treatment of depression // Acta Psychiatr. Scand. – 1992. – Vol. 85. – P. 457-464.
78. Zotov P. B., Umansky M. S., Umansky, M. S. the Necessity and complexity of suicidological accounting // Academic Journal of West Siberia. – 2010. – № 4. – C. 48-49. (In Russ)
79. Lyubov E.B., Kabizulov V.S., Tsuprun V.E., Chubina S.A. Regional antisuicide facilities in Russia: structure and function // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 3 (16). – P. 3–17. (In Russ)
80. Preduprezhdenie suicidov: global'nyj imperativ. – Zheneva: VOZ, 2014. – 102 s. (In Russ)
81. Uluchshenie kachestva i ispol'zovanija informacii o rozhdenii, smerti i prichinah smerti: rukovodstvo dlja standartizovannogo analiza situacii v stranah. – VOZ. Evropejskoe regional'noe bjuro, 2012. – 88 s. (In Russ)

80. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г и соавт. Факторы искажения структуры причин смерти трудоспособного населения России // Социальные аспекты здоровья населения (Электронный научный журнал). – 2013. – № 4 (32). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/category/5/68/30/lang,ru/
81. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: территориальный аспект // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1 (14). – С. 3-11.
82. Чубина С.А., Любов Е.Б., Куликов А.Н. Клинико-эпидемиологический анализ суицидального поведения в Тульской области // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 4 (21). – С. 66-75.
83. World Health Organization. Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide: Summary Report (ICP/PSF 017 (s) 6526 V) Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1986.
84. Milner A., Spittal M.J., Pirkis J., LaMontagne A.D. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis // Br. J. Psychiatry. – 2013. – Vol. 203. – P. 409–416.
85. Wolff N., Helminiak T.W. The anatomy of cost estimates – the "other" outcome / Hu T.W., Rupp A. eds. Advances in health economics and health services research. – London: JAI Press Inc., 1993.
86. US Department of Health and Human Services. Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention 2012 national strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Washington, DC: US Department of health and human services, 2012.
87. Sari N., de Castro S., Newman F.L., Mills G. Should we invest in suicide prevention programs? // J. Socio-Econ. – 2008. – Vol. 37. – P. 262–275.
88. Zechmeister I., Kilian R., McDaid D., the MHEEN Group. Is is worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations // BMC Public Health. – 2008. – Vol. 8. – P. 11.
89. Fleischmann A., Bertolote J.M., Wasserman D. et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries // Bull. World Health Organ. – 2008. – Vol. 86. – P. 703–709.
90. Lester D. Qualitative research in suicidology: thoughts on Hjelmeland and Knizek's "Why we need qualitative research in suicidology" // Suicidology Online. – 2010. – Vol.1. – P. 76–78.
91. Mann J.J., Apter A., Bertolote J. Suicide prevention strategies: a systematic review // JAMA. – 2005. – Vol. 294 (16). – P. 2064-2074.

82. Ivanova A.E., Sabgajda T.P., Semenova V.G i soavt. Faktory iskazhenija struktury prichin smerti trudosposobnogo naselenija Rossii // Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija (Jelek-tronnyj nauchnyj zhurnal). – 2013. – № 4 (32). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/category/5/68/30/lang,ru/ (In Russ)
83. Morev M.V., Shmatova J.E., Lyubov E.B. Dynamics of suicide mortality in Russia: the regional level // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 1 (14). – P. 3-11. (In Russ)
84. Chubina S.A., Lyubov E.B., Kulikov A.N. Clinical and epidemiological analysis of suicidal behavior in Tula region // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 4 (21). – P. 66-75. (In Russ)
85. World Health Organization. Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide: Summary Report (ICP/PSF 017 (s) 6526 V) Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1986.
86. Milner A., Spittal M.J., Pirkis J., LaMontagne A.D. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis // Br. J. Psychiatry. – 2013. – Vol. 203. – P. 409–416.
87. Wolff N., Helminiak T.W. The anatomy of cost estimates – the "other" outcome / Hu T.W., Rupp A. eds. Advances in health economics and health services research. – London: JAI Press Inc., 1993.
88. US Department of Health and Human Services. Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention 2012 national strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Washington, DC: US Department of health and human services, 2012.
89. Sari N., de Castro S., Newman F.L., Mills G. Should we invest in suicide prevention programs? // J. Socio-Econ. – 2008. – Vol. 37. – P. 262–275.
90. Zechmeister I., Kilian R., McDaid D., the MHEEN Group. Is is worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations // BMC Public Health. – 2008. – Vol. 8. – P. 11.
91. Fleischmann A., Bertolote J.M., Wasserman D. et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries // Bull. World Health Organ. – 2008. – Vol. 86. – P. 703–709.
92. Lester D. Qualitative research in suicidology: thoughts on Hjelmeland and Knizek's "Why we need qualitative research in suicidology" // Suicidology Online. – 2010. – Vol.1. – P. 76–78.
93. Mann J.J., Apter A., Bertolote J. Suicide prevention strategies: a systematic review // JAMA. – 2005. – Vol. 294 (16). – P. 2064-2074.

92. Appleby L., Morriss R., Gask L. et al. An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STORM Project) // Psychol. Med. – 2000. – Vol. 30. – P. 805–812.
93. Comans T., Visser V., Scuffham P. Cost effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide // Crisis. – 2013. – Vol. 34. – P. 390–397.
94. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 10–22.
95. de Beurs D.P., Bosmans J.E, de Groot M.H. et al. Training mental health professionals in suicide practice guideline adherence: Cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial // J. Affect. Dis. – 2015. – Vol. 186. – P. 203-210.
96. van Spijker B.A., Majo M.C., Smit F. et al. Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help // J. Med. Internet Res. – 2012. – Vol 14, № 5. – P. 134-136.
97. Hegerl U., Althaus D., Schmidtke A., Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality // Psychol. Med. – 2006. – Vol. 36. – P. 1225–1233.
98. Stoppe G., Sandholzer H., Huppertz C. et al. Family physicians and the risk of suicide in the depressed elderly // J. Affect. Dis. – 1999. – Vol. 54. – P. 193–198.
99. Szumilas M., Kutcher S. Post-suicide intervention programs: a systematic review // Can. J. Public Health. – 2011. – Vol. 102. – P. 18-29.
100. Hilton M., Scuffham P., Sheridan J. et al. Mental ill-health and the differential effect of employee type on absenteeism and presenteeism // J. Occup. Environ. Med. – 2008. – Vol. 50. – P. 1228-1243.
101. Hughes T., Hampshaw S., Renvoize E., Storer D. General hospital services for those who carry out deliberate self-harm // Psychiatr. Bull. – 1998. – Vol. 22. – P. 88–91.
102. Crawford M.J., Wessely S. Does initial management affect the rate of repetition of deliberate self-harm? Cohort study // BMJ. – 1998. – Vol. 17. – P. 985.
103. Runeson B., Wasserman D. Management of suicide attempters: what are the routines and the costs? // Acta Psychiatr. Scand. – 1994. – Vol. 90. – P. 222–228.
104. Kanehara A., Yamana H., Yasunaga H. et al. Psychiatric intervention and repeated admission to emergency centres due to drug overdose // Br. J. Psychiatry Open. – 2015. – Vol. 1, № 2. – P. 158–163.

94. Appleby L., Morriss R., Gask L. et al. An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STORM Project) // Psychol. Med. – 2000. – Vol. 30. – P. 805–812.
95. Comans T, Visser V, Scuffham P. Cost effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide // Crisis. – 2013. – Vol. 34. – P. 390–397.
96. Lyubov E.B. Mass Media and copycat suicidal behavior: Part II. Preventing suicide: a resource for media professionals // Suicidology. – 2012. – № 4. – P. 10–22. (In Russ)
97. de Beurs D.P., Bosmans J.E, de Groot M.H. et al. Training mental health professionals in suicide practice guideline adherence: Cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial // J. Affect. Dis. – 2015. – Vol. 186. – P. 203-210.
98. van Spijker B.A., Majo M.C., Smit F. et al. Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help // J. Med. Internet Res. – 2012. – Vol 14, № 5. – P. 134-136.
99. Hegerl U., Althaus D., Schmidtke A., Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality // Psychol. Med. – 2006. – Vol. 36. – P. 1225–1233.
100. Stoppe G., Sandholzer H., Huppertz C. et al. Family physicians and the risk of suicide in the depressed elderly // J. Affect. Dis. – 1999. – Vol. 54. – P. 193–198.
101. Szumilas M., Kutcher S. Post-suicide intervention programs: a systematic review // Can. J. Public Health. – 2011. – Vol. 102. – P. 18-29.
102. Hilton M., Scuffham P., Sheridan J. et al. Mental ill-health and the differential effect of employee type on absenteeism and presenteeism // J. Occup. Environ. Med. – 2008. – Vol. 50. – P. 1228-1243.
103. Hughes T., Hampshaw S., Renvoize E., Storer D. General hospital services for those who carry out deliberate self-harm // Psychiatr. Bull. – 1998. – Vol. 22. – P. 88–91.
104. Crawford M.J., Wessely S. Does initial management affect the rate of repetition of deliberate self-harm? Cohort study // BMJ. – 1998. – Vol. 17. – P. 985.
105. Runeson B., Wasserman D. Management of suicide attempters: what are the routines and the costs? // Acta Psychiatr. Scand. – 1994. – Vol. 90. – P. 222–228.
106. Kanehara A., Yamana H., Yasunaga H. et al. Psychiatric intervention and repeated admission to emergency centres due to drug overdose // Br. J. Psychiatry Open. – 2015. – Vol. 1, № 2. – P. 158–163.

105. Milner A.J., Carter G., Pirkis J. et al. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide // Br. J. Psychiatry. – 2015. – Vol. 206. – P. 184–190.
106. Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review // Br. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 181. – P. 193–199.
107. National institute for health and clinical excellence. Self-Harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence. NICE, 2004 (http://www.nice.org.uk/guidance/cg16).
108. Royal college of psychiatrists. Assessment following self-harm in adults (Council report CR122). Royal college of psychiatrists, 2004.
109. Carroll R., Metcalfe C., Gunnell D. Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: Systematic review and meta-analysis // J. Affect. Dis. – 2014. – Vol. 168. – P. 476–483.
110. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 11-12.
111. Whyte I.M., Dawson A.H., Buckley N.A. et al. Health care: a model for the management of self-poisoning // Med. J. Aust. – 1997. – Vol. 167. – P. 142–146.
112. Stack S. Societal economic costs and benefits from death: Another look // Death Stud. – 2007. – Vol. 31. – P. 363–372.

107. Milner A.J., Carter G., Pirkis J. et al. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide // Br. J. Psychiatry. – 2015. – Vol. 206. – P. 184–190.
108. Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review // Br. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 181. – P. 193–199.
109. National institute for health and clinical excellence. Self-Harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence. NICE, 2004 (http://www.nice.org.uk/guidance/cg16).
110. Royal college of psychiatrists. Assessment following self-harm in adults (Council report CR122). Royal college of psychiatrists, 2004.
111. Carroll R., Metcalfe C., Gunnell D. Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: Systematic review and meta-analysis // J. Affect. Dis. – 2014. – Vol. 168. – P. 476–483.
112. Kornetov N.A. Multispectral model of suicide prevention // Tyumen medical journal. – 2013. – Vol. 15, № 1. – P. 11-12. (In Russ)
113. Whyte I.M., Dawson A.H., Buckley N.A. et al. Health care: a model for the management of self-poisoning // Med. J. Aust. – 1997. – Vol. 167. – P. 142–146.
114. Stack S. Societal economic costs and benefits from death: Another look // Death Stud. – 2007. – Vol. 31. – P. 363–372.

THE CLINICAL AND ECONOMIC STUDIES OF SUICIDAL BEHAVIOR

E.B. Lyubov, A.N. Parshin

Moscow Research Institute of Psychiatry, Moscow, Russia

Suicidal behavior (SB) is a significant public health problem, representing a major burden in terms of morbidity to the individual and health-service utilization. It is important to demonstrate that SB is the cause of substantial economic losses in a societal perspective and to develop preventive measures with a high population impact. Major cost savings may be achieved by targeting the prevention of suicide. Little is known about the cost-effectiveness of suicide prevention programs and interventions. Future studies on the cost-effectiveness of suicide prevention interventions should be conducted. Addressing suicide requires a multifactorial approach involving communities, workplaces, schools, and the health sector (e.g., General hospital services).

Keywords: suicidal behavior, treatment, prevention, cost effect.

УДК: 616.89–008

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НАЛИЧИЯ ВЕРЫ В БОГА НА СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ ВУЗА

А.В. Меринов, М.А. Байкова

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

Контактная информация:

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

Байкова Мария Александровна – клинический ординатор кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г.Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: lentazzz111@gmail.com

Работа посвящена изучению вопроса о влиянии «веры в Бога» на антивитальный профиль индивида. Была исследована группа студентов, отрицательно ответивших на вопрос анкеты «Верите ли вы в Бога?» без учета половой принадлежности (847 человек, из которых 669 составили девушки и 178 – юноши), а также с учетом гендерного разделения для более детального выявления антивитальных феноменов внутри групп. Так как существует устойчивое житейское мнение, что вера в Бога защищает человека от суицидального поведения, а также его несуицидальных эквивалентов, то логичным становится предположение о том, что отсутствие таковой способствует активизации суицидального радикала личности, и увеличивает ее общую аутоагрессивность. При осуществлении исследования авторы исходили из этой гипотезы, которая подтвердилась его результатами. В исследовании было выяснено, что верующих респондентов реже посещают суицидальные мысли, по сравнению с неверующими (22% и 30% соответственно); среди верующих юношей почти в три раза меньше количество молодых людей, имеющих парасуицид в анамнезе, по сравнению с неверующими (5% и 14% соответственно). Статистически значимых различий между группами верующих и неверующих девушек найдено не было. Также выяснено, что верующие в Бога респонденты имеют заметно меньшее количество предикторов аутоагрессии, что нашло более детальное отражение при исследовании гендерных особенностей внутри групп. В процессе исследования было установлено, что отсутствие веры в Бога плотно ассоциировано с различными антивитальными паттернами поведения и их предикторами, а также выявлено наличие гендерных отличий, характеризующих аутоагрессивный профиль, как верующих, так и неверующих молодых людей. Таким образом, указание респондентом на отсутствие / наличие «веры в Бога» может использоваться для оценки суицидального потенциала и устойчивости психо-эмоционального состояния индивида.

Ключевые слова: суицидология, аутоагрессия, молодые люди, вера в Бога.

В европейско-христианской традиции вера постулирует некую особую связь человека с Богом и переживание этой связи, основанной на субъективном опыте, а также имеющим для испытывающего его индивида исключительную очевидность и достоверность. Проблема веры неуклонно встает перед любым человеком, и здесь необходимо учитывать, что понятие «веры в Бога», сама «вера» может транслироваться лишь от человека к человеку. То есть, это понятие и его принятие происходит, как правило, из семьи, а также, активно акцептируется россиянами посредством просветительской работы Русской Православной Церкви, СМИ, фольклора, пословиц и поговорок. Один из постулатов христианской веры гласит, что самоубийство – это тягчайший грех, который невозможно простить или отпустить на этой земле, ибо Церковь отпускает всякий грех лишь при покаянии. И здесь, в проблеме самоубийства, возникает не только невозможность исповедания самоубийцей, но и сочетание таких грехов, как факта убийства (самого себя), неверия или маловерия; уныния, отчаяния, через которые самоубийца отказывается «нести свой крест». Таким образом, он выражает сомнение в спасительном промысле Божием и ставит себя на его место, вынося вердикт своему земному существованию.

Известно, что самоубийство является самым крайним проявлением аутоагрессивного поведения [1]. Существует и ряд других, несуицидальных аутоагрессивных феноменов [1-3], по-сути, имеющих ту же антивитальную направленность и лишь внешне, своей относительно приемлемой социальной «траекторией», кажущихся не столь одиозными, не вступающими в очевидный конфликт с традиционными общественно-религиозными установками. Безусловно, вера в Бога, традиционно рассматривается суицидологами как выраженная провитальная установка, которая чаще принимается за таковую «априори», как само собой разумеющийся факт. Каких-либо серьезных исследований данной темы, однозначно подводящих под данный вопрос серьезную эмпирико-доказательную базу, особенно в отношении рассматриваемой нами группы молодых людей и девушек (студентов ВУЗа), не проводилось. В данном контексте настораживают два момента. Первое, это крайне высокий суицидальный потенциал именно этой группы [3, 4]. И второе, что наличие внешней атрибутики веры, в частности, ношения креста, пусть редкого, но посещения церковных служб, являются частыми находками при изучении завершенных суицидальных попыток [4].

Таким образом, целью исследования являлось выяснение влияние веры в Бога на антивитальность юношей и девушек, обучающихся в ВУЗе, изучение отличия между группами в отношении суицидологически значимых личностно-психологических характеристик верующих и неверующих молодых людей, а так же гендерную специфичность обнаруженных особенностей.

Материал и методы.

Для получения ответов на поставленные вопросы обследовано 959 студентов ВУЗа, из них положительно ответивших на вопрос: «Верите ли Вы в Бога?» было 847 человек (669 девушек и 178 юношей), ответивших отрицательно – 112 (63 и 49 соответственно).

Дизайн исследования подразумевал три серии сравнений. Для этого все исследуемые респонденты были условно разделены на шесть групп. В первые две вошли все верующие, и, соответственно, не верующие студенты, без учета их пола, то есть, за группообразующий фактор принималось только наличие или отсутствие веры в Бога. Данная серия условно оценивала глобальное влияние религиозных установок на молодых людей данного возрастного среза. Следующие две, – составили верующие и неверующие девушки (ВД и НВД соответственно), с целью изучения влияния рассматриваемого фактора на про- и антисуицидальные «системы» девушек. Две оставшиеся группы – составили верующие и неверующие юноши (ВЮ и НВЮ), также для изучения гендерных особенностей влияния веры в Бога на аутоагрессивный потенциал респондентов.

Возраст в первых двух группах составил 21,17±0,09 года для верующих и 20,38±0,17 года для неверующих респондентов. Во второй серии сравнения – 20,92±0,40 года для ВД и 20,71±0,18 года для НВД; в третьей серии – 21,61±0,14 года для ВЮ и 21,27±0,20 года для НВЮ. Обследованные респонденты были сопоставимы по основным социально - демографическим показателям, единственным значимым различием в группах являлось наличие либо отсутствие веры в Бога.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [3].

Для оценки показателей личностно - психологического профиля были использованы тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI) Плутчека-Келлермана-Конте, тест Mini-Mult (сокращённый вариант MMPI), а также опросник для диагностики специфики переживания гнева State Anger Inventory – STAXI, а также тест-опросник «Шкала предписаний» [3, 8].

Обработка данных и их статистический анализ проводились на базе компьютерных программ: Microsoft Excel 2010 и STATISTICA 7.0. Применение статистических методов определения достоверности различий между изучаемыми группами также определялось характером распределения и типом исследуемых переменных. В случае нормального распределения признаков применялся t-критерий Стьюдента. В иных случаях применялись методы непараметрической статистики (использовались метод χ^2, а также χ^2 с поправкой Йетса). Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости $p<0,05$. Выборочные дескриптивные статистики представлены в виде M±m.

Таблица 1

Основные статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов у неверующих респондентов в сравнении с верующими

Признак	Респонденты, верующие в Бога (n=847)	Респонденты, не имеющие веры в Бога (n=112)	Значение p
Суицидальные мысли в течение последних двух лет	12%	20%	0,0335
Наличие суицидальных мыслей в анамнезе	22%	30%	0,047

Результат и их обсуждение.

Основные статистически значимые отличия в отношении суицидальных и несуицидальных аутоагрессивных паттернов, а также их предикторов, в прошлом и настоящем отражены в представленных ниже таблицах.

Рассмотрим изолированные отличия в отношении рассматриваемых суицидальных паттернов поведения в группах верующих и неверующих респондентов.

Из представленных в таблице 1 данных видно, что наличие веры в Бога «предохраняет» верующих респондентов от таких классических аутоагрессивных паттернов поведения, как «наличие суицидальных мыслей» в прошлом и в настоящем, что можно объяснить табуированием суицида в европейско - христианской традиции веры: «…Ибо проклят перед Богом [всякий] повешенный [на дереве]» Вт. 21:23. По остальным аутоагрессивным паттернам поведения статистически значимых различий между группами верующих и неверующих респондентов найдено не было. Несмотря на это, группа верующих респондентов, по таким показателям как «попытка суицида за последние два года», «ранее последних двух лет» и «попытка суицида в анамнезе вообще», оказалась более благополучной, чем группа неверующих респондентов (0% и 9%, 3% и 11%, 3% и 15% соответственно). В данном случае, при рассмотрении в совокупности полученных значений по классическим суицидальным паттернам, можно заключить, что при отсутствии веры в Бога суицидальные идеации обладают большей «токсичностью». Однако пока нет точных данных о количестве верующих или неверующих респондентов среди лиц закончивших свою жизнь посредством суицида в данной возрастной группе.

Рассмотрим изолированные отличия в отношении рассматриваемых паттернов и признаков в группах верующих и неверующих юношей.

В представленной таблице 2, более заметно влияние веры в Бога на классические аутоагрессивные паттерны. Так группа НВЮ по наличию попытки суицида в последние два года отличается от ВЮ почти в четыре раза, а по остальным признакам – более чем в три.

Что касается ВД и НВД, то здесь не было обнаружено статистически значимых отличий суицидальных паттернов поведения между группами. На такие показатели как «попытка суицида в последние два года», «ранее последних двух лет», «попытка суицида в анамнезе вообще» в группе ВД были получены следующие значения соответственно: 4%, 7% и 8%; в то время как в группе НВД по тем же показателям были получены следующие значения: 2%, 5% и 6% соответственно.

Таблица 2

Основные статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов поведения у неверующих юношей по сравнению с верующими

Признак	ВЮ (n=178)	НВЮ (n=49)	Значение p
Суицидальная попытка в последние два года	3%	11%	0,0142
Суицидальная попытка в анамнезе	5%	14%	0,0257
Наличие суицидальных мыслей в последние два года	7%	22%	0,0023

По таким параметрам, как «наличие суицидальных мыслей в течение последних двух лет», «ранее двух лет», «наличие суицидальных мыслей в анамнезе вообще» в группах ВД и НВД были получены следующие значения: 14% и 17%, 20% и 25%, 23% и 33% (соответственно). Данные цифры показывают, что группы ВД и НВД по данным классическим аутоагрессивным паттернам поведения с учетом количества респонденток в данных группах не отличаются между собой. Однако некая, аналогичная обнаруженной в мужской группе, тенденция просматривается очевидно. Примечательно, что основной антивитальный потенциал в группе неверующих респондентов, составленной, как из НВЮ, так и из НВД по классическим аутоагрессивным паттернам поведения несут именно НВЮ. Меньшую «суицидальность» девушек можно объяснить устоявшейся в обществе социальной парадигмой, утверждающей женщину в роли жены, матери, хранительницы очага [7, 8].

Рассмотрим статистически значимые отличия в отношении рассматриваемых предикторов аутоагрессивного поведения в группах верующих и неверующих респондентов.

У неверующих респондентов отсутствие страха смерти, а также страх темноты в детстве (эквивалент страха смерти) сочетается с такими предикторами аутоагрессивного поведения, как переживание чувства одиночества, отсутствием четкого представления о смысле жизни, что, априори, делает группу более «восприимчивой» в отношении реализации аутоагрессивных импульсов. Все это находит свое продолжение в данных, отражённых в таблице 6.

Верующие респонденты чаще длительного чувства одиночества не испытывают: «Ты не один, если Бог с тобой», объяснение чему легко можно найти в ощущении постоянного присутствия высших сил, – это в свою очередь находит свое отражение в христианской традиции ношения креста, не просто как отличительного знака веры, но и как напоминания о том, что Господь неотступно находится рядом. Также у верующих респондентов велико ощущение того, что долготерпение будет вознаграждено. Данное чувство можно объяснить широко известной максимой: «Господь терпел и нам велел». Евангелие передает данное положение следующим образом: «… Претерпевший же до конца спасется» Мф. 10:22.

Высокие показатели страха смерти и страх темноты в детстве объяснимы страданиями, перенесенными Христом перед своей кончиной, о которых помнит каждый верующий человек, а так же тем, что последует после нее [7]. В европейско-христианской традиции веры за смертью заканчивает свое мирское существование лишь тело, а душе предстоит еще более пугающее путешествие по загробному миру. «Человекам положено однажды умереть, а потом суд» (Евр. 9:27). Мытарства, которые осуществляет душа перед тем, как Великий Судья определит, куда же ее стоит отправить: в ад или в рай, описываются в религиозной литературе как «пугающие» и «ужасные».

Таблица 3

Основные статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессии у неверующих респондентов по сравнению с верующими

Признак	Респонденты, верующие в Бога (n=847)	Респонденты, не имеющие веры в Бога (n=112)	Значение p
Наличие страха темноты в детстве	48%	37%	0,0212
Наличие страха смерти	58%	37%	0,0326
Переживание чувства одиночества в течение последних лет	31%	41%	0,0352
Переживание чувства одиночества в течение жизни вообще	37%	49%	0,0129
Вера в то, что грешники попадают в ад	68%	9%	0,0001
Наличие смысла жизни	58%	46%	0,018
Вера в реинкарнацию или «Спасение души»	60%	30%	0,0001
Вера в то, что долгое терпение будет вознаграждено	71%	57%	0,002

Таблица 4

Основные статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения у неверующих юношей по сравнению с верующими

Признак	ВЮ (n=178)	НВЮ (n=49)	Значение p
Страх темноты в детстве	37%	18%	0,0164
Чувства одиночества последние два года	26%	43%	0,0208
Наличие в роду долгожителей	69%	33%	0,004
Вера в то, что грешники попадают в ад	64%	10%	0,0000
Вера в реинкарнацию или Спасение души	63%	35%	0,0003
Способность нарушить нормы нравственности и морали	3%	55%	0,0404
Алкогольная зависимость у матери	0%	8%	0,0001

Далее рассмотрим таблицу, в которой представлены статистически значимые отличия в отношении рассматриваемых предикторов аутоагрессии в группах верующих и неверующих юношей. В таблице 4 нашли свое отражение похожие явления, представленные нами ранее в таблице 3.

Отдельно остановимся на том, что в группе НВЮ отмечается более низкое число долгожителей в роду. Можно предположить некую сценарность короткой жизни в группе [3, 9, 10]. Низкий процент юношей, верящих в реинкарнацию и Спасение, демонстрирует потенциальное концентрирование респондентов группы на жизни настоящей, жизни «здесь и сейчас», что может привести к увеличению уровня актуального стресса и, как следствие, различных попыток его снять [3].

В группе НВЮ процент способных нарушить мораль превышает таковой в группе ВЮ более, чем в 18 раз (55% и 3% соответственно). Любое действие, нарушающее нормы общепринятой морали, которая во многом опирается на библейские заповеди, либо осуждается, отвергается Богом и Церковью, обществом, либо являет собой ряд рискованных, нелицеприятных действий, возможно, влекущих за собой вредные для жизни и здоровья человека последствия. Еще одно интересное отличие между группами ВЮ и НВЮ – это наличие матери, страдающей от алкогольной зависимости (0% и 8% соответственно). Это отличие является важным для изучения антивитального сценария человека, особенно мужского пола, так как, в рамках теории трансактного анализа существует наблюдение, что «сценарий» передается ребенку родителем противоположного пола, и в данном случае мать, страдающая от алкогольной зависимости, может транслировать ребенку разрушающий его жизнь сценарий [9, 10].

Таблица 5

Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения у неверующих девушек по сравнению с верующими

Признак	ВД (n=669)	НВД (n=63)	Значение p
Родственник страдал психическим заболеванием	6%	13%	0,0336
Чувство одиночества	39%	54%	0,0182
Вера в то, что грешники попадают в ад	70%	8%	0,0001
Вера в то, что время умирать еще не скоро	57%	71%	0,0307
Наличие смысла жизни	57%	40%	0,0084
Вера в реинкарнацию или Спасение души	59%	27%	0,0001
Способность нарушить нормы нравственности и морали	26%	46%	0,0005
Вера в то, что долгое терпение будет вознаграждено	71%	52%	0,0024

В следующей таблице 5 представлены отличия в отношении рассматриваемых предикторов аутоагрессии среди верующих и неверующих девушек.

Говоря об отличиях по аналогичным показателям в женской группе, отметим, что для НВД больше характерно переживание одиночества (вероятно, гендерно объяснимое отличие – как результат желания к рассматриваемому возрасту иметь партнера). Группу логично характеризует отсутствие веры в Спасение или реинкарнацию, что уже анализировалось выше. Также в ней более, чем в два раза, выше процент девушек, у которых родственник страдал психическим заболеванием (в данном случае, речь идет именно о психиатрической патологии). Несколько неожиданным, но крайне любопытным фактом явилось то, что 71% НВД считает, что их время умирать настанет еще не скоро, однако при этом лишь 40% их них уверены в наличии смысла их жизни. Вероятно, в какой-то степени это может быть связано с православной установкой на то, что именно Бог определяет продолжительность индивидуальной жизни и человек умирает, когда «его призовет Господь». Опять же любопытной находкой явилось то, что, не смотря на то, что в группе НВД явно преобладают респондентки, способные нарушить нормы нравственности и морали, среди ВД таковых значительно больше, чем в аналогичной мужской группе.

Однако в целом отметим, что в отношении целого ряда суицидологически значимых предикторов, все рассмотренные верующие группы гораздо более благоприятны. Факт безверия в данных возрастных и гендерных группах плотно ассоциирован с целым рядом феноменов, позволяющих констатировать их более высокий аутоагрессивный потенциал.

Рассмотрим теперь изолированные отличия в отношении рассматриваемых паттернов в группах верующих и неверующих респондентов.

Среди статистически значимых несуицидальных аутоагрессивных паттернов в группе неверующих респондентов обращает на себя внимание больший процент молодых людей, у которых в анамнезе были переломы (у трети в количестве более двух), оперативные вмешательства.

Таблица 6

Статистически значимые отличия в отношении несуицидальных паттернов аутоагрессивного поведения у неверующих респондентов по сравнению с верующими

Признак	Респонденты, верующие в Бога (n=847)	Респонденты, не имеющие веры в Бога (n=112)	Значение p
Наличие перелома в анамнезе	20%	33%	0,0156
Оперативные вмешательства	20%	30%	0,0149
Злоупотребление алкоголем	6%	16%	0,026
Курение	22%	36%	0,002
Стал курить больше в последние два года	15%	25%	0,0061
Наличие опасного для жизни хобби	8%	14%	0,0241
Подвергался физическому или сексуальному насилию	5%	10%	0,0287
Братание	11%	17%	0,047
Прием наркотиков в последние два года	8%	16%	0,0084
Прием наркотиков в течение жизни вообще	12%	19%	0,0375
Субъективная гетероагрессивность	18%	28%	0,0152
CAGE (положительный ответ на первый вопрос)	12%	23%	0,0007
CAGE (положительный ответ на второй вопрос)	7%	17%	0,0003
CAGE (положительный ответ на четвертый вопрос)	2%	5%	0,0149

Таблица 7

Статистически значимые отличия в отношении несуицидальных паттернов аутоагрессивного поведения у неверующих юношей по сравнению с верующими

Признак	ВЮ (n=178)	НВЮ (n=49)	Значение p
Наличие несчастных случаев	13%	27%	0,0209
Братание	11%	24%	0,0182
Прием наркотиков в последние два года	8%	16%	0,0084
CAGE (положительный ответ на первый вопрос)	17%	37%	0,0036
CAGE (положительный ответ на второй вопрос)	10%	24%	0,0055
CAGE (положительный ответ на четвертый вопрос)	3%	10%	0,0491

Они чаще злоупотребляли алкоголем и наркотическими веществами, курили (часто с тенденцией к увеличению выкуриваемых сигарет). Кроме того, они же чаще имели опасные для жизни хобби, были жертвами физического или сексуального насилия («… искушая терпение Господа нашего»), обладали более высоким уровнем агрессивности, что нередко приводило к ответной (в том числе и физической агрессии в отношении их самих), что отражено в известной пословице: «Береженого и Бог бережет».

Отметим так же заслуживающие, на наш взгляд, внимание особенности ответов респондентов на вопросы теста CAGE. 23% респондентов, не имеющих веры в Бога, положительно ответили на первый вопрос теста CAGE («Вам когда-нибудь говорили, что вы должны меньше выпивать, или перестать пить?»), что почти в два раза больше, чем в группе верующих респондентов. Более чем в два раза высок процент молодых людей, положительно ответивших на второй и четвертый вопросы теста CAGE («Чувствовали ли вы когда-либо раздражение, если кто-то критиковал Вас за излишнее употребление спиртных напитков?» и «Вы когда-нибудь принимали алкоголь по утрам для улучшения самочувствия?»). С сожалением приходится констатировать, что в группе неверующих респондентов, гораздо выше риск существования или формирования алкогольной зависимости. Напомним, что, по мнению целого ряда авторов, данное заболевание является аутоагрессивным по своей сути [3, 5, 11, 12].

Многие авторы отмечали, что именно употребление алкоголя и наркотиков может являться суррогатным способом успокоения от экзистенциальных кризисов [3, 5, 6, 9].

Таким образом, несуицидальный аутоагрессивный полюс в неверующей группе был преимущественно представлен соматическим направлением саморазрушения, наличием аддитивных расстройств, а также различными видами рисковано-виктимного пути реализации антивитальных импульсов.

Рассмотрим теперь изолированные отличия в отношении рассматриваемых паттернов в группах верующих и неверующих юношей.

В группах ВЮ и НВЮ статистически значимые отличия обнаруживаются лишь по трем несуицидальным аутоагрессивным паттернам поведения, значения по которым отличаются в два и более раз, что вероятно отражает гендерный тип реализации аутоагрессивных импульсов [4].

В группе НВЮ в отношении результатов теста CAGE складывается похожая картина, как и в группе неверующих респондентов вообще. Однако субъективная оценка себя как злоупотребляющего алкоголем у юношей уже отсутствует – разница между группами отсутствует, при ещё пока, в целом, невысоких цифрах (порядка 7-10%). Что не может не настораживать в плане формирования защитной реакции – в виде исчезновения критики и вытеснения последствий приема алкоголя. Это подтверждается диссонансом в субъективной оценке себя как уже чрезмерно пьющего и результатами тестовой оценки формирования алкогольной зависимости [3].

При изучении аналогичных отличий у девушек, получены следующие результаты (табл. 8).

Таблица 8

Статистически значимые отличия в отношении несуицидальных паттернов аутоагрессивного поведения у неверующих девушек по сравнению с верующими

Признак	ВД (n=669)	НВД (n=63)	Значение p
Наличие оперативного вмешательства	19%	32%	0,0156
Стала курить больше	12%	22%	0,0199
Склонность к гетероагрессии последние два года	18%	29%	0,0425
Число переломов	0,19±0,02	0,35±0,17	0,0467

Как следует из данных, приведенных в таблице 8, группа ВД более благополучна, чем группа НВД, в отношении таких, традиционно женских, «соматизированных» путей реализации личностной аутоагрессивности [5, 6], как наличие оперативной патологии, агрессивному курению, гетероагрессивности, что логично коррелирует с возможностью нарушения норм морали и нравственности. Также число переломов у них per capita более чем в 1,5 раза выше, чем в группе сравнения.

Перейдем к анализу личностно-психологических характеристик респондентов в группах (табл. 9).

В группе неверующих респондентов выше показатели в отношении таких сценарных посланий [8-10], как: «Не будь близок», – люди с подобным сценарным предписанием получают запрет на физическую и/или эмоциональную близость, что может повлечь за собой замкнутость, одиночество; «Не будь здоров», – ребенок, получивший такое предписание может решить, что для получения внимания ему стоит стать нездоровым, иначе говоря, заболеть. «Не будь нормальным», – в данном случае, получая такое послание, ребенок может решить стать безумным, таким образом выделиться из толпы.

«Не принадлежи», – люди, имеющие в своем «сценарном профиле» данное послание, чувствуют себя чужими в обществе. В контексте отношения к вере, полученные данные могут трактоваться, как «не принадлежи» Богу.

Что касается группы верующих респондентов, то среди них наиболее распространен такой механизм психологической защиты, как «Отрицание». Суть его заключается в том, что использующий его человек отрицает события или информацию, которую не может принять; при этом отрицаемый факт не воспринимается в качестве существующего и имеющего смысл.

Таблица 9

Статистически значимые отличия в отношении личностно-психологических характеристик у неверующих респондентов по сравнению с верующими

Признак	Респонденты, верующие в Бога (n=847)	Респонденты, не имеющие веры в Бога (n=112)	Значение p
Послание «Не будь близок»	16,75±0,24	18,49±0,74	0,027537
Послание «Не будь здоров»	13,38±0,22	14,83±0,67	0,046212
Послание «Не принадлежи»	12,91±0,23	15,66±0,79	0,000167
Послание «Не будь нормальным»	13,52±0,20	14,91±0,62	0,036293
ЗПМ Отрицание	5,73±0,09	4,89±0,27	0,001457
ЗПМ Вытеснение	3,25±0,07	4,25±0,22	0,000004
ЗПМ Замещение	3,72±0,09	4,50±0,28	0,004478
ЗПМ Интеллектуализация	5,31±0,07	6,03±0,21	0,001601
TRATE-ANGER/T (агрессия как темперамент)	4,91±0,06	5,31±0,18	0,043174
AX/IN (аутоагрессия)	13,59±0,14	14,64±0,39	0,029095

Для верующих людей такой механизм защиты позволяет нивелировать неприемлемые чувства, эмоции, мысли, сомнения в существовании Бога [6, 7]. «Отрицание» позволяет идеализировать объект, не замечая его недостатков. Данный механизм не защищает от реальности, – можно отрицать неприемлемые эмоции, мысли, чувства, поступки, но от этого они не исчезают, не теряют своей актуальности, следовательно, ответственность за них, возможно, переложить на плечи Всевышнего.

Излюбленными защитными механизмами неверующих респондентов являются «вытеснение», «замещение», «интеллектуализация».

При «вытеснении» неприемлемая информация, мысли, события, чувства продолжают свое существование в бессознательном, но не перестают оказывать влияние на поведение человека [6].

Применение механизма «замещение» можно объяснить с позиции оценки антивитального профиля неверующих респондентов, у которых весьма велико разнообразие несуицидальных аутоагрессивных паттернов, которыми можно заменить суицид. «Интеллектуализация» не позволяет оценить в полной мере всю силу и значение своих эмоций, переводит их на абстрактный уровень. Комбинация такого защитного механизма со сценарными посланиями «Не принадлежи», «Не будь близок» порождает длительно испытываемое чувство одиночества и обостряет его, если таковое уже есть в виду проблем в межличностном взаимодействии. Это со своей стороны может породить суицидальные идеации, которые, допустимо, приемлемо заменить на один или несколько несуицидальных аутоагрессивных паттернов [3, 6].

Молодых людей с отсутствием веры в Бога также отличают более высокие показатели тестовых значений TRATE-ANGER/T (агрессия как темперамент) и AX/IN (аутоагрессия), что гармонично дополняет обнаруженные нами отличия в суицидологическом профиле группы.

В первом случае, это особенность возбудимости нервной системы, определяющей способ взаимодействия человека с окружающей действительностью, и этой особенностью является агрессивность. В сочетании с вышеописанными защитными механизмами, применяемыми неверующими респондентами, неприемлемая в социуме агрессивность переводится в аутодеструкцию, что позволяет реализовать ее в полном объеме [5]. В то же время объяснить меньшую выраженность вышеописанных проявлений агрессии у верующих респондентов позволяет проповедование Церковью и Богом смирения. Иисус сказал: «Кто ударит тебя в правую щеку твою, обрати к нему и другую» Мф. 5:39. Данное высказывание предписывает человеку на всякое зло отвечать добром, оставляя право вершить правосудие Богу.

Среди НВЮ также больше, чем среди ВЮ, число юношей с предписаниями «Не будь близок», «Не будь здоров», «Не принадлежи» и «Не будь собой». Родительское послание «Не будь собой», передаваемое родителем ребенку означает лишь несоответствие своего ребенка желаемому «идеалу» (по полу, способностям, фенотипу и т.д.). НВЮ так же предпочитают использовать «замещение», что рассмотрено выше.

Данные, касающиеся аналогичных характеристик женской группы, представлены в таблице 11.

Таблица 10

Статистически значимые отличия в отношении личностно – психологических характеристик у неверующих юношей по сравнению с верующими

Признак	ВЮ (n=178)	НВЮ (n=49)	Значение p
Послание «Не будь близок»	16,19±0,51	19,23±1,16	0,041146
Послание «Не будь здоров»	12,37±0,47	15,68±1,13	0,011367
Послание «Не принадлежи»	12,74±0,51	15,60±1,13	0,043622
Послание «Не будь собой»	11,31±0,42	13,83±1,04	0,037194
ЗПМ Замещение	3,55±0,18	4,60±0,47	0,032264

Таблица 11

Статистически значимые отличия в отношении личностно-психологических характеристик у неверующих девушек по сравнению с верующими

Признак	ВД (n=669)	НВД (n=63)	Значение p
TRATE – ANGER/T	4,91±0,21	5,44±0,25	0,0195
AX/IN	13,63±0,15	14,95±0,53	0,0164
AX/OUT	14,19±0,19	15,25±0,50	0,0247
Послание «Не принадлежи»	12,94±0,24	15,71±1,10	0,0021
ЗПМ Отрицание	5,68±0,10	4,29±0,31	0,0001
ЗПМ Вытеснение	3,01±0,10	3,54±0,29	0,035
ЗПМ Реактивное образование	3,43±0,10	2,81±0,22	0,014

При анализе данных представленной таблицы 11 можно отметить, что группа НВД, в целом, имеет более аутоагрессивный психологический «профиль». Их личностная агрессивность, выступающая составной частью темперамента, направляется как на себя, так и вовне. Что в первом случае согласуется с большинством, выявленных нами, клинико - суицидологических паттернов, во втором – с выраженной гетероагрессивностью респонденток, их склонностью к неоправданному риску, способностью в своем поведении и решениях с легкостью обходить общепризнанные рамки морали и нравственности.

Респондентки из группы НВД чаще обнаруживали родительское послание «Не принадлежи», суть которого рассматривалась выше. Преобладающим защитным психологическим механизмом, характеризующим именно НВД, является «Вытеснение». ВД чаще используют механизм «Отрицание», отвергая проблему как данность, а также «Реактивное образование», позволяющее подавить неприемлемое, негативное для личности чувство, при этом преобразовав его в псевдоположительное.

Выводы:

1. Вера в Бога является провитальным феноменом, вероятно, существенно снижающим потенциальную аутодеструктивную напряженность.

2. Отсутствие веры в Бога ассоциировано с различными антивитальными паттернами поведения и их предикторами в прошлом и настоящем, а также подразумевает весьма специфичный для суицидологии личностно - психологический профиль.

3. Наличие / отсутствие веры в Бога отражает заметные гендерные различия, что имеет важное значение для теории и практики в рамках как превентивной, так и поствентивной суицидологии.

4. Отсутствие веры в Бога, вероятно, выступает в качестве фактора, способствующего формированию алкогольной зависимости, что неразрывно связано с повышенной аутоагрессивностью рассматриваемой группы, с учетом аутодеструктивного этиопатогенеза алкогольной зависимости.

5. В целях профилактики суицидального поведения молодых людей обоего пола целесообразно использовать как медико - психологический ресурс, так и возможности религиозной парадигмы, вероятно, ресурсы которой при своевременном «получении» соответствующих провитальных посланий, весьма велики, что позволяет наметить пути эффективного взаимодействия, с разработкой эффективных программ предотвращения суицидального поведения.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации. – М., 1980. – 48 с.

Транслитерация:

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija: metod. rekomendacii. – M., 1980. – 48 s. (In Russ)

2. Меринов А.В. Аутоагрессивные и клинико-психологические характеристики парасуицидальных мужчин с алкогольной зависимостью // Наркология. – 2011. – Том 10, № 8 (116). – С. 72-77.
3. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дисс. … д-ра. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06. – М., 2012. – 48 с.
4. Лукашук А.В., Меринов А.В. Клинико-суицидологическая и экспериментально-психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – С. 82-87.
5. Сомкина О.Ю., Меринов А.В. Феномен аутоагрессивного поведения и алкогольная зависимость (обзор литературы) [Электронный ресурс] // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. – 2014. – № 2 (5). Режим доступа: URL: http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=80 (дата обращения: 22.05.2014).
6. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. – М.: Педагогика, 1993. – С. 20-25.
7. Фрейд З. Моисей и монотеизм / В кн.: Основные принципы психоанализа. – М.: Рефл-бук, Ваклер, 1998. – 288 с.
8. Drego P. The cultural parent // Transactional analysis journal. – 1983. – Vol. 13. – P. 224-227.
9. Berne E. Transactional analysis in psychotherapy: a systematic individual and social psychiatry. – New York: Grove Press, 1961. – 318 p.
10. Berne E. What do you say after you say hello. – New York: Grove Press, 1972. – 318 p.
11. Родяшин Е.В., Зотов П.Б., Габсалямов И.Н., Уманский М.С. Алкоголь среди факторов смертности от внешних причин // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 21-23.
12. Дегтярев В.А. Психологические факторы развития суицидального поведения у лиц с алкогольной зависимостью в экологически неблагоприятных районах Челябинской области // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 3. – С. 10-11.

2. Merinov A.V. Autoagressivnye i kliniko-psihologicheskie harakteristiki parasuicidal'nyh muzhchin s alkogol'noj zavisimost'ju // Narkologija. – 2011. – Tom 10, № 8 (116). – S. 72-77. (In Russ)
3. Merinov A.V. Autoagressivnoe povedenie i ocenka suicidal'nogo riska u bol'nyh alkogol'noj zavisimost'ju i chlenov ih semej: avtoref. diss. … d-ra. med. nauk: 14.01.27; 14.01.06. – M., 2012. – 48 s. (In Russ)
4. Lukashuk A.V., Merinov A.V. Kliniko-suicidologicheskaja i jeksperimen-tal'no-psihologicheskaja harakteristiki molodyh ljudej, vospitannyh v «alkogol'nyh» sem'jah // Nauka molodyh (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – S. 82-87.
5. Somkina O.Ju., Merinov A.V. Fenomen autoagressivnogo povedenija i alkogol'naja zavisimost' (obzor literatury) [Jelektronnyj resurs] // Lichnost' v menjajushhemsja mire: zdorov'e, adaptacija, razvitie: setevoj zhurn. – 2014. – № 2 (5). Rezhim dostupa: URL: http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=80 (data obrashhenija: 22.05.2014). (In Russ)
6. Frejd A. Psihologija Ja i zashhitnye mehanizmy. – M.: Pedagogika, 1993. – S. 20-25. (In Russ)
7. Frejd Z. Moisej i monoteizm / V kn.: Osnovnye principy psihoanaliza. – M.: Reflbuk, Vakler, 1998. – 288 s. (In Russ)
8. Drego P. The cultural parent // Transactional analysis journal. – 1983. – Vol. 13. – P. 224-227.
9. Berne E. Transactional analysis in psychotherapy: a systematic individual and social psychiatry. – New York: Grove Press, 1961. – 318 p.
10. Berne E. What do you say after you say hello. – New York: Grove Press, 1972. – 318 p.
11. Rodjashin E.V., Zotov P.B., Gabsaljamov I.N., Umansky M.S. Alcohol is among the factors of mortality from external causes // Suicidology. – 2010. – № 1. – P. 21-23. (In Russ)
12. Degtjarev V.A. Psihologicheskie faktory razvitija suicidal'nogo pove-denija u lic s alkogol'noj zavisimost'ju v jekologicheski neblagoprijatnyh rajonah Cheljabinskoj oblasti // Tyumen medical journal. – 2014. – Vol. 16, № 3. – P. 10-11. (In Russ)

ANALYSIS OF THE INFLUENCE OF THE AVAILABILITY OF FAITH IN GOD ON SUICIDOLOGICAL INDICATORS AND CLINICAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF STUDENTS OF SENIOR COURSES OF THE UNIVERSITY

A.V. Merinov, M.A. Baykova

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

This work is devoted to the study of the influence of "Faith in God" on antivitality individual profile. A group of students has been investigated, a negative answer the questionnaire: «Do you believe in God?» excluding sex (847 persons, of whom 669 made girls and 178 – boys), as well as the gender division for a more detailed identification of antivitality phenomena inside groups. Since there is a stable everyday view that faith in God protects a person from

suicidal behavior it becomes a logical assumption that the lack of it contributes to the revitalization of suicidal radical personality and increases its overall autoagressive. In carrying out our research, we proceeded from the hypothesis that was confirmed by the results. In our study, it was found that the believers less likely to attend suicidal thoughts, compared to nonbelievers (22% and 30%, respectively); among the faithful young men is almost three times less than the number of young people who have a history of parasuicide, compared to nonbelievers (5% and 14%, respectively). There was no statistically significant difference between believers and unbelievers girls groups found. It is also found that respondents who believe in God have a significantly smaller number of predictors of autoaggression, which was reflected in a more detailed study of gender features within groups. During the research we have found that a lack of faith in God firmly associated with various antivitality patterns of behavior and their predictors, and revealed the existence of gender differences that characterize the autoaggressive profile of both believers and unbelievers of young people. Thus, an indication of the respondent in the absence / presence of «Faith in God» can be used to estimate the capacity and sustainability of suicidal psycho-emotional state of the individual.

Keywords: suicidology, autoaggression, young people, faith in God.

УДК: 616.89-008.44

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ГОМИЦИДОВ И СУИЦИДОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н.И. Распопова, А.Ю. Толстикова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

Контактная информация:

Распопова Наталья Ивановна – доктор медицинских наук. Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. Адрес: Республика Казахстан, Толе би 94 Алматы. E-mail: pea83@list.ru

Толстикова Аида Юлиановна – доктор медицинских наук. Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. Адрес: Республика Казахстан, Толе би 94 Алматы.

Работа выполнена по архивным материалам Республиканской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Проанализировано 25 клинических наблюдений больных шизофренией, проходивших принудительное лечение в данной больнице в связи с совершенными убийствами, и в последующем покончивших жизнь самоубийством. Изучение мотивов убийств и последующих самоубийств этих больных проводилось путем структурно-динамического анализа психопатологических механизмов их агрессивных деликтов в сравнении с психопатологическими механизмами формирования мотивации суицидального поведения. Проведенный структурно-динамический анализ мотивации агрессивных и аутоагрессивных действий больных шизофренией показал их идентичность в 84,0%. Среди психопатологических механизмов как гомицидов, так и суицидов выделенной группы больных преобладали механизмы бредовой защиты от внешней угрозы. В случаях агрессии это выражалось в форме нападения на преследователей (64,0%), а суицид, по бредовому убеждению больных, рассматривался ими как единственно возможный способ избегания от преследования и постороннего воздействия (52,0%). Механизм бредовой защиты, присутствовавший в мотивах убийства, повторялся в мотивах суицида у большинства больных шизофренией.

Ключевые слова: гомицид, суицид, депрессия, аутоагрессия.

Вопрос о взаимосвязи и взаимозависимости агрессии и аутоагрессиии до настоящего времени остается спорным. Хорошо известны старые представления итальянской криминалистической школы о самоубийстве как преобразованном убийстве. Эта концепция основывалась на обратном численном соотношении самоубийства и убийства в различных областях и регионах страны. Дальнейшее своё развитие так называемая психодинамическая теория самоубийства получила в работах З. Фрейда [1], который предложил интерпретацию суицида как аутоагрессии, рассмотрение его как ретрофлексированного гнева, инвертированного убийства, а агрессии – как универсального проявления инстинкта смерти. Свою теорию З.

Фрейд подтверждал клиническими фактами высокой агрессивности лиц, совершивших суицид, а также наличием агрессивных установок в пресуицидальном периоде у многих суицидентов. Последователь З. Фрейда, американский психоаналитик К. Меннингер [2], основываясь на положении о том, что агрессивность составляет единый инстинктивный фундамент убийства и самоубийства, описал самоубийство как специфический вид смерти, включающий три неотъемлемых элемента: умирания, убийства, жертвы убийства; каждый из них содержит сознательные и бессознательные мотивы. К. Меннингер рассматривал самоубийство как «убийство на 180 градусов».

В свое время психодинамические теории подвергались аргументированной критике в работах Э. Дюркгейма [3], но и в настоящее время рядом независимых друг от друга исследований обнаружен повышенный уровень агрессивности у некоторых категорий лиц, склонных к самоубийству. Французские психотерапевты, основываясь на гипотезе «сохранения количества агрессивности», «клапанного взаимодействия агрессивных и аутоагрессивных тенденций личности» успешно лечат суицидальных больных привитием «групповой социальной агрессивности». Профессор А.Г. Амбрумова [4] ещё в семидесятых годах прошлого века указывала на «генетическое единство» агрессивности и аутоагрессивности, что, по её мнению, может служить объяснением одного из классов суицидального поведения. А.С. Михлин [5] рассматривает суицидальные тенденции как «перенос агрессии на себя».

Исследованиями отдельных авторов выявлено единство переживаний, обусловливающих агрессивное и аутоагрессивное поведение. Так, Н.Н. Пуховский [6], проведя психологический анализ типов личности осужденных с агрессивным и аутоагрессивным поведением, пришел к выводу, что агрессия и аутоагрессия проявляются в случаях отношения к окружению как источнику неопределенной постоянной опасности. Л.С. Стремайтене [7] в своих работах отмечает: «Действия, направленные на себя вызываются реакциями с агрессивным содержанием переживаний – чувство злобы, мести, протеста». А.Г. Амбрумова и В.Л. Леви [8] указывали, что агрессию и аутоагрессию определяет «базовый негативный аффект», в возникновении и оформлении которого сливаются экзогенно-ситуационные и эндогенно-личностные моменты.

Что касается лиц с психическими расстройствами, то на двойственность направления аффективного разряда у психически больных указывал в своих работах ещё в начале прошлого века А.Н. Бунеев (1928): «Нередко больной не знает, совершит ли он убийство или суицид». Общность психопатологических мотивов алло- и аутоагрессивных действий психически больных, в частности больных шизофренией, подтвердили и дальнейшие исследования [9, 10].

В то же время высказываются и прямо противоположные мнения: «Из того, что агрессия и аутоагрессия в поведенческом плане, гнев и горе в аффективном плане, чужая и моя вина – в содержательном являются в известном смысле полярными, отнюдь не следует, что они идентичны по своей сущности, что это две стороны одного процесса. Имеется гораздо больше данных для противоположного заключения» [4]. Аналогичное мнение прослеживается и в работах Л.Я. Жезловой [11]: «… истинно суицидальные намерения в большинстве случаев не уживаются с агрессивной структурой личности».

Таким образом, приведенные данные литературы свидетельствуют о том, что вопрос о генезе агрессии и аутоагрессии, общности и различия их мотивации, до настоящего времени остается неразрешенным и актуальным.

Архивный материал Республиканской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан предоставляет уникальную возможность по подбору и изучению клинических случаев психически больных, совершивших убийство, и в последующем покончивших жизнь самоубийством. Это позволяет (цель исследования) проанализировать психопатологические механизмы мотивов гомицида и суицида, как крайних проявлений алло- и аутоагрессии в рамках индивидуально-личностного стереотипа реагирования на экзо- и эндогенные факторы.

Материал и методы.

Доступными для исследования были данные архива Республиканской психиатрической

больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан за период с 1967 года по 2002 годы (включительно).

За этот период в условиях принудительного лечения покончили жизнь самоубийством 56 больных, из которых подавляющее большинство (50 больных – 89,2%) составили больные шизофренией. Следует отметить, что из 56 больных, покончивших жизнь самоубийством, 40 (71,4%) были привлечены к уголовной ответственности за совершение тяжких агрессивных деликтов (убийство, попытки убийства, нанесение тяжких телесных повреждений и т.п.), что подтверждает приведенные данные литературы об агрессивности больных склонных к самоубийству.

Применительно к целям настоящего анализа из общего числа лиц, покончивших жизнь самоубийством, выделена группа больных шизофренией, совершивших убийства – 25 клинических наблюдений. Все обследованные мужчины в возрасте от 19 до 52 лет, большинство из которых составили лица молодого возраста до 40 лет (76,0%). Это были преимущественно больные со средним и средним специальным образованием (60,0%), но трудовую адаптацию даже на уровне малоквалифицированных видов труда можно было проследить по анамнезу менее чем у половины из них (48,0%). Лишь 9 из 25 (36,0%) до совершения правонарушения имели свою семью, причем 6 из них были привлечены к уголовной ответственности за убийство своих жен и сожительниц. Следует отметить, что жертвами агрессивных действий этих больных чаще всего (15 убийств – 60,0%) становились лица из близкого окружения больного (жена, мать, отец, ребенок, сестра и др.).

Среди способов самоубийств, преобладали случаи повешения (n=19 – 76,0%), единичными были иные способы суицидов: отравление дезинфицирующим средством – лизолом, отравление тайно накопленным психотропным препаратам – аминазином, проникающее ранение грудной клетки с повреждением сердца, проникающее ранение брюшной полости, порез шеи циркулярной пилой в лечебно - производственных мастерских, падение с высоты.

Изучение мотивов убийств и последующих самоубийств этих больных проводилось путем структурно-динамического анализа психопатологических механизмов их агрессивных деликтов в сравнении с психопатологическими механизмами формирования мотивации суицидов в каждом конкретном случае, а также в общей совокупности проанализированных клинических наблюдений. В основу методологического подхода исследования была положена концепция системного анализа факторов «синдром – личность – ситуация», разработанная Ф.В. Кондратьевым [12] для изучения причин и условий совершения психически больными общественно опасных действий (ООД). Такой комплексный подход показал свою эффективность и получил дальнейшее развитие в концепции психопатологических механизмов ООД у лиц с психическими расстройствами М.М. Мальцевой и В.П. Котова [13]. Эти фундаментальные исследования позволили сделать вывод о том, что любой патологический поведенческий акт психически больного, будь то опасные действия в отношении окружающих (гетероагрессия), или в отношении самого себя (аутоагрессия), определяется детерминантами «синдром – личность – ситуация» в их сложном взаимодействии. В рамках такого системного подхода была разработана клиническая типология механизмов суицидального поведения, которая позволила провести сравнительный анализ агрессивных и аутоагрессивных действий больных в рассматриваемых клинических случаях.

Результаты и их обсуждение.

Проведенный анализ показал, что 24 больных (96,0%) совершили убийства в психотическом состоянии, по продуктивно - психопатологическим механизмам с преобладанием бредовой мотивации. Подавляющее большинство суицидов (n=21; 84,0%) этими больными также были совершены на фоне психотических расстройств, при ведущей роли бредовых переживаний в структуре психопатологических механизмов аутоагрессии.

Данные о психопатологических механизмах формирования мотивации гомицидов и суицидов у больных шизофренией представлены в таблице 1.

Приведенные в таблице сравнительные данные свидетельствуют о том, что среди психопатологических механизмов, как гомицидов, так и суицидов выделенной группы больных шизофренией преобладали механизмы бредовой защиты от внешней угрозы.

Таблица 1

Психопатологические механизмы формирования мотивации гомицидов и суицидов у больных шизофренией

Психопатологический механизм мотивации гомицида	n	%	Психопатологический механизм мотивации суицида	n	%
Продуктивно-психопатологические механизмы					
С бредовой мотивацией					
Бредовая защита	16	64,0	Бредовое избегание преследования и воздействия	13	52,0
Бредовая месть	2	8,0	Бредовое самоуничижение	2	8,0
Бредовое самоутверждение	1	4,0	Бредовая демонстрация (самоутверждение – псевдореабилитация)	1	4,0
Реализация бредовых проектов	1	4,0			
Без бредовой мотивации					
Патологические императивы	4	16,0	Патологические императивы	5	
Негативно-личностные механизмы					
Ситуационно-спровоцированные					
Эмоциональная бесконтрольность	1	4,0	Демонстративный «протест»	2	8,0
			Демонстративный «призыв» к вниманию и сочувствию	2	8,0
Итого:	25	100		25	100

В случаях агрессии это выражалось в форме нападения на преследователей, а суицид, по бредовому убеждению больного, рассматривался им как единственно возможный способ избегания от преследования и постороннего воздействия. У всех 16 больных, совершивших убийство по механизму бредовой защиты, в структуре психопатологических расстройств преобладала параноидная симптоматика, причём, у 14 из них течение заболевания можно было отнести к непрерывному (по МКБ-10 – F20.00) и лишь в двух случаях течение эндогенного процесса было ближе к эпизодическому с нарастающим дефектом (F20.01). Отличительной особенностью психопатологических состояний в момент совершения данными больными деликтов (убийств) являлось наличие признаков синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. *Мотивы бредовой защиты* у этих больных были *обусловлены стремлением защитить себя* не столько от физической агрессии мнимых преследователей, сколько от тягостного воздействия, исходящего от лиц, которые по бредовому убеждению больных были причастны к испытываемому ими постороннему воздействию или являлись непосредственным источником такового.

Анализ наблюдения за динамикой клинической картины заболевания в период принудительного лечения (от 4 мес. до 10 лет) показал, что бредовые мотивы защиты от преследования и воздействия оставались ведущими как в последующих актах агрессии, так и в аутоагрессивных тенденциях этих больных. В сменяющих друг друга гетеро- и аутоагрессивных действиях в период принудительного лечения (в общей совокупности 22 агрессивных и 24 аутоагрессивных) прослеживалась определенная тенденция снижения агрессивности и нарастания суицидальной настроенности, вплоть до завершенного суицида, обусловленная закономерностями трансформации содержания болезненных переживаний в процессе течения заболевания.

В исследовании было отмечено, что *суицидальный риск*, в первую очередь, *значительно возрастал с присоединением* (усилением уже имеющегося) *сенестопатического компонента* синдрома психического автоматизма. Именно субъективное ощущение тяжести, непереносимости сенестопатий определяло

стремление больных к суициду, как к единственному способу избавления от страданий, причиняемых воздействием (механизм бредового избегания воздействия).

Вторым моментом, обусловливающим тенденцию перехода от агрессии к аутоагрессии, являлась *трансформация содержания бредовых переживаний* с перенесением мнимого источника воздействия за пределы реального окружения больного (воздействие, исходящее от «звезды», «Святой матери» и т.п.), расширением и рассредоточением источника воздействия (воздействие исходило от всех окружающих) или фокусировкой источника воздействия в самом больном («самовнушение останавливает работу внутренних органов»), что чаще всего было связано с общей парафренизацией симптоматики.

В пресуициде аутоагрессивные действия не всегда носили истинную суицидальную направленность. Нередко это были лишь попытки хотя бы на время ослабить или прекратить мучительное воздействие (намеренные травмы головы, обливание холодной водой, прижигание кожи сигаретой, самопорезы с целью «выпустить дурную кровь» и др.). Недосягаемость источника воздействия, невозможность защитить себя, уничтожить этот источник, обусловливали *бредовую убежденность* больных *в безысходности ситуации* и вели к суициду как к единственному способу защиты, избегания и избавления от тягостного ощущения охваченности посторонним воздействием.

Малая численность тематически выделенной группы больных не позволяет говорить о достаточной статистической достоверности сделанных обобщений. Но всё же, следует отметить, что к относительно часто повторяющимся в мотивах убийств и самоубийств больных шизофренией можно отнести и психопатологический механизм патологических императивов. В проанализированных случаях (4 наблюдения) данный механизм был синдромологически тесно связан с вышеописанным механизмом бредовой мотивации в структуре синдрома Кандинского-Клерамбо. Бредовые идеи преследования и воздействия у этих больных сочетались с императивными слуховыми псевдогаллюцинациями, причём, иногда «голоса» указывали на источник преследования и воздействия, определяя направленность агрессии больного, или же агрессивная бредовая настроенность в отношении конкретного лица (жертвы) реализовалась через непосредственный «приказ голосов». Содержание императивных слуховых обманов восприятия было полярным: приказы «убить» кого-либо сменялись приказами покончить жизнь самоубийством, иногда с указанием способа суицида. Поведение этих больных было непредсказуемым, агрессивные и аутоагрессивные действия сменяли друг друга без какой-либо последовательности и не поддавались прогнозированию, внешне выглядели безмотивными, во многом напоминали импульсивные действия.

Указанные в таблице единичные случаи других психопатологических механизмов гомицидов и суицидов можно отнести к менее характерным для больных шизофренией. В трёх случаях отмечена смена продуктивно-психопатологического механизма гомицида на негативно-личностный механизм суицида, что было обусловлено редукцией продуктивной психопатологической симптоматики в процессе принудительного лечения.

Таким образом, проведенный структурно-динамический анализ психопатологических механизмов гомицидов и суицидов у больных шизофренией показал, что при отдельных клинических вариантах шизофрении, в частности, при преобладании в клинике заболевания синдрома Кандинского-Клерамбо, возможна единая мотивация агрессивных и аутоагрессивных тенденций, что отчасти подтверждает гипотезу А.Г. Амбрумовой [4] о «генетическом единстве» агрессии и аутоагрессии, дополняя её общностью психопатологических механизмов их формирования у лиц с психическими расстройствами.

Литература:

1. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. Очерк истории психоанализа. – СПб: Алетейя, 1998. – 298 с.

Транслитерация:

1. Frejd Z. Osnovnye psihologicheskie teorii v psihoanalize. Ocherk istorii psihoanaliza. – SPb: Aletejja, 1998. – 298 s. (In Russ)

2. Меннингер К. Война с самим собой. – М., 2001. – 480 с.
3. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. Перевод с французского. – СПб.: Союз, 1998. – 496 с.
4. Амбрумова А.Г., Савенко Ю.С. Критический анализ основных теоретических представлений о природе суицидов // Проблемы суицидального поведения (Материалы симпозиума 21-23 октября 1974 г., г. Москва). – М., 1974. – С. 39-44.
5. Михлин А.С. Характеристика личности осужденных, совершивших самоубийство в местах лишения свободы // Проблемы суицидального поведения (Материалы симпозиума 21-23 октября 1974 г., г. Москва). – М., 1974. – С. 112-120.
6. Пуховский Н.Н. Психологический анализ типов личности осужденных с агрессивным и аутоагрессивным поведением в условиях лишения свободы // Проблемы суицидального поведения (Материалы симпозиума 21-23 октября 1974 г., г. Москва). – М., 1974. – С. 121-123.
7. Стремайтене Л.С. Клинический анализ аутоагрессивных действий осужденных, содержащихся в условиях тюремного режима // Проблемы суицидального поведения (Материалы симпозиума 21-23 октября 1974 г., г. Москва). – М., 1974. – С. 132-136.
8. Амбрумова А.Г., Леви В.Л. Типология пресуицидальных состояний // Проблемы суицидального поведения (Материалы симпозиума 21-23 октября 1974 г., г. Москва). – М, 1974. – С. 55-57.
9. Маркис Л.А. Суицидальные попытки у больных, страдающих шизофренией: Автореф. дисс. … канд. мед. наук. – Тарту, 1972. – 29 с.
10. Potkin S.G., Alphs L., Hsu C. et al. InterSePT Study Group: predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective patients in a prospective two-yeas trial. // Biol. Psychiatry. – 2003. – Vol. 54. – P. 444-452.
11. Жезлова Л.Я. Анализ аутоагрессивных действий несовершеннолетних правонарушителей, содержащихся в воспитательно-трудовых колониях // Проблемы суицидального поведения (Материалы симпозиума 21-23 октября 1974 г., г. Москва). – М., 1974. – С. 124-131.
12. Кондратьев Ф.В. Теоретические аспекты причин социально опасного поведения психически больных // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. – М., 1994. – С. 33-42.
13. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. – М.: Медицина. 1995. – С. 79-148.

2. Menninger K. Vojna s samim soboj. – M., 2001. – 480 s. (In Russ)
3. Djurkgejm Je. Samoubijstvo: Sociologicheskij jetjud. Perevod s francuzskogo. – SPb.: Sojuz, 1998. – 496 s. (In Russ)
4. Ambrumova A.G., Savenko Ju.S. Kriticheskij analiz osnovnyh teore-ticheskih predstavlenij o prirode suicidov // Problemy suicidal'nogo povedenija (Materialy simpoziuma 21-23 oktjabrja 1974 g., Moskva). – M., 1974. – S. 39-44. (In Russ)
5. Mihlin A.S. Harakteristika lichnosti osuzhdennyh, sovershivshih samo-ubijstvo v mestah lishenija svobody // Problemy suicidal'nogo povedenija (Materialy simpoziuma 21-23 oktjabrja 1974 g., Moskva). – M., 1974. – S. 112-120. (In Russ)
6. Puhovskij N.N. Psihologicheskij analiz tipov lichnosti osuzhdennyh s agressivnym i autoagressivnym povedeniem v uslovijah lishenija svobody // Problemy suicidal'nogo povedenija (Materialy simpoziuma 21-23 oktjabrja 1974 g., Moskva). – M., 1974. – S. 121-123. (In Russ)
7. Stremajtene L.S. Klinicheskij analiz autoagressivnyh dejstvij osuzhdennyh, soderzhashhihsja v uslovijah tjuremnogo rezhima // Problemy suicidal'nogo povedenija (Materialy simpoziuma 21-23 oktjabrja 1974 g., Moskva). – M., 1974. – S. 132-136. (In Russ)
8. Ambrumova A.G., Levi V.L. Tipologija presuicidal'nyh sostojanij // Pro-blemy suicidal'nogo povedenija (Materialy simpoziuma 21-23 oktjabrja 1974 g., Moskva). – M, 1974. – S. 55-57. (In Russ)
9. Markis L.A. Suicidal'nye popytki u bol'nyh, stradajushhih shizo-freniej: Avtoref. diss. … kand. med. nauk. – Tartu, 1972. – 29 s. (In Russ)
10. Potkin S.G., Alphs L., Hsu C. et al. InterSePT Study Group: predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective patients in a prospective two-yeas trial. // Biol. Psychiatry. – 2003. – Vol. 54. – P. 444-452.
11. Zhezlova L.Ja. Analiz autoagressivnyh dejstvij nesovershennoletnih pravonarushitelej, soderzhashhihsja v vospitatel'no-trudovyh kolonijah // Problemy suicidal'nogo povedenija (Materialy simpoziuma 21-23 oktjabrja 1974 g., Moskva). – M., 1974. – S. 124-131. (In Russ)
12. Kondrat'ev F.V. Teoreticheskie aspekty prichin social'no opasnogo povedenija psihicheski bol'nyh // Problemy sudebno-psihiatricheskoj profilaktiki. – M., 1994. – S. 33-42. (In Russ)
13. Mal'ceva M.M., Kotov V.P. Opasnye dejstvija psihicheski bol'nyh. – M.: Medicina. 1995. – S. 79-148. (In Russ)

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF PSYCHOPATHOLOGICAL MECHANISMS OF HOMICIDES AND SUICIDES IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

N.I. Raspopova, A.J. Tolstikova

S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan

The work is performed on the basis of archival data of the Republic Specialized Psychiatric Hospital under supervision of Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan. There were analyzed 25 clinical data of the patients with schizophrenia who passed compulsory medical treatment in this Hospital in connection with the committed homicides and subsequently committed suicide. Studying of the homicides motive and subsequent suicides among the patients was conducted by structural and dynamic analysis of psychopathological mechanisms of its aggressive delict in comparison with psychopathological mechanisms of motives formation of the suicidal behavior. Structural and dynamic analysis of the aggressive motives and auto-aggressive actions of the patients with schizophrenia showed their identity for 84%. Among psychopathological mechanisms of homicides and suicides of the selected group of patients there were predominated mechanisms of delirious protection from external threat. In cases of aggression it was expressed as attack on pursuers (64%) and suicide (52%), that on patients delusional belief was the only way to avoid the pursuit and outside effect. The mechanism of delusional protection, present in the motives of the murder, was repeated in the motifs of suicide in the majority of patients with schizophrenia.

Keywords: homicide, suicide, depression, autoaggression.

УДК: 616.89-008

СЕЛЕКТИВНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА И СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК

С.В. Харитонов, Л.Г. Магурдумова

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

Контактная информация:

Харитонов Сергей Викторович – доктор медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии.
Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: sergeyhar@mail.ru

Магурдумова Людмила Георгиевна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии.
Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72

В обзоре литературы приводятся сведения о суицидальном риске при назначении селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. В том числе рассматриваются отдельные препараты представители этой фармакологической группы. В большинстве рассмотренных в обзоре исследований не получено свидетельств о том, что назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина приводит к росту суицидов. Кроме того, представляется актуальным проведение оценки наличия и выраженности у пациентов суицидальных идей до назначения антидепрессантов. Так же указывается, что во время проведения терапии необходим активный мониторинг динамики суицидального риска, особенно у молодых людей и детей.

Ключевые слова: антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, суицидальный риск.

В настоящее время можно считать, что в представлениях о пользе и вреде селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) достигнут некий консенсус. По крайней мере, большинство исследователей приходят к выводу, что эффективность этих препаратов достаточно высока и баланс с безопасностью представляется приемлемым настолько, чтобы рекомендовать эти препараты в качестве средств первой линии [1, 2] при терапии депрессии и тревожных расстройств, и как дополнительные средства, назначаемые при дру-

гих нарушениях [3, 4]. В тоже время, представляется актуальным и в практическом и в теоретическом отношении, проведение обзора литературы по вопросам суицидального риска при приеме СИОЗС с целью более рационального их применения [5].

В ряде исследований с высокой степенью убедительности доказательств, делается вывод о том, что разные типы антидепрессантов не имеют между собой принципиальных отличий в плане суицидальной опасности, а в группах нелеченых пациентов число самоубийств не отличается от числа самоубийств среди пациентов, принимающих антидепрессанты [6-8]. В исследовании, проведенном в Управлении по делам Ветеранов США на большом клиническом материале (более 500000 пациентов), изучалось возможное влияние семи антидепрессантов на суицидальный риск. Характерной особенностью данной выборки являлись довольно высокие показатели суицидов (от 88 до 247 на 100000). На основе полученных обширных данных авторы приходят к выводу, что прием большинства антидепрессантов не способствует увеличению суицидального риска. Однако отдельные аналитические данные показывают, что флуоксетин и сертралин имеют более низкие риски суицидогенеза, чем пароксетин. На этом основании авторы призывают к осторожности при интерпретации полученных ими данных [9]. Об осторожности в обобщающих оценках суицидального риска, возникающего на фоне терапии антидепрессантами, даже с относительно большим числом участников в исследованиях, свидетельствуют и результаты других исследований [10, 11].

С другой стороны, в ряде работ утверждается, что между антидепрессантами разных химических групп нет значимых различий, как в риске самоубийства, так и в количестве суицидальных попыток. В частности, в исследовании, проведенном в популяции 287543 взрослых в возрасте 18 лет и старше, проживающих на территории Британской Колумбии, и получавших терапию антидепрессантами, этот вывод сформулирован весьма однозначно. Он согласуется с мнением Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США о том, что нет какого-либо наиболее суицидоопасного антидепрессанта. Решения относительно лечения должны основываться на клинической эффективности антидепрессантов, а клиницисты должны быть бдительными в мониторинге состояния пациентов после начала терапии *любым* антидепрессантом [12].

В некоторых ретроспективных, масштабных, проспективных, и проведенных в реальной жизни (натуралистических) исследованиях, выяснилось, что у пациентов, получавших терапию антидепрессантами по сравнению с больными, не получающими такого лечения, риск попытки самоубийства примерно на 80% ниже. Это может быть свидетельством в пользу того, что антисуицидальный потенциал терапии с включением в схему лечения антидепрессантов значительно выше [13], чем небольшое увеличение суицидального поведения пациентов, отмечаемое в некоторых плацебо-контролируемых, рандомизированных исследованиях II и III фазы клинических испытаний. И таким образом, существует вероятность, что суицидальное поведение у пациентов, принимающих антидепрессанты, в основном, является следствием отсутствия антидепрессивного эффекта и редко является результатом собственно суицид-индуцирующего потенциала антидепрессантов [14]. В некоторых других исследованиях также не было получено подтверждений, что прием антидепрессантов способствуют росту суицидального риска [15]. Хотя, вероятнее всего, этот риск происходит из-за широкой рекламы безопасности антидепрессантов в СМИ и как следствие – недостаточному контролю за состоянием пациентов, принимающих такие препараты [16].

Отдельно стоит упомянуть дискуссии относительно эффективности и безопасности применения антидепрессантов у молодых и пожилых людей. В частности, речь о суицидальном риске, особенно у подростков, принимающих антидепрессанты. Но, в большинстве своем исследователи склоняются к мысли, что отказ от терапии антидепрессантами из-за опасений суицидальных действий не оправдан ни у молодых пациентов [17-19], ни у пациентов пожилого возраста [20, 21].

Относительно эффективности СИОЗС в предотвращении суицидов в 27- летних продольных, обсервационных, мультицентровых исследованиях A.C. Leon и соавт. [22] делается вывод, что прием антидепрессантов может

способствовать предотвращению суицидального поведения у больных с биполярным расстройством, но, недостаточно эффективно защищает пациентов с униполярной депрессией.

Некоторые исследователи, на основе анализа большого числа случаев самоубийств (12448 суицидов) обнаружили статистически доказательную связь между приемом селективных ингибиторов и более высокой склонностью к суицидам в зависимости от сезона года, особенно у мужчин [23].

И если в целом по антидепрессантам и СИОЗ в частности можно говорить об относительной согласованности мнений исследователей, что польза и безопасность их приема выше, чем потенциально возможный вред, по отдельным препаратам есть разные мнения.

Венлафаксин. В когортном исследовании, проводившемся на территории Великобритании (участвовали 238963 пациентов в возрасте от 20 до 64 лет с впервые установленным диагнозом депрессии), пациенты получали терапию антидепрессантами из разных фармакологических групп – трициклические и родственные антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина другие. При этом разницы между количеством суицидальных попыток в зависимости от того принимали пациенты трициклические антидепрессанты или СИОЗС не выявлено. В тоже время, прием таких препаратов как миртазапин, венлафаксин и тразодон был связаны с самыми высокими показателями самоубийств и покушений на самоубийства [24].

В другом ретроспективном когортном исследовании (219088 пациентов, жителей Великобритании в возрасте 18-89 лет), где сравнивался риск самоубийства во время лечения венлафаксином, циталопрамом, флуоксетином и дотиепином авторы [25], сопоставив полученные данные, сделали вывод, что использование венлафаксина было неизменно связано с более высоким риском самоубийства по сравнению с циталопрамом, флуоксетином и дотиепином.

В другом 7-месячном рандомизированном исследовании 665 пациентов, продолжавшемся с марта 2008 по сентябрь 2009 года, где участники разных групп сравнения получали эсциталопрам плюс плацебо, бупропион замедленного высвобождения (SR) и эсциталопрам или венлафаксин плюс миртазапин, и одновременно осуществлялся контроль за наличием суицидальных мыслей, было определено, что в группе пациентов, принимавших Бупропион плюс эсциталопрам, наиболее эффективно снижается выраженность суицидальных замыслов. В то время как венлафаксин и плюс миртазапин могут представлять повышенный риск суицидальных попыток [26].

С другой стороны, есть исследования, противоречащие выводам об опасности применения венлафаксина. Так, в ретроспективном когортном исследовании 3642 детей в возрасте от 6 до 18 лет, обучавшихся в Теннесси в период между 1995 и 2006 гг., и применявших антидепрессанты, 419 совершили явные или предполагаемые попытки самоубийства, у 4 был завершенный суицид. При этом никаких доказательств, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина более опасны, в части суицидогенеза, чем серотонин - норэпинефриновые ингибиторы обратного захвата (включая венлафаксин) не получено [27].

В исследовании, посвященном оценке суицидального риска у пациентов с биполярным расстройством, принимающих венлафаксин, A. Davis и соавт. [28] приходят к выводу, что ранняя диагностика и соответствующее лечение биполярного расстройства, вероятно, является наиболее эффективным шагом, который можно предпринять, чтобы снизить риск суицида, а назначение венлафаксина является вторичным по отношению к этому. В аналогичном исследовании на основе обсервационных наблюдений, но в Великобритании, сравнивались венлафаксин (число наблюдений = 27096), флуоксетин (134996 человек) и Венлафаксин и циталопрам (52035 наблюдений) [29]. Сопоставление полученных данных позволило авторам сформулировать довольно обоснованную гипотезу, что существует большой риск ошибочных выводов при проведении такого рода исследований.

Циталопрам. S. Zisook и соавт. [2] в исследовании влияния циталопрама на суицидальный риск, определили, что суицидальные идеи у пациентов усиливаются и ослабевают в своей интенсивности до, во время и возможно после терапии антидепрессантами и на практике более важным является обеспечение тщательного наблюдения за пациентами. В другом,

более позднем исследовании тот же автор S. Zisook и соавт. [30] получили результаты на материале, включавшем амбулаторных больных с установленным по критериям МКБ-10 диагнозом шизофрения или шизоаффективное расстройство, данные, позволившие сделать вывод, что терапия депрессии циталопрамом приводит к снижению частоты суицидальных мыслей, особенно у пациентов, где наблюдался лучший отклик симптомов депрессии на назначенный препарат по сравнению с группой пациентов в плацебо-контроле.

A.G. Pedersen [31] в двенадцати недельном, двойном слепом, плацебо контролируемом исследовании на репрезентативной выборке не удалось получить никаких свидетельств, что назначение циталопрама может увеличивать риск самоубийства у пациентов с депрессией и тревожностью.

В исследовании, проведенном в Финляндии, среди 1611 пациентов с диагнозом шизофрения и госпитализированных в связи с суицидальными попытками было определено, что те, кто получал лечение циталопрамом на фоне приема нейролептиков, в дальнейшем реже предпринимали суицидальные попытки [32].

В некоторых исследованиях, посвященных анализу различий откликаемости на терапию циталопрамом у мужчин и женщин с суицидальными идеями, определено, что женщины дают лучший ответ на его применение, что может свидетельствовать о наличии предопределяемой полом специфики функционирования серотониновой системы у мужчин и женщин [33].

Эсциталопрам. По данным некоторых исследований [34], в том числе многоцентровых и рандомизированных [35], эсциталопрам снижает частоту и выраженность суицидальных мыслей у пациентов с депрессией. D.S. Baldwin и соавт. [36], основываясь на данных наблюдения за клинической эффективностью и безопасностью у 4000 пациентов, отмечают, что прием эсциталопрама не приводил к суицидам.

В некоторых других исследованиях, в частности, в большом плацебо - контролируемом исследовании у пациентов с депрессией и тревожными расстройствами, между эсциталопрам (2277 пациентов) и плацебо (1814 пациентов) не было обнаружено никаких статистически достоверных различий в отношении провоцирования суицидального поведение [37]. В тоже время, другие авторы предлагают, несмотря на высокую безопасность препарата, обеспечивать надлежащий контроль за состоянием пациентов с целью своевременной превенции возможного суицидального поведения [38].

Флуоксетин. В исследованиях S.J. Garlow и соавт. [39], M.B. Stone и T.A. Hammad [40] выявлено, что флуоксетин не оказывает влияния на частоту возникновения суицидальных замыслов у пациентов основной группы по сравнению с пациентами, принимавшими плацебо. А в некоторых других исследованиях [41] отмечается, что препарат даже снижал частоту появления суицидальных мыслей.

В результате исследования суицидального поведения и назначения флуоксетина у более, чем 7000 пациентов, S. Tauscher-Wisniewski и соавт. [42] делают вывод, что назначение флуоксетина и суицидальное поведение не связаны между собой.

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 [43, 44]. В исследовании различий между флуоксетином и пароксетином выявлено, что флуоксетин в меньшей мере провоцировал суицидальное поведение, и в целом редко вызывал такое явление как суицид [42]. Это согласуется и с выводами A. Shah, R. Bhat [45] о том, что назначение флуоксетина ассоциируется с редким возникновением самоубийств. Эти наблюдения близки к ранее полученным результатам сопоставления данных о частоте возникновения самоубийств и количестве выписываемых рецептов флуоксетина в США в период с 1988 по 2002 годы. Из которых следует, что назначение антидепрессантов, и в частности флуоксетина, способствовало снижению числа суицидов в этот период времени (1988-2002 гг.), особенно среди женщин [46].

Пароксетин. В мета-анализе D.J. Carpenter и соавт. [47] подтверждена эффективность пароксетина. Однако при этом фиксировался рост суицидальности среди пациентов с большим депрессивным расстройством, что, по мнению авторов, требует тщательного

мониторинга суицидального поведения в процессе антидепрессивной терапии пароксетином, особенно у лиц молодого возраста. В исследованиях I. Aursnes и соавт. [48] применялся Байесовский анализ данных, на основе которого был сделан вывод о наличии апостериорной вероятности, что прием пароксетина связан с увеличением суицидального риска до 0,98-0,99. При этом авторы высказывали озабоченность нежеланием компании производителя пользоваться принципами Байесовской методики обработки данных.

По данным E. Wooltorton [49], обобщенные результаты 3 неопубликованных исследований с участием педиатрических пациентов с большим депрессивным расстройством не показали, что пароксетин более эффективен, чем плацебо. В тоже время суицидальные мысли, суицидальные попытки и эпизоды самоповреждений чаще встречались среди пользователей пароксетина [50]. На основе этих исследований E. Wooltorton [49] 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 делает A. Apter и соавт. [51], на основе проведенного ими слепого исследования в популяции из более 1191 подростков, принимавших пароксетин.

С другой стороны, эти данные, особенно в отношении повышенного суицидального риска у молодых людей, противоречат результатам исследований M.S. Bauer и соавт. [52], где перечисленные выше риски не были установлены. На противоречивость результатов исследования влияния пароксетина на суицидогенез указывает в своих работах и M.F. Grunebaum с соавт. [53], хотя авторы проводили исследование на малом количестве клинического материала.

По информации J.E. Kraus и соавт. [54], в проведенном анализе у 1491157 пациентов с плацебо-контролем, различий между пароксетином и плацебо в отношении формирования завершенных суицидов не было получено.

В исследованиях M. Gorlyn и др. [55] и вовсе было установлено, что прием пароксетина связан со снижением суицидального риска у пациентов с большой депрессией, а в других исследованиях заявлено, что прием препарата может сопровождаться ещё и уменьшением количества суицидальных мыслей [53].

Сертралин. В ретроспективном когортном исследовании, включавшем 36842 детей в возрасте от 6 до 18 лет, было определено, что сертралин не отличается от других антидепрессантов по частоте возможных ассоциированных с его приемом суицидов [56]. В работе M. Valenstein с соавт. [6], включавшей анализ 502179 наблюдений пациентов с депрессией, сравнение ряда препаратов показало, что назначение сертралина ассоциируется с низким риском суицидальной активности таких пациентов. И это совпадает с результатами исследований проведенных по инициативе управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США [57].

В восьминедельном плацебо - контролируемом двойном слепом рандомизированном и многоцентровом исследовании, проведенном на 66 клинических базах, было определено, что в группе пациентов старше 60 лет, принимавших сертралин, уровень суицидов был ниже, чем в группе пациентов с депрессией, принимавших плацебо [58].

Флувоксамин в основном был подробно изучен в 90-х годах, и многочисленные данные свидетельствуют о том, что препарат довольно безопасен. Так, в метаанализе C. Letizia и соавт. [59] по обобщению достаточно большого числа двойных слепых рандомизированных плацебо контролируемых исследований делается вывод, что флувоксамин по сравнению с плацебо ассоциирован с низким уровнем суицидальных мыслей. Авторами также допускается, что препарат способен обеспечивать некоторое протективное воздействие в отношении суицидальных идей.

Из материалов представленных Министерством труда Японии в период с 1999 по 2003 отмечено снижение частоты суицидов, особенно среди мужчин, которое некоторые авторы связывают с назначением антидепрессантов, включая флувоксамин [60].

Дальнейшее накопление данных преимущественно подтверждало безопасность флувоксамина в отношении суицидального риска. По данным R. Buchberger и соавт. [61] за 17-летний период наблюдения 28 миллионов пациентов по всему миру из 6658 докладов о не-

благоприятных последствиях приема препарата удивительно малая доля принадлежит суициду. Таким образом, авторы приходят к выводу, что флувоксамин является препаратом с высоким уровнем безопасности.

Также обстоит дело и с более современными исследованиями. В обзоре, включавшем в себя достаточно большой объем исходных анализируемых данных, S. Pallanti с соавт. [62] приходят к выводу, что флувоксамин не отличается от других СИОЗС в части суицидальной опасности.

Обсуждение.

Обобщая представленные в обзоре сведения можно сказать, что в большинстве исследований с высоким уровнем убедительности доказательств не получено свидетельств о том, что назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина приводит к росту суицидов. В тоже время состояния, при которых рекомендовано применение СИОЗС, сами по себе могут приводить к росту суицидальной угрозы. Отсюда представляется актуальным перед назначением СИОЗС для надлежащего обеспечения безопасности пациента проведение оценки наличия и выраженности у них суицидальных мыслей. А во время терапии антидепрессантами требуется достаточно активный мониторинг динамики суицидального риска, особенно у молодых людей и детей.

Остается малоизученной вероятность суицидального риска на фоне приема СИОЗС в разных нозологических группах. В тоже время заслуживает внимания наблюдение, что прием антидепрессантов может способствовать предотвращению суицидального поведения у больных с биполярным расстройством, но недостаточно эффективно защищает больных с униполярной депрессией.

У пациентов с шизофренией прием антидепрессантов вместе с нейролептиками сопровождается меньшим суицидальным риском, чем прием только антидепрессантов.

В какой-то мере можно ориентироваться и на гендерную специфику при назначении антидепрессантов. А именно, что у женщин прием СИОЗС дает лучшие результаты, чем у мужчин.

При выборе конкретного препарата врачу имеет смысл в первую очередь ориентироваться на индивидуальные особенности переносимости и эффективности у пациента, обеспечивать надлежащий уровень контроля за самочувствием, включая суицидальную активность, предпочитать препараты, с которыми врач хорошо знаком и иметь в виду влияние на суицидальную активность комбинаций антидепрессантов с другими лекарственными средствами.

Литература:

1. Llorca P.M., Brousse G., Schwan R. Escitalopram for treatment of major depressive disorder in adults // Encephale. – 2005. – Jul-Aug. – № 31 (4 Pt 1). – P. 490-501.
2. Zisook S., Trivedi M.H., Warden D., Lebowitz B., Thase M.E., Stewart J.W., Moutier C., Fava M., Wisniewski S.R., Luther J., Rush A.J. Clinical correlates of the worsening or emergence of suicidal ideation during SSRI treatment of depression: an examination of citalopram in the STAR*D study // J. Affect. Disord. – 2009. – Sep; № 117 (1-2). – P. 63-73.
3. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмклера А.Б., Любов Е.Б., Костюкова Е.Г., Цукарзи Э.Э., Кузавкова М.В. Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство. – М.: ИД «Медпрактика – М». – 2007. – 260 с.

Trl: Krasnov V.N., Gurovich I.Ja., Mosolov S.N., Shmklera A.B., Ljubov E.B., Kostjukova E.G., Cukarzi Je.Je., Ku-zavkova M.V. Psihiatricheskaja pomoshh' bol'nym shizofreniej. Klinicheskoe rukovodstvo. – M.: ID «Med-praktika – M», 2007. – 260 s.

4. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. – М.: «Практическая медицина», 2011. – 432 с.

Trl: Krasnov V.N. Rasstrojstva affektivnogo spektra. – M.: «Prakticheskaja medicina», 2011. – 432 s.

5. Любов Е.Б., Игнатенко С.А. Рациональный выбор и применение антидепрессантов в психиатрической практике: научно доказательное обоснование // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – № 1. – Вып. 2. – С. 36-42.

Trl: Ljubov E.B., Ignatenko S.A. Racional'nyj vybor i primenenie antidepressantov v psihiatricheskoj praktike: nauchno dokazatel'noe obosnovanie // Zhurn. nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 2015. – № 1. – Vyp. 2. – S. 36-42.

6. Arias L.H., Lobato C.T., Ortega S., Velasco A., Carvajal A., del Pozo J.G. Trends in the consumption of antidepressants in Castilla y León (Spain). Association between suicide rates and antidepressant drug consumption // Pharmacoepidemiol. Drug Saf. – 2010. – Sep; № 19 (9). – P. 895-900.

7. Pariente A., Daveluy A., Laribière-Bénard A., Miremont-Salame G., Begaud B., Moore N. Effect of date of drug marketing on disproportionality measures in pharmacovigilance: the example of suicide with SSRIs using data from the UK MHRA // Drug Saf. – 2009. – Vol. 32, № 5. – P. 441-447.
8. Valuck R.J., Libby A.M., Anderson H.D., Allen R.R., Strombom I., Marangell L.B., Perahia D. Comparison of antidepressant classes and the risk and time course of suicide attempts in adults: propensity matched, retrospective cohort study // Br. J. Psychiatry. – 2015. – Dec 3. pii: bjp.bp.114.150839.
9. Valenstein M., Kim H.M., Ganoczy D., Eisenberg D., Pfeiffer P.N., Downing K., Hoggatt K., Ilgen M., Austin K.L., Zivin K., Blow F.C., McCarthy J.F. Antidepressant agents and suicide death among US Department of Veterans Affairs patients in depression treatment // J. Clin. Psychopharmacol. – 2012. – Jun. – Vol. 32, № 3. – P. 346-353.
10. Hammad T.A., Mosholder A.D. Suicide and antidepressants. Beware extrapolation from ecological data // BMJ. – 2010. – Nov. – Vol. 30, № 341. – P. 6844.
11. Khan A., Schwartz K. Suicide risk and symptom reduction in patients assigned to placebo in duloxetine and escitalopram clinical trials: analysis of the FDA summary basis of approval reports // Ann. Clin. Psychiatry. – 2007. – Jan-Mar. – Vol. 19, № 1. – P. 31-36.
12. Schneeweiss S., Patrick A.R., Solomon D.H., Mehta J., Dormuth C., Miller M., Lee J.C., Wang P.S. Variation in the risk of suicide attempts and completed suicides by antidepressant agent in adults: a propensity score-adjusted analysis of 9 years' data // Arch. Gen. Psychiatry. – 2010. – May. – Vol. 67, № 5. – P. 497-506.
13. Olfson M., Marcus S.C., Shaffer D. Antidepressant drug therapy and suicide in severely depressed children and adults: A case-control study // Archives of general psychiatry. – 2006. – Vol. 63, № 8. – P. 865–872. DOI:10.1001/archpsyc.63.8.865. PMID 16894062.
14. Rihmer Z. Antidepressants, depression and suicide // Neuropsychopharmacol Hung. – 2013. – Sep. – Vol.15, № 3. – P. 157-164.
15. Cheung K., Aarts N., Noordam R., van Blijderveen J.C., Sturkenboom M.C., Ruiter R., Visser L.E., Stricker B.H. Antidepressant use and the risk of suicide: a population-based cohort study // J. Affect. Disord. – 2015. – Mar 15. – P. 479-484.
16. Lu C.Y., Zhang F., Lakoma M.D., Madden J.M., Rusinak D., Penfold R.B., Simon G., Ahmedani B.K., Clarke G., Hunkeler E.M., Waitzfelder B., Owen-Smith A., Raebel M.A., Rossom R., Coleman K.J., Copeland L.A., Soumerai S.B. Changes in antidepressant use by young people and suicidal behavior after FDA warnings and media coverage: quasi-experimental study // BMJ. – 2014. – Jun 18. – Vol. 348: g3596. doi: 10.1136/bmj.g3596.
17. Ghaziuddin N., Merchant C., Dopp R., King C. A naturalistic study of suicidal adolescents treated with an SSRI: suicidal ideation and behavior during 3-month post-hospitalization period // Asian J. Psychiatr. – 2014. – Oct., № 11. – P. 13-19.
18. Gründer G., Veselinović T., Paulzen M. Antidepressive agents and suicidal tendencies // Nervenarzt. – 2014. – Sep. – Vol. 85, № 9. – P. 1108-1116.
19. Isacsson G., Ahlner J. Antidepressants and the risk of suicide in young persons-prescription trends and toxicological analyses // Acta Psychiatr. Scand. – 2014. – Apr. – Vol. 129, № 4. – P. 296-302.
20. Erlangsen A., Conwell Y. Age-related response to redeemed antidepressants measured by completed suicide in older adults: a nationwide cohort study. Am J Geriatr Psychiatry. – 2014. – Jan. – Vol. 22, № 1. – P. 25-33.
21. Lesén E., Wiktorsson S., Carlsten A., Waern M., Hedenrud T. Beliefs about antidepressants among persons aged 70 years and older in treatment after a suicide attempt // Int. Psychogeriatr. – 2015. – Nov. – Vol. 27, № 11. – P. 1795-1803.
22. Leon A.C., Fiedorowicz J.G., Solomon D.A., Li C., Coryell W.H., Endicott J., Fawcett J., Keller M.B. Risk of suicidal behavior with antidepressants in bipolar and unipolar disorders // J. Clin. Psychiatry. – 2014. – Jul. – Vol. 75, № 7. – P. 720-727.
23. Makris G.D., Reutfors J., Ösby U., Isacsson G., Frangakis C., Ekbom A., Papadopoulos F.C. Suicide seasonality and antidepressants: a register-based study in Sweden // Acta Psychiatr. Scand. – 2013. – Feb. – Vol. 127, № 2. – P. 117-125.
24. Coupland C., Hill T., Morriss R., Arthur A., Moore M., Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of suicide and attempted suicide or self harm in people aged 20 to 64: cohort study using a primary care database // BMJ. – 2015. – Feb. – Vol. 18, № 350. – P. 517.
25. Rubino A., Roskell N., Tennis P., Mines D., Weich S., Andrews E. Risk of suicide during treatment with venlafaxine, citalopram, fluoxetine, and dothiepin: retrospective cohort study // BMJ. – 2007. - Feb 3. – Vol. 334, № 7587. – P. 242.
26. Zisook S., Lesser I.M., Lebowitz B., Rush A.J., Kallenberg G., Wisniewski S.R., Nierenberg A.A., Fava M., Luther J.F., Morris D.W., Trivedi M.H. Effect of antidepressant medication treatment on suicidal ideation and behavior in a randomized trial: an exploratory report from the combining medications to enhance depression outcomes study // J. Clin. Psychiatry. – 2011. – Oct. – Vol. 72, № 10. – P. 1322-1332.

27. Cooper W.O., Callahan S.T., Shintani A., Fuchs D.C., Shelton R.C., Dudley J.A., Graves A.J., Ray W.A. Antidepressants and suicide attempts in children // Pediatrics. – 2014. – Feb. – Vol. 133, № 2. – P. 204-210.
28. Davis A., Gilhooley M., Agius M., Zaman R. Suicide risk and choice of antidepressant // Psychiatr. Danub. – 2010. – Jun. – Vol. 22, № 2. – P. 358-359.
29. Mines D., Hill D., Yu H., Novelli L. Prevalence of risk factors for suicide in patients prescribed venlafaxine, fluoxetine, and citalopram // Pharmacoepidemiol. Drug. Saf. – 2005. – Jun. – Vol. 14, № 6. – P. 367-372.
30. Zisook S., Kasckow J.W., Lanouette N.M., Golshan S., Fellows I., Vahia I., Mohamed S., Rao S. Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial // J. Clin. Psychiatry. – 2010. – Jul. – Vol. 71, № 7. – P. 915-922.
31. Pedersen A.G. Citalopram and suicidality in adult major depression and anxiety disorders // Nord J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 60, № 5. – P. 392-399.
32. Haukka J., Tiihonen J., Härkänen T., Lönnqvist J. Association between medication and risk of suicide, attempted suicide and death in nationwide cohort of suicidal patients with schizophrenia // Pharmacoepidemiol. Drug. Saf. – 2008. – Jul. – Vol. 17, № 7. – P. 686-696.
33. Young E.A., Kornstein S.G., Marcus S.M., Harvey A.T., Warden D., Wisniewski S.R., Balasubramani G.K., Fava M., Trivedi M.H., Rush J.A. Sex differences in response to citalopram: a STAR*D report // J. Psychiatr. Res. – 2009. – Feb. – Vol. 43, № 5. – P. 503-511.
34. Letizia C., Kapik B., Flanders W.D. Suicidal risk during controlled clinical investigations of fluvoxamine // J. Clin. Psychiatry. – 1996. – Sep. – Vol. 57, № 9. – P. 415-421.
35. Perroud N., Uher R., Marusic A., Rietschel M., Mors O., Henigsberg N., Hauser J., Maier W., Souery D., Placentino A., Szczepankiewicz A., Jorgensen L., Strohmaier J., Zobel A., Giovannini C., Elkin A., Gunasinghe C., Gray J., Campbell D., Gupta B., Farmer A.E., McGuffin P., Aitchison K.J. Suicidal ideation during treatment of depression with escitalopram and nortriptyline in genome-based therapeutic drugs for depression (GENDEP): a clinical trial // BMC Med. – 2009. – Oct. – Vol. 15, № 7 (60). doi: 10.1186/1741-7015-7-60.
36. Baldwin D.S., Reines E.H., Guiton C., Weiller E. Escitalopram therapy for major depression and anxiety disorders // Ann. Pharmacother. – 2007. – Oct. – Vol. 41, № 10. – P. 1583-1592.
37. Pedersen A.G. Citalopram and suicidality in adult major depression and anxiety disorders // Nord. J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 60, № 5. – P. 392-399.
38. Ahn J.H., Patkar A.A. Escitalopram for the treatment of major depressive disorder in youth // Expert. Opin. Pharmacother. – 2011. – Oct. – Vol. 12, 14. – P. 2235-2244.
39. Garlow S.J., Kinkead B., Thase M.E., Judd L.L., Rush A.J., Yonkers K.A., Kupfer D.J., Frank E., Schettler P.J., Rapaport M.H. Fluoxetine increases suicide ideation less than placebo during treatment of adults with minor depressive disorder // J. Psychiatr. Res. – 2013. – Sep. – Vol. 47, № 9. – P. 1199-1203.
40. Stone M.B., Hammad T.A. Fluoxetine and suicidal ideation in minor depression // J. Psychiatr. Res. – 2014. – Jan. – Vol. 48, № 1. – P. 131-132.
41. Gibbons R.D., Brown C.H., Hur K., Davis J., Mann J.J. Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine // Arch. Gen. Psychiatry. – 2012. – Jun. – Vol. 69, № 6. – P. 580-587.
42. Tauscher-Wisniewski S., Disch D., Plewes J., Ball S., Beasley C.M. Evaluating suicide-related adverse events in clinical trials of fluoxetine treatment in adults for indications other than major depressive disorder // Psychol. Med. – 2007. –Nov. – Vol. 37, № 11. – P. 1585-1593.
43. Atkinson S.D., Prakash A., Zhang Q., Pangallo B.A., Bangs M.E., Emslie G.J., March J.S. A double-blind efficacy and safety study of duloxetine flexible dosing in children and adolescents with major depressive disorder // J. Child. Adolesc. Psychopharmacol. – 2014. – May. – Vol. 24, № 4. – P. 180-189.
44. Emslie G.J., Prakash A., Zhang Q., Pangallo B.A., Bangs M.E., March J.S. A double-blind efficacy and safety study of duloxetine fixed doses in children and adolescents with major depressive disorder // J. Child. Adolesc. Psychopharmacol. –2014. – May. – Vol. 24, № 4. – P. 170-179.
45. Shah A., Bhat R. Fluoxetine and sertraline may be associated with lower risk of suicide death than paroxetine in adults with depression // Evid. Based. Ment. Health. – 2012. – Nov. – Vol. 15, № 4. – 98 p.
46. Milane M.S., Suchard M.A., Wong M.L., Licinio J. Modeling of the temporal patterns of fluoxetine prescriptions and suicide rates in the United States // PLoS Med. – 2006. – Jun. – Vol. 3, № 6. – 190 p.
47. Carpenter D.J., Fong R., Kraus J.E., Davies J.T., Moore C., Thase M.E. Meta-analysis of efficacy and treatment-emergent suicidality in adults by psychiatric indication and age subgroup following initiation of paroxetine therapy: a complete set of randomized placebo-controlled trials // J. Clin. Psychiatry. – 2011. – Nov. – Vol. 72, № 11. – P. 1503-1514.

48. Aursnes I., Tvete I.F., Gaasemyr J., Natvig B. Even more suicide attempts in clinical trials with paroxetine randomised against placebo // BMC Psychiatry. – 2006. – Nov. – Vol. 28. – P. 6-55.
49. Wooltorton E. Paroxetine (Paxil, Seroxat): increased risk of suicide in pediatric patients // CMAJ. – 2003. – Sep 2. – Vol. 169, № 5. – P. 446. – PMCID: PMC183305.
50. Rubino A., Roskell N., Tennis P., Mines D., Weich S., Andrews E. Risk of suicide during treatment with venlafaxine, citalopram, fluoxetine, and dothiepin: retrospective cohort study // BMJ. – 2007. – Feb 3. – Vol. 334, № 7587. – P. 242.
51. Apter A., Lipschitz A., Fong R., Carpenter D.J., Krulewicz S., Davies J.T., Wilkinson C., Perera P., Metz A. Evaluation of suicidal thoughts and behaviors in children and adolescents taking paroxetine // J. Child. Adolesc. Psychopharmacol. – 2006. – Feb-Apr. – Vol. 16, № 1-2. – P. 77-90.
52. Bauer M.S., Wisniewski S.R., Kogan J.N., Marangell L.B., Thase M.E., Sachs G. Brief report: paroxetine in younger and adult individuals at high risk for suicide // Psychopharmacol. Bull. – 2006. – Vol. 39, № 1. – P. 31-37.
53. Grunebaum M.F., Keilp J.G., Ellis S.P., Sudol K., Bauer N., Burke A.K., Oquendo M.A., Mann J.J. SSRI versus bupropion effects on symptom clusters in suicidal depression: post hoc analysis of a randomized clinical trial // J. Clin. Psychiatry. – 2013. – Sep. – Vol. 74, № 9. – P. 872-879.
54. Kraus J.E., Horrigan J.P., Carpenter D.J., Fong R., Barrett P.S., Davies J.T. Clinical features of patients with treatment-emergent suicidal behavior following initiation of paroxetine therapy // J. Affect. Disord. – 2010. – Jan. – Vol. 120, № 1-3. – P. 40-47.
55. Gorlyn M., Keilp J., Burke A., Oquendo M., Mann J.J., Grunebaum M. Treatment-related improvement in neuropsychological functioning in suicidal depressed patients: paroxetine vs. bupropion // Psychiatry Res. – 2015. – Feb. – Vol. 28, № 225 (3). – P. 407-412.
56. Cooper W.O., Callahan S.T., Shintani A., Fuchs D.C., Shelton R.C., Dudley J.A., Graves A.J., Ray W.A. Antidepressants and suicide attempts in children // Pediatrics. – 2014. – Feb. – Vol. 133, № 2. – P. 204-210.
57. Valuck R.J., Libby A.M., Anderson H.D., Allen R.R., Strombom I., Marangell L.B., Perahia D. Comparison of antidepressant classes and the risk and time course of suicide attempts in adults: propensity matched, retrospective cohort study // Br. J. Psychiatry. – 2015. – Dec 3. – pii: bjp.bp.114.150839.
58. Nelson J.C., Delucchi K., Schneider L. Suicidal thinking and behavior during treatment with sertraline in late-life depression // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2007. – Jul. – Vol. 15, № 7. – P. 573-580.
59. Letizia C., Kapik B., Flanders W.D. Suicidal risk during controlled clinical investigations of fluvoxamine // J. Clin. Psychiatry. – 1996. – Sep. – Vol. 57, № 9. – P. 415-421.
60. Nakagawa A., Grunebaum M.F., Ellis S.P., Oquendo M.A., Kashima H., Gibbons R.D., Mann J.J. Association of suicide and antidepressant prescription rates in Japan, 1999-2003 // J. Clin. Psychiatry. – 2007. – Jun. – Vol. 68, № 6. – P. 908-916.
61. Buchberger R., Wagner W. Fluvoxamine: safety profile in extensive post-marketing surveillance // Pharmacopsychiatry. – 2002. – May. – Vol. 35, № 3. – P. 101-108.
62. Pallanti S., Sandner C. Treatment of depression with selective serotonin inhibitors: the role of fluvoxamine // Int. J. Psychiatry Clin. Pract. – 2007. – Vol. 11, № 3. – P. 233-238.

SELECTIVE INHIBITORS OF SEROTONIN REUPTAKE AND THE RISK OF SUICIDE

S.V. Kharitonov, L.G. Maguruma

Moscow Research Institute of Psychiatry, Moscow, Russia

The literature review provides information about suicide risk when prescribing of selective inhibitors of serotonin reuptake. Including certain drugs are considered the representatives of this pharmacological group. In most considered in the review of research is not evidence that the purpose of selective inhibitors of serotonin reuptake leads to increased suicide rates. It is also of interest assessing the presence and severity of patients suicidal ideation prior to prescription of antidepressants, and during therapy requires active monitoring of the dynamics of suicide risk, especially among young people and children.

Keywords: antidepressants, selective inhibitors of serotonin reuptake, the risk of suicide.

УДК 616.89-008.441.44:616.853-08:615.213

СУИЦИДАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

С.Г. Носов, Л.Н. Юрьева

ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства Здравоохранения Украины», г. Днепропетровск, Украина

Контактная информация:

Носов Сергей Григорьевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии факультета последипломного образования Государственного Учреждения «Днепропетровская медицинская академия Министерства Здравоохранения Украины». Адрес: 49044, Украина, г. Днепропетровск, ул.Дзержинского, д. 9. Телефон: +380979967165, e-mail: nosovmed2009@rambler.ru

Юрьева Людмила Николаевна – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующая кафедрой психиатрии факультета последипломного образования Государственного Учреждения «Днепропетровская медицинская академия Министерства Здравоохранения Украины». Адрес: 49044, Украина, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, д. 9. Телефон: +380675622566, e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

Статья является кратким обзором литературы по теме развития суицидов у больных эпилепсией, принимающих с лечебной целью различные антиэпилептические препараты (АЭП). Отмечено косвенное влияние АЭП на развитие суицидов при эпилепсии. Факторы, предрасполагающие к развитию этих психопатологических состояний с возможным развитием суицидов в условиях фармакотерапии АЭП, разделяются на три типа: связанные с реакцией личности больного на проявления эпилепсии, связанные непосредственно с эпилепсией, и связанные преимущественно с фармакотерапией АЭП. Наиболее активно суицидальную настроенность у больных эпилепсией вызывают фенобарбитал, вигабатрин, меньшую активность обнаруживают топирамат, габапентин, леветирацетам, а минимальной активностью в отношении провокации суицидов при эпилепсии обладают карбамазепин, вальпроаты.

Ключевые слова: суициды, эпилепсия, антиэпилептические препараты

Существует связь между эпилепсией и суицидальной активностью больных [1]. Риск суицидов выше при эпилепсии, чем в общей популяции и достигает 8-12%, в сравнении с 1,1-1,2% среди населения [2, 3, 4]. Самый высокий риск среди больных эпилепсией – у пациентов с височной формой заболевания, проявляющейся сложными парциальными припадками [2, 4, 5].

Факторы, предрасполагающие к развитию этих психопатологических состояний с возможным развитием суицидов в условиях фармакотерапии антиэпилептическими препаратами (АЭП), разделяются на три типа: связанные с реакцией личности больного на проявления эпилепсии, обусловленные непосредственно с эпилепсией, и связанные с фармакотерапией АЭП [4, 6].

Факторы, относящиеся в первой группе, характеризуются развитием выраженной тревоги и реактивной депрессии по поводу впервые проявившейся или повторно обострившейся у больных тяжелой болезни (эпилепсии) или развитием когнитивной дисфункции, крайне затрудняющей ежедневно необходимое социальное и профессиональное функционирование больного.

К просуицидальным факторам, непосредственно связанным с механизмами эпилепсии, относят развитие первичных периктальных (особенно постиктальных) или интериктальных депрессий и психозов, связанных как с учащением припадков, так и со снижением их частоты вплоть до полного прекращения с развитием феномена насильственной нормализации ЭЭГ [6], или активизацией и утяжелением интериктальных дисфорических депрессивных расстройств вне феномена Ландольта [1, 7], а также усиление не связанных с эпилепсией, коморбидных аффективных, тревожных и психотических расстройств. Расстройства, тесно связанные с эпилепсией, и обусловливающие психотическую психопатологию с суицидальной активностью больных, обычно возникают при неблагоприятном течении эпилепсии. Характеризуются ранним началом эпилепсии,

высокой частотой припадков, височной локализацией эпилептического процесса, большой длительностью заболевания [8], резистентностью к фармакотерапии АЭП, формированием и нарастанием специфических изменений личности с выраженными эмоционально-поведенческими нарушениями, когнитивной дисфункцией [2, 4, 7]. Депрессивные суицидоопасные расстройства возникают чаще при среднепрогредиентном течении эпилепсии с манифестацией процесса после 18 лет, длительным течением болезни, преимущественной височной представленностью пароксизмального эпилептогенеза, при дополнительном влиянии психогенных депрессогенных факторов [8].

Развитие суицидов в связи с влиянием АЭП осуществляется через:

– прямое депрессогенное воздействие препаратов, присущее небольшому кругу ГАМК-эргических АЭП (фенобарбитал, вигабатрин, топирамат),

– анксиогенное влияние (леветирацетам);

– возникновение суицидов в рамках дисфорических депрессий и психозов, связанных с эпилепсией, но провоцируемых АЭП в результате индивидуальных особенностей их влияния на пациента в оптимальных терапевтических дозах (аггравация припадков, особенно сложных парциальных припадков и атипичных абсансов и генерализованных тонико - клонических приступов) [8];

– вследствие неадекватного назначения АЭП (высокая суточная доза, быстрый темп титрования препарата, совместное назначение двух или нескольких АЭП с неблагоприятным влиянием на психическое состояние больного и пр.) [6].

Общим для всех пациентов, у которых возникают суициды при приеме АЭП, является: частое проявление депрессивных и поведенческих расстройства в прошлом или в настоящее время (дети, подростки); коморбидные нарушения в настоящее время или аффективная психопатология у ближайших родственников [7, 9].

Связь между эпилепсией и суицидами является более сложной, чем кажется на первый взгляд: суицидальное поведение при эпилепсии усугубляет течение самой эпилептической патологии, и само по себе является фактором риска первичного развития эпилепсии или провокации активности эпилептогенеза (гипоксия мозга после суицидальной попытки, развитие энцефалопатии с активизацией эпилептогенеза).

Риск возникновения завершенных суицидов при эпилепсии увеличивается при наличии коморбидной аффективной психопатологии [10]. Депрессия может быть следствием побочных эффектов, связанных с приемом АЭП или вследствие прекращения лечения АЭП, оказывающих влияние, как на припадки, так и на настроение у больных с биполярным аффективным расстройством и рекуррентным депрессивным расстройством в сочетании с эпилепсией.

По сравнению с топираматом, габапентином, ламотриджином, окскарбазепином, тиагабином и вальпроатами, которые характеризуются незначительным повышением риска суицидов, габапентин сочетается с более высоким риском развития завершенных суицидов со смертельным исходом [11].

Карбамазепин характеризуется низким риском развития суицидов. В отдельном исследовании, в котором карбамазепин был взят как референтный препарат, был выявлен более высокий риск суицидов при назначении клоназепама, леветирацетама, фенобарбитала и вальпроатов [12].

На протяжении ряда лет обсуждается роль ГАМК в развитии депрессии [6]. Низкий уровень ГАМК в ликворе был обнаружен у больных депрессией, но низкий уровень ГАМК в плазме крови был выявлен у больных с биполярным аффективным расстройством в состоянии эутимии [13, 14]. F. Petty [14] обнаружил дефицит ГАМК в головном мозге при депрессии, в том числе и на модели депрессии у животных, показавшей региональный дефицит ГАМК. Исследователь пришел к выводу, что низкое содержание ГАМК само по себе не служит признаком возможного развития расстройства настроения состояния, но является маркером унаследования «биологической ранимости» в отношении развития расстройств настроения. Если ГАМК повышается у тех, у кого ранее уровень ГАМК был низким, обязательно выявляются взаимодействия между системами ГАМК и серотонина в ядрах шва мозга. Эти взаимоотношения между ГАМК и серо-

тонином являются хорошо изученными и точно установленными в экспериментальной нейробиологии [15, 16]. Нейрохимические сдвиги у лиц с первичными нарушениями настроения или текущим расстройством настроения способствуют снижению устойчивости к стрессу, тревоге, а также провокации дальнейшего эпизода депрессии [14].

Существует немало исследований, показывающих роль системы серотонина в регуляции аффекта, в связи с чем, агонисты серотонина, такие как СИОЗС, являются антидепрессантами [6, 16]. Согласно результатам предыдущих исследований, лекарственные препараты, снижавшие уровень моноаминов (серотонина, дофамина, и особенно норэпинефрина) в головном мозге, приводили к развитию депрессии; введение прекурсоров серотонина (L-триптофан и 5-гидрокситриптофан) больным и испытуемым улучшало настроение; у пациентов с болезнью Паркинсона депрессия ассоциировалась с низким содержанием 5-HIAA в ликворе; антидепрессанты усиливают активность серотониновой системы; снижение обмена серотонина в мозге, так же как и снижение содержания продуктов обмена серотонина в ликворе, выявляется у больных депрессией [6, 16].

Литература о взаимоотношении серотонина и депрессии также отражает связи между снижением обмена серотонина и развитием суицидов. Эти взаимоотношения известны давно в биологической психиатрии: у больных с низким уровнем обмена серотонина наиболее часто встречаются суициды. Сходные биохимические нарушения обнаружены также и у больных с активной алкогольной зависимостью, у пациентов с агрессивным расстройством личности без проявлений депрессии [6]. У лиц, совершивших суициды, в посмертном периоде обнаруживается низкое содержание серотонина в головном мозге [17]. Таким образом, низкий уровень серотонина и его обмена связаны не только с развитием депрессии, но и также с возникновением агрессии, импульсивности и суицидального поведения.

Более ранние работы отмечают связь между враждебностью, агрессией и низким уровнем серотонина [17]. Эти данные подчеркивают важность нарушений функционирования системы серотонина в развитии агрессии, насильственного поведения с импульсивными действиями и суицидальными поступками. Однако результаты этих исследований распространяются не только на лиц с расстройствами личности, но и на иных психически больных.

Одна гипотеза гласит, что серотонин связан с агрессией, так как он осуществляет медиацию возбудимости нейронов в амигдале, то есть структуре, во взаимодействии с лобной областью мозга формирующей агрессивные проявления [18]. В этой модели серотонин рассматривается как активатор системы ингибирования поведения, фактор, низкий уровень которого нарушает деятельность этой системы.

Глутамат в противоположность ГАМК является главным возбудительным медиатором головного мозга. Глутамат находится в самых разных отделах и структурах головного мозга. Он взаимодействует с моноаминэргическими системами, и во многих областях мозга существуют его реципрокные взаимодействия с ГАМК. J.F.A. Sanacora и соавт. [19] на основании результатов МРТ-спектроскопии сообщил о более высоком уровне глутамата и более низком уровне ГАМК в коре мозга у больных с депрессией. Несмотря на увеличивающееся количество исследований о роли глутамата в развитии депрессии, суть вопроса все еще остается менее понятной по сравнению со сведениями о взаимодействии систем ГАМК и серотонина.

Таким образом, нейротрасмиттерами, которые лучше всего изучены в отношении суицидального поведения (в связи с формированием агрессии, нестабильности настроения, или депрессии или всех трех проявлений одновременно), являются ГАМК и серотонин. Понятной и предсказуемой является взаимосвязь между суицидальным поведением или лекарствами, оказывающими влияние на системы ГАМК, и серотонина.

В литературе по эпилептологии представлены сведения о том, как АЭП способны провоцировать аффективные расстройства и изменять деятельность медиаторных систем мозга, вовлекаемых в этот процесс [6, 17]. Традиционные АЭП (барбитураты) обладают ГАМК-ергическими свойствами и оказывают негативное воздействие на настроение больных, особенно при длительном их приеме с развитием зависимости от этих лекарств у больных эпилепсией и другими расстройствами [17].

Одной из главных мишеней АЭП является система ГАМК. Именно с повышением активности главной тормозной медиаторной системы в головном мозге связывается антиэпилептический эффект этих препаратов. Вигабатрин, тиагабин, габапентин и топирамат повышают содержание ГАМК в головном мозге, а некоторые из них также проявляют нарушение кругооборота серотонина. Многие АЭП применяются в психиатрии как стабилизаторы настроения в лечении аффективных расстройств. Однако ни один из этих ГАМК-ергических препаратов не нашел применения и не был одобрен для лечения расстройств настроения в психиатрии, в отличие от, например, карбамазепина или вальпроатов.

Из новых АЭП с побочным эффектом в виде депрессии является вигабатрин, ингибитор ГАМК-трансаминазы, значительно повышающий уровень ГАМК в головном мозге [20]. Тиагабин и топирамат оказывают похожее депрессогенное воздействие при их назначении больным эпилепсией, повышая уровень ГАМК в головном мозге [6, 21].

АЭП, механизм действия которых не связан с системой ГАМК (леветирацетам), также приводят к развитию суицидов у больных эпилепсией [9]. В этом важную роль играют два механизма их влияния при эпилепсии: повышение уровня тревоги у больных эпилепсией и феномен альтернативной психопатологии (депрессии, психозы), связанный с форсированной нормализацией ЭЭГ Г. Ландольта [9].

Таким образом, связь между АЭП и суицидальными попытками была обнаружена, прежде всего, в отношении ГАМК-ергических АЭП. К ним относятся фенобарбитал, габапентин, тиагабин, топирамат, вигабатрин, зонисамид.

D.A. Brent и соавт. [22] сообщили о высоком риске развития суицидов у больных, принимающих барбитураты в высоких дозах, или при наличии токсического влияния этих препаратов, отметили развитие депрессии при приеме фенобарбитала.

В исследовании половых различий развития суицидов [4] отметили отсутствие связи с суицидами у 105 больных эпилепсией при приеме общих суточных доз классических АЭП (фенитоин, примидон), тогда как ежедневный прием фенобарбитала приводил к суицидальным тенденциям и попыткам больных независимо от пола. В отличие от фенобарбитала, ежедневный прием карбамазепина и вальпроата натрия не сочетался с суицидами, особенно у женщин.

Вигабатрин является ингибитором трансаминазы, его побочное действие проявляется развитием депрессии [23]. Вигабатрин через взаимодействия системы ГАМК и серотонина снижает активность обмена последнего, что приводит к появлению депрессии у больных [6]. Депрессия выявлена как побочный эффект при лечении этим препаратом у 12-20% больных по сравнению с плацебо (2,4-5,7% случаев) по данным исследований D.F. Levinson и O. Devinsky [24]. Но суицидальные попытки наблюдались не у всех пациентов с депрессией, получавших вигабатрин, а лишь у 0,4% больных, что значительно превышает количество суицидов у лиц, получавших плацебо (0,05% случаев). По результатам работ D.A. Brent и соавт. [22], при приеме фенобарбитала, по сравнению с карбамазепином, депрессии и суицидальные тенденции наблюдались значительно чаще. При приеме фенобарбитала депрессии возникали у 40%, суицидальные тенденции – у 47% больных. На фоне лечения карбамазепином эти нарушения регистрировались у 4% и 4% соответственно.

Тиагабин повышает содержание ГАМК в головном мозге благодаря снижению обратного захвата ГАМК пресинаптическими нейронами. В клинических исследованиях по сравнению с плацебо у больных, принимавших тиагабин, тревожность и депрессия возникала значительно чаще (тревожность выявлена в 12% случаев при приеме тиагабина по сравнению с 3% случаев при приеме плацебо, а депрессия – у 5% больных по сравнению с 1% плацебо). При этом тревога и депрессия возникали преимущественно в структуре психозов [17]. Хотя случаи передозировок с токсическим эффектом тиагабина описаны в литературе, связь этого препарата с суицидальным поведением неоднозначна, так как далеко не в каждом таком случае возникали проявления суицида.

Габапентин – соединение, ингибирующее распад ГАМК. Полного понимания, в связи с чем это происходит, пока не существует, хотя в ряде исследований показан агонизм препарата в отношении субтипа ГАМКb-рецепторов [25, 26], повышение активности глутаматдекар-

боксилазы, участвующей в синтезе ГАМК, снижение активности ГАМК-трансаминазы, фермента, разрушающего ГАМК в синаптической щели, а также повышение выделения ГАМК из пресинаптических нейронов в синаптическую щель [27], и нарушение белкового транспорта ГАМК из цитоплазмы нейрона к клеточной мембране. Изучаются возможные механизмы влияния препарата на ГАМК в связи с воздействием на системы внесинаптических рецепторов. Исследования человека с помощью МРТ спектроскопии показали, что габапентин не только повышает содержание ГАМК в головном мозге у больных, но и у здоровых испытуемых. Препарат способствует нарушению обмен серотонина у людей по данным анализа содержания 5-HIAA в ликворе, что ведет к развитию депрессии.

Частота развития депрессии на фоне приема габапентина оценивается в 5%, но суицидальная активность возникает преимущественно у молодых пациентов [25] и не превышает 1% [9]. Габапентин преимущественно способствует усилению депрессивных проявлений симптомокомплекса интериктального дисфорического расстройства при эпилепсии и росту числа суицидов у этих больных.

Топирамат имеет различные механизмы действия. Появление депрессии в качестве побочного эффекта препарата связано с нарушением нейротрасмиссии возбудительного медиатора головного мозга – глутамата, но не в отношении NMDA рецепторов, участвующих в эпилептогенезе, а в результате нарушения взаимодействия с каинатными рецепторами глутамата [21, 28]. Топирамат также является и ГАМК-ергическим соединением, оказывающим влияние на ГАМКа-рецепторы, которые, как доказано, могут снижать активность серотониновой системы в нейронах шва мозга, в результате чего возникают депрессивные расстройства у больных.

M. Mula и соавт. [21], анализируя психопатологические побочные эффекты у больных, принимавших топирамат, обнаружили их у 23,9% пациентов, среди которых у 10,7% человек наблюдались аффективные расстройства, у 5,6% – агрессивное поведение, у 3,9% – другие поведенческие нарушения: гиперактивное поведение, гнев, агрессивность, тревога. Поведенческие нарушения развивались чаще всего у детей, у больных с задержкой развития и при полипрагмазии. Авторами также отмечено, что психопатологические расстройства как побочные эффекты препарата чаще появлялись у больных, в роду у которых наблюдались психические расстройства, у лиц с височной эпилепсией и гиппокампальным склерозом, а также при назначении доз, превышающих рекомендуемые терапевтические, при ускоренной титрации доз топирамата и в условиях политерапии. Только у немногих пациентов с развитием депрессии отмечалось полное прекращение припадков, а депрессивные расстройства развивались в среднем через 60 дней от начала приема препарата. Топирамат является препаратом с повышенным риском развития суицидов (более 10%) у больных эпилепсией [9, 28, 31].

Эффект топирамата в отношении активности лобных областей мозга был изучен с помощью функциональной МРТ в сочетании с нейропсихологическим тестированием [19]. По сравнению с контрольной группой, у больных, получавших топирамат, было выявлено снижение активации левой передней области мозга на фоне общего снижения активности мозгового функционирования, что связано с повышением содержания ГАМК топираматом, зафиксированным при МРТ-спектроскопическом исследовании [19]. Когнитивные расстройства, расстройства настроения и возникновение суицидов при приеме топирамата связаны со снижением активности лобных отделов мозга.

Карбамазепин также крайне редко приводит к развитию депрессии, все эти случаи связаны с агравирующим влиянием в отношении первично генерализованных судорожных припадков у взрослых с развитием постиктальных непродолжительных депрессий. Частота развития депрессивных расстройств и суицидальная активность была выявлена не более, чем у 1% из числа этих пациентов [9]. V.V. Kalinin [29] считает карбамазепин «антисуицидальным препаратом», и этот эффект прямо пропорционально параллельно росту суточной дозы данного АЭП.

Ламотриджин является препаратом стабилизатором настроения, полезен при нарушениях поведения у больных эпилепсией, а также при биполярном аффективном расстройстве, при затруднениях обучения, вспышках агрес-

сии с аутоагрессивным поведением [30]. Тем не менее, в инструкции по ламотриджину указано предостережение о возможном возникновении суицидов у больных [10]. Суициды при приеме ламотриджина могут быть связаны с повышением препаратом содержания ГАМК в головном мозге, хотя и в меньшей степени, чем топираматом или габапентином, что было установлено МРТ-спектроскопическим исследованием больных эпилепсией [19]. Суициды при назначении ламотриджина возникают преимущественно при его сочетанном назначении с другими АЭП, влияющими на систему ГАМК, и связаны с усилением депрессивной симптоматики интериктального депрессивного расстройства при эпилепсии. Однако ламотриджин считается АЭП с низким риском возникновения депрессии и суицидальной активности больных (менее 1%). Кроме того, отмечены антисуицидальные и антидепрессивные свойства ламотриджина, используемые для лечения и профилактики депрессивных расстройств [8, 30].

Этосуксимид очень редко вызывает депрессии с суицидами, возникновение которых связано с развитием альтернативных депрессивных психозов по механизму феномена Ландольта с насильственной нормализацией ЭЭГ [28].

У леветирацетама реже встречаются психопатологические побочные эффекты по сравнению с топираматом. Однако побочные действия леветирацетама характеризуются развитием психопатологии в виде психозов с суицидальным поведением больных [9, 29, 30]. Леветирацетам не оказывает влияния на систему ГАМК или серотонина, не используется для лечения психических расстройств, а поведенческие эффекты препарата связаны с развитием феномена насильственной нормализации ЭЭГ со снижением частоты или полным прекращением эпилептических припадков. В развитии суицидов при приеме леветирацетама имеет значение такой побочный эффект препарата, как выраженное усиление тревоги и появление вследствие этого депрессии, у принимающих препарат больных, проявляющееся на средних и высоких дозах препарата. Тревожные и депрессивные расстройства развиваются у 10% взрослых и 25% детей, страдающих эпилепсией [30, 31]. Эти расстройства относятся к интериктальному дисфорическому расстройству при эпилепсии [9, 29]. Частота развития тревожных и депрессивных расстройств с суицидами при приеме леветирацетама выше у больных с тревожными и депрессивными нарушениями до начала приема этого АЭП [8].

M. Mula и соавт. [9] на 517 больных эпилепсией показали, что при назначении леветирацетама только у 10,1% больных возникали побочные эффекты в виде психопатологических нарушений, из которых 2,4% составляли аффективные расстройства с развитием у 0,7% больных суицидальной настроенности, 1,2% психозы, 3,5% – агрессивное поведение, и 2,3% – эмоциональная нестабильность. Назначение ламотриджина оказывало защитное действие от развития побочных эффектов леветирацетама [32, 33].

Вальпроаты являются АЭП с двумя медиаторными механизмами действия: ГАМК-ергическим и серотонинэргическим (повышают уровень серотонина в стриатуме и гиппокампе) [8]. Согласно данным M. Mula и J.W. Sander [9] вальпроаты имеют низкий риск развития суицидальной активности у больных эпилепсией (менее 1%). В.В. Калинин [4] считает вальпроаты препаратами с антисуицидальной активностью.

Лечение депрессивных расстройств, связанных с АЭП, предполагает коррекцию доз или отмену АЭП с выраженным депрессогенным эффектом при полипрагмазии, а также коррекцию лечебной схемы с введением антисуицидальных АЭП (ламотриджина, карбамазепина или вальпроатов), проведение лечения антидепрессантами, а также психотерапии при развитии у больных психогенной депрессии [6, 31, 34].

Выводы:

1. АЭП имеют различные механизмы действия, и различные механизмы действия АЭП приводят к развитию суицидов.
2. Риск развития суицидов отличается при приеме различных АЭП.
3. Депрессогенными и суицидопасными являются АЭП с ГАМК-ергическим механизмом действия.
4. Наиболее суицидоопасны фенобарбитал, виабатрин. Меньшую суицидогенную активность обнаруживают топирамат, габапентин, леветирацитам, а минимальной активностью в

отношении провокации суицидов при эпилепсии обладают карбамазепин, вальпроаты.

5. АЭП могут приводить к аггравации припадков и тем самым вызывать тревожно-депрессивные состояния как личностную реакцию на тяжелое течение болезни.

6. АЭП могут активизировать периктальную депрессивную и психотическую патологию при эпилепсии, увеличивая частоту припадков, особенно генерализованных, сложных парциальных и атипичных абсансов.

7. АЭП могут активизировать интериктальные депрессивные дисфорические расстройства и увеличивать количество суицидов у больных эпилепсией.

8. АЭП могут активизировать коморбидную депрессивную психопатологию с развитием суицидов.

9. АЭП могут приводить к развитию альтернативных психотических расстройств как проявления феномена насильственной нормализации ЭЭГ по Г.Ландольту с появлением суицидов, обусловленных тревожной, депрессивной или галлюцинаторно-бредовой психопатологией.

10. АЭП могут провоцировать и усиливать собственными депрессогенными побочными эффектами тревожно-депрессивные психические расстройства при эпилепсии, относящиеся к симптомокомплексу интериктального депрессивного расстройства [1], и способствовать развитию суицидов у больных.

11. Назначение нескольких АЭП с влиянием на ГАМК систему мозга одновременно (полипрагмазия) даже в терапевтических дозах может приводить к развитию депрессивных расстройств и появлению суицидальной активности.

12. У больных эпилепсией с развитием депрессии и суицидальных тенденций вследствие терапии АЭП часто наблюдались депрессивные расстройства в прошлом, коморбидные аффективные нарушения в настоящее время, поведенческие расстройства в прошлом или в настоящее время, а также аффективная психопатология в роду, у ближайших родственников.

13. Лечение депрессивных расстройств, связанных с АЭП, предполагает коррекцию доз или отмену одного из АЭП при полипрагмазии, а также проведение лечения антидепрессантами [6].

Литература:

1. Blumer D. Epilepsy and suicide / In: Trimble M.R., Schmitz B. The neuropsychiatry of epilepsy. – Cambridge University Press. – Cambridge, 2004. – P. 107-116.
2. Пылаева О.А., Мухин К.Ю., Шатенштейн А.А. Эпилепсия и риск суицида (обзор литературы) // Русский журнал детской неврологии. – 2013. – Том VIII, вып. 2. – С. 23-40.
3. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: Монография. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 342 с.
4. Калинин В.В., Полянский Д.А. Факторы риска развития суицидального поведения у больных эпилепсией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Том 103, № 3. – С. 18-21.
5. Barraclough B. Suicide and epilepsy // In: Reynolds E.H., Trimble M.R. // Epilepsy and psychiatry. – Churchill Livingstone. – Edinburgh, 1981. – P. 72-76.
6. Trimble M.R. Antiepileptic drugs and suicide / In: Trimble M.R., Schmitz B. The neuropsychiatry of epilepsy. – Cambridge University Press. – Cambridge, 2011. – P. 143-154.

Транслитерация:

1. Blumer D. Epilepsy and suicide / In: Trimble M.R., Schmitz B. The neuropsychiatry of epilepsy. – Cambridge University Press. – Cambridge, 2004. – P. 107-116.
2. Pylaeva O.A., Muhin K.Ju., Shatenshtejn A.A. Jepilepsija i risk suicida (obzor literatury) // Russkij zhurnal detskoj nevrologii. – 2013. – Tom VIII, vyp. 2. – S. 23-40. (In Russ)
3. Jur'eva L.N. Klinicheskaja suicidologija: Monografija. – Dnepropetrovsk: Porogi, 2006. – 342 s. (In Russ)
4. Kalinin V.V., Poljanskij D.A. Faktory riska razvitija suicidal'nogo povedenija u bol'nyh jepilepsiej // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 2003. – Tom 103, № 3. – S. 18-21. (In Russ)
5. Barraclough B. Suicide and epilepsy // In: Reynolds E.H., Trimble M.R. // Epilepsy and psychiatry. – Churchill Livingstone. – Edinburgh, 1981. – P. 72-76.
6. Trimble M.R. Antiepileptic drugs and suicide / In: Trimble M.R., Schmitz B. The neuropsychiatry of epilepsy. – Cambridge University Press. – Cambridge, 2011. – P. 143-154.

7. Barry J.J., Lembke A., Gisbert P.A., Gilliam F. Affective disorders in epilepsy.In: Ettinger A.B., Kanner A.M. Psychiatric issues in epilepsy. – Wolters Kluwer, 2007. – P. 219-220.
8. Пылаева О.А., Воронкова К.В., Холин А.А. Риск суицидального поведения при эпилепсии. Роль антиэпилептической терапии (обзор литературы) // Вестник эпилептологии. – 2008. – № 1. – С. 18-27.
9. Mula M., Sander J.W. Negative effects of antiepileptic drugs on mood in patients with epilepsy // Drug Safety. – 2007. – Vol. 30. – P. 555-567.
10. Hesdorffer D.C., Kanner A.M. The FDA alert on suicidality and antiepileptic drugs: fire and false alarm // Epilepsia. – 2009. – Vol. 50. – P. 978-986.
11. Potorno E., Bohn R.L., Wahl P.M. Anticonvulsant medication and risk of suicide, attempted or violent death // JAMA. – 2010. – Vol. 303. – P. 1401-1409.
12. Olesen J.D., Hansen P.R., Erdal J. et al. Antiepileptic drugs and risk of suicide: a nationwide study // Pharmacoepidemiology and drug safety. – 2010. – Vol. 19, № 5. – P. 518-524.
13. Barry J.J. The recognition and management of mood disorders as a comorbidity of epilepsy // Epilepsia. – 2003. – Vol. 44, suppl 4. – P. 30-40.
14. Petty F. GABA and mood disorders: a brief review and hypothesis // Journal of affective disorders. – 1995. – Vol. 34. – P. 275-281.
15. Bowery N.G. Pharmacology of mammalian GABAb receptors. In: Enna S.J., Bowery N.G. // The GABA receptors. – Humanna Press, New Jersey. – 1997.
16. Trimble M.R. Anticonvulsant-induced psychiatric disorders // Drug Safety. – 1996. – Vol. 15. – P. 159-166.
17. Schmitz B. Effects of antiepileptiuc drugs on mood and behaviour // Epilepsia. – 2006. – Vol. 47, Suppl 2. – P. 28-33.
18. Kanner A.M., Kozak A.M., Frey M. The use of sertraline in patients with epilepst: is it safe? // Epilepsy Behav. – 2000. – Vol. 1. – P. 100-105.
19. Jansen J.F.A., Aldenkamp A.P., Marian Majoie H.J. Functional MRI reveals declined prefrontal cortex acivation in patiens with epilepsy on topiramate therapy // Epilepsy and behavior. – 2006. – Vol. 9. – P. 181-185.
20. Bell G.S., Mula M., Sander J.W. Suicidality in people taking antiepileptic drugs // CNS Drugs. – 2009. – Vol. 23. – P. 281-292.
21. Mula M., Trimble M.R., Lhatoo S.D., Sander J.W.A.S. Topiramate and psychiatric adverse events in patients with epilepsy // Epilepsia. – 2003. – Vol. 44. – P. 465-463.
22. Brent D.A., Crumrine P.K., Varma R.R. Phenobarbital treatment and major depressive disorder in children with epilepsy // Pediatrics. – 1987. – Vol. 80, № 6. – P. 909-917.

7. Barry J.J., Lembke A., Gisbert P.A., Gilliam F. Affective disorders in epilepsy.In: Ettinger A.B., Kanner A.M. Psychiatric issues in epilepsy. – Wolters Kluwer, 2007. – P. 219-220.
8. Pylaeva O.A., Voronkova K.V., Holin A.A. Risk suicidal'nogo povedenija pri jepilepsii. Rol' antijepilepticheskoj terapii (obzor literatury) // Vestnik jepileptologii. – 2008. – № 1. – S. 18-27. (In Russ)
9. Mula M., Sander J.W. Negative effects of antiepileptic drugs on mood in patients with epilepsy // Drug Safety. – 2007. – Vol. 30. – P. 555-567.
10. Hesdorffer D.C., Kanner A.M. The FDA alert on suicidality and antiepileptic drugs: fire and false alarm // Epilepsia. – 2009. – Vol. 50. – P. 978-986.
11. Potorno E., Bohn R.L., Wahl P.M. Anticonvulsant medication and risk of suicide, attempted or violent death // JAMA. – 2010. – Vol. 303. – P. 1401-1409.
12. Olesen J.D., Hansen P.R., Erdal J. et al. Antiepileptic drugs and risk of suicide: a nationwide study // Pharmacoepidemiology and drug safety. – 2010. – Vol. 19, № 5. – P. 518-524.
13. Barry J.J. The recognition and management of mood disorders as a comorbidity of epilepsy // Epilepsia. – 2003. – Vol. 44, suppl 4. – P. 30-40.
14. Petty F. GABA and mood disorders: a brief review and hypothesis // Journal of affective disorders. – 1995. – Vol. 34. – P. 275-281.
15. Bowery N.G. Pharmacology of mammalian GABAb receptors. In: Enna S.J., Bowery N.G. // The GABA receptors. – Humanna Press, New Jersey. – 1997.
16. Trimble M.R. Anticonvulsant-induced psychiatric disorders // Drug Safety. – 1996. – Vol. 15. – P. 159-166.
17. Schmitz B. Effects of antiepileptiuc drugs on mood and behaviour // Epilepsia. – 2006. – Vol. 47, Suppl 2. – P. 28-33.
18. Kanner A.M., Kozak A.M., Frey M. The use of sertraline in patients with epilepst: is it safe? // Epilepsy Behav. – 2000. – Vol. 1. – P. 100-105.
19. Jansen J.F.A., Aldenkamp A.P., Marian Majoie H.J. Functional MRI reveals declined prefrontal cortex acivation in patiens with epilepsy on topiramate therapy // Epilepsy and behavior. – 2006. – Vol. 9. – P. 181-185.
20. Bell G.S., Mula M., Sander J.W. Suicidality in people taking antiepileptic drugs // CNS Drugs. – 2009. – Vol. 23. – P. 281-292.
21. Mula M., Trimble M.R., Lhatoo S.D., Sander J.W.A.S. Topiramate and psychiatric adverse events in patients with epilepsy // Epilepsia. – 2003. – Vol. 44. – P. 465-463.
22. Brent D.A., Crumrine P.K., Varma R.R. Phenobarbital treatment and major depressive disorder in children with epilepsy // Pediatrics. – 1987. – Vol. 80, № 6. – P. 909-917.

23. Ring H.A., Crellin R., Kriker S., Reynolds E.H. Vigabatrin and depression // Journal of neurology, neurosurgary and psychiatry. – 1993. – Vol. 56, № 8. – P. 925-928.
24. Levinson D.F., Devinsky O. Psychiatric adverse events during vigabatrin therapy // Neurology. – 1999. – Vol. 53, № 7. – P. 1503-1511.
25. Cugley A.L., Awartz B.E. Gabapentine-associated mood changes // Epilepsia. – 1995. – Vol. 36 (Suppl. 4). – P. 53-61.
26. Gotz T.J., Fuerstein A., Lais A., Meyer D. Effects of gabapentin on release of GABA from slices of rat neostriatum // Arzneim Forschung. – Vol. 43. – P. 636-638.
27. Mann J.J., Malone K.M. Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed in-patients // Biological psychiatry. – 1997. – Vol. 41. – P. 162-171.
28. Arana A., Wentworth C.E., Ayuso-Mateos J.I.,Arellano F.M. Siucidal-related events in patients treated with antiepileptic drugs // The New England journal of medicine. – 2010. – Vol. 363. – P. 542-551.
29. Mula M., Trimble M.R., Yuen A. Psychiatric adverse events during levetiracetam therapy // Neurology. – 2003. – Vol. 61. – P. 704-706.
30. Born C., Dittmann S., Post R.M., Grunze h. Newer prophylactic agents for bipolar disorder and their influence on suicidality // Arch suicide Res. – 2005. – Vol. 9, № 3. – P. 301-306.
31. Andersohn F., Schade R., Willich S.N., Gabre E. Use of antiepileptic drugs in epilepsy and the risk of self-harm of suicidal behavior // Neurology. – 2010. – Vol. 75. – P. 335-340.
32. Kalinin V.V., Polyanski D.A. Gender and suicidality prediction in epilepsy // Epilepsy and behavior. – 2005. – Vol. 7. – P. 657-663.
33. Mula M., Sander J.W. Suicidal ideation in epilepsy and levetiracetam therapy // Epilepsy and behavior. – 2007. – Vol. 11. – P. 130-132.
34. Lopez-Gomez M., Ramirez-Bermudez J., Campillo C. Primidone is associated with interictal depression in patients with epilepsy // Epilepsy Behav. – 2005. – Vol. 6, № 3. – P. 413-416.

23. Ring H.A., Crellin R., Kriker S., Reynolds E.H. Vigabatrin and depression // Journal of neurology, neurosurgary and psychiatry. – 1993. – Vol. 56, № 8. – P. 925-928.
24. Levinson D.F., Devinsky O. Psychiatric adverse events during vigabatrin therapy // Neurology. – 1999. – Vol. 53, № 7. – P. 1503-1511.
25. Cugley A.L., Awartz B.E. Gabapentine-associated mood changes // Epilepsia. – 1995. – Vol. 36 (Suppl. 4). – P. 53-61.
26. Gotz T.J., Fuerstein A., Lais A., Meyer D. Effects of gabapentin on release of GABA from slices of rat neostriatum // Arzneim Forschung. – Vol. 43. – P. 636-638.
27. Mann J.J., Malone K.M. Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed in-patients // Biological psychiatry. – 1997. – Vol. 41. – P. 162-171.
28. Arana A., Wentworth C.E., Ayuso-Mateos J.I.,Arellano F.M. Siucidal-related events in patients treated with antiepileptic drugs // The New England journal of medicine. – 2010. – Vol. 363. – P. 542-551.
29. Mula M., Trimble M.R., Yuen A. Psychiatric adverse events during levetiracetam therapy // Neurology. – 2003. – Vol. 61. – P. 704-706.
30. Born C., Dittmann S., Post R.M., Grunze h. Newer prophylactic agents for bipolar disorder and their influence on suicidality // Arch suicide Res. – 2005. – Vol. 9, № 3. – P. 301-306.
31. Andersohn F., Schade R., Willich S.N., Gabre E. Use of antiepileptic drugs in epilepsy and the risk of self-harm of suicidal behavior // Neurology. – 2010. – Vol. 75. – P. 335-340.
32. Kalinin V.V., Polyanski D.A. Gender and suicidality prediction in epilepsy // Epilepsy and behavior. – 2005. – Vol. 7. – P. 657-663.
33. Mula M., Sander J.W. Suicidal ideation in epilepsy and levetiracetam therapy // Epilepsy and behavior. – 2007. – Vol. 11. – P. 130-132.
34. Lopez-Gomez M., Ramirez-Bermudez J., Campillo C. Primidone is associated with interictal depression in patients with epilepsy // Epilepsy Behav. – 2005. – Vol. 6, № 3. – P. 413-416.

SUICIDAL ACTIVITY OF PATIENTS WITH EPILEPSY IN THE TREATMENT OF ANTI-EPILEPTIC DRUGS

S.G. Nosov, L.N. Yuryeva

Dnepropetrovsk medical Academy, Dnepropetrovsk, Ukraine

The article is a brief review of the literature on suicide in patients with epilepsy taking with the therapeutic effect of various anti-epileptic drugs (AEDs). Noted indirect effects of AEDs on the development of suicide in epilepsy. Suicidal tendencies occur when the development and strengthening of the jet trilogy on the frequency of seizures, the activation of other manifestations of the disease, with depression, psychosis in patients with epilepsy under the influence of AEDs. The most actively suicidal mood in patients with epilepsy called phenobarbital, vigabatrin, less active topiramate, gabapentin, levetiracetam, and the minimum activity against the provocations of suicide in epilepsy have carbamazepine, valproate. Knowledge sucidogenic activity of AEDs makes it possible to adequately predict the likely development of suicide in patients with epilepsy.

Keywords: suicide, epilepsy, antiepileptic drugs.

УДК: 159.972

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДА: ПОИСК КРИТЕРИЕВ

Д.Г. Трунов

НОУ ВПО «Санкт-Петербургский гуманитарный университет профсоюзов», г. Санкт-Петербург, Россия

Контактная информация:

Трунов Дмитрий Геннадьевич – доктор философских наук. Место работы и должность: профессор кафедры конфликтологии НОУ ВПО «Санкт-Петербургский гуманитарный университет профсоюзов». Адрес: 192238, г.Санкт-Петербург, ул. Фучика, д. 15. E-mail: calligraph@mail.ru

В статье описывается возникновение термина «суицид», приводятся примеры определений суицида, а также критерии, позволяющие определить понятие «суицида» и отличить его от других «суицидоподобных» и «парасуицидальных» действий. К таким критериям относятся добровольность, самостоятельность, сознательность, намеренность, достаточность, post hoc (фактор времени).

Ключевые слова: самоубийство, суицид, критерии суицида, суицидальная активность.

Считается, что впервые слово «суицид» как научный термин употребил в 1641 году английский писатель, врач и философ сэр Томас Браун (1605-1682) в своей книге «Религия врача»[1]. Это слово образовано от лат. *sui caedere* – убивать себя. Таким образом, слово «суицид» буквально означает «самоубийство, покушение на свою жизнь, самоуничтожение». В русском языке самостоятельный термин «самоубийство» появился в 1704 г. в «Лексиконе треязычном», который был составлен наставником славяно-греко-латинской школы, редактором первой русской газеты и директором Московской типографии Федором Поликарповым-Орловым [1].

Самоубийство – это сложное и неоднозначное проявление человеческого бытия, не всегда имеющее четкие границы с другими видами смерти. Могут ли, например, отнесены к категории самоубийств случаи, когда самостоятельное лишение себя жизни заменяется добровольным согласием умереть от руки другого человека? Таковы, например, просьбы о смерти тяжело и безнадежно больных людей (эвтаназия) или смертельно раненых воинов на поле битвы. Требует суицидологической квалификации и случаи, когда человек убивает себя, исполняя приговор суда (например, Сократ). А как расценивать случаи героического самопожертвования или случаи отстаивания своих убеждений, приводящих к неизбежной смерти?..

Существует целая галерея героев, добровольно пожертвовавших собой и смерть которых была следствием их собственных действий. Таковы известные легендарные фигуры Великой Отечественной войны: летчики Николай Гастелло и Виктор Талалихин, рядовой Александр Матросов, политрук Василий Клочков или, например, менее известный – совсем юный Ваня Федоров – герой документальной повести советского писателя Алексея Очкина «Четырнадцатилетний истребитель»; когда в бою ему оторвало обе кисти, он прижал обрубками рук к груди гранату, зубами вырвал чеку и бросился под вражеский танк [2]. И хотя не все примеры подвигов подтверждены документами, тем не менее, сам факт возникновения этих историй побуждает задуматься, во-первых, над их социальной притягательностью, а во-вторых – над их квалификацией с точки зрения суицидологии.

В какой-то момент суицидология обратила свое исследовательское внимание на поведение, которое не связано с непосредственной (скорой) смертью, но с большой вероятностью ускоряло ее наступление. Таковы, например, случаи злоупотребления различными токсическими веществами, о вреде которых достаточно хорошо известно, или увлечение такими опасными для жизни видами спорта, как альпинизм, прыжки с парашютом, каскадерство. Присутствие в нашей жизни таких явлений и видение в них суицидального компонента вызвало к жизни различные классификации самоубийств, которые учитывают эти явления как разные виды суицидальной активности.

Например, Э. Гроллман выделяет наряду с «прямым» самоубийством «непрямое»: медленное самоуничтожение в результате злоупотребления алкоголем или наркотиками, игнорирования серьезных болезней, переедания и

[1]Sir Thomas Brown. Religio Medici, 1643. Книга представляет из себя вольные размышления на темы религии, алхимии и астрологии: http://penelope.uchicago.edu/index.shtml

т.п.; «автоцид» – осознанное или бессознательное саморазрушающее поведение, следствием которого часто являются превышение скорости, управление автомобилем в нетрезвом состоянии; участие в «смертельных играх», например, в русской рулетке [3]. Или, например, отечественные исследователи подразделяют суициды на три основные группы: истинные, демонстративные и скрытые [4, 5, 6]. Примеров таких классификаций, учитывающих разные «виды суицида», можно приводить много. Все они свидетельствуют о многомерности (многозначности и поликонтекстуальности) феномена суицида, о его разнообразии и терминологической аморфности. В связи с этим имеется необходимость более четкого определения *критериев самоубийства*.

Классическим является определение Э. Дюркгейма[1]. Он относил к суицидам «каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершённого самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах. Покушение на самоубийство – это вполне однородное действие, но только не доведенное до конца» [7]. Более простое и четкое определение дает M. Farber: «Самоубийство – это сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни» [8]. Российские суицидологи А. Амбрумова и В. Тихоненко также определяют суицид как «намеренное лишение себя жизни» [4]. Л. Балабанова определяет суицид как «акт самоубийства, совершаемый человеком в состоянии сильного душевного расстройства, либо под влиянием психического заболевания; осознанный акт устранения из жизни под воздействием острых психотравмирующих ситуаций, при которых собственная жизнь как высшая ценность теряет смысл» [9]. Л. Трегубов и Ю. Вагин описывают самоубийство как сознательное и самостоятельное лишение себя жизни; сознательное прекращение жизни с помощью действий, направленных на создание условий, не совместимых с ней [10]. А вот определение, нагруженное клиническим дискурсом: «Суицид – поведение, имеющее цель самоубийство. В большинстве случаев осуществляется как форма агрессии против собственного Я. Характерен, прежде всего, для психически больных, в значительно меньшей степени встречается у индивидов с пограничными расстройствами и психически здоровых. Наиболее типичным состоянием перед суицидом является депрессия, кроме того непосредственным стимулом обычно выступает конкретная стрессовая ситуация» [11]. В докладе ВОЗ «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» от 2001 года говорится, что «самоубийство есть результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода» ([12], цит. по [1]).

Анализируя эти и другие определения самоубийства можно выделить несколько критериев, на основании которых можно отделить самоубийство от других ситуаций, близких к нему, а потому часто к нему приравниваемых. В основном авторы указывают на *намеренность*, *сознательность* и *самостоятельность* акта самоубийства. Однако помимо них необходимо также учитывать не менее важный критерий *добровольности*, поскольку намеренность, сознательность и самостоятельность не обязательно предполагают добровольность. Например, приговоренные к казни в древних Афинах должны были выпить чашу с ядом, они делали это, находясь в сознании и собственноручно, но не по своей воле, а по воле суда; и если не учитывать критерий добровольности, то можно зачислить всех казненных таким путем в самоубийцы. Другой пример: человек совершает героический поступок, в результате которого погибает он и его враги; он делает это добровольно, хотя собственная смерть в данном случае не является его намерением, им движет не желание умереть, а желание погубить своих врагов. Критерий самостоятельности отсутствует в эвтаназии – добровольной смерти, осуществленной при помощи посредника.

Очень близки друг другу критерии сознательности и намеренности. Тем не менее, необходимо отметить между ними существенную разницу: сознательность буквально означает, что человек во время совершения действий находится в сознании и способен дать отчет о своих действиях, а намеренность обозначает наличие у человека желания умереть. Допустим, человек, находясь в сознании, бравируя собственной смелостью, пытается ходить по краю балкона, срывается и погибает, то, несмотря на возможную оценку его окружающими как «самоубийцы», здесь не было намерения убить себя, а значит, его действия не могут квалифицироваться как самоубийство. И тем более отсутствие критерия сознательности не дает нам права говорить о самоубийстве. Например, случай человека, заснув-

[1]Дюркгейм Давид Эмиль (1858-1917) – французский социолог и философ.

шего за рулем и погибшего в результате этого в автокатастрофе, лишь внешне схож со случаем автоцида, когда человек сознательно направляет свой автомобиль навстречу смерти.

В то же время, если определить намеренность как осознавание собственного желания умереть, как способность дать отчет о мотивах своих суицидальных действий, то мы можем встретиться с разной степенью осознавания суицидальной мотивации в каждом конкретном случае. Как пишет В.С. Ефремов, степень осознания суицидального намерения может существенно различаться: «от ясно осознаваемой цели покончить жизнь самоубийством (с возможной борьбой суицидальных и антисуицидальных тенденций) до импульсивного акта или аффективного состояния, в рамках которых возникновение действий, направленных на самоубийство, может не осознаваться субъектом» [1].

Существуют еще один важный критерий самоубийства. Этот критерий прослеживается в определениях Э. Дюркгейма и M. Farber. На него также обращает свое внимание А.Ф. Кони[1]: при самоубийстве смерть наступает непосредственно (вскоре) после действий субъекта. Этот «фактор времени», или *критерий post hoc* («после того»), отличает самоубийство от других саморазрушительных действий, которые постепенно приближают человека к смерти, хотя она и не наступает сразу после этих действий. Примерами могут служить упомянутые выше различные варианты «скрытых суицидов», к которым обычно относят частое использование наркотических веществ и так называемые «вредные привычки»: употребление алкоголя, курение. Тесным образом с данным критерием связан *критерий достаточности*, который подразумевает, что вид и интенсивность саморазрушительных действий должны быть таковы, что они неминуемо приведут к смерти. При этом «неминуемо» не обязательно означает «сразу». Без учета критерия достаточности мы не можем говорить о суициде в строгом смысле слова, а только лишь о той или иной степени суицидальной или антивитальной активности. В качестве примера может выступить так называемый «демонстративный суицид», который, по мнению авторов, использующих этот термин, не включает намерение человека убить себя, но лишь воздействовать на окружающих, а потому исключающий средства, достаточные для наступления смерти.

Таким образом, можно представить следующие критерии, с помощью которых можно провести границу между суицидом и другими видами смерти, а также различными «околосуицидальными» явлениями (табл. 1).

Таблица 1

Критерии, отличающие самоубийство от других видов смерти и «парасуицидов»

Добровольность	Человек действует по собственному желанию	Отличает суицид от убийства и от «самоубийства по принуждению»
Самостоятельность	Человек совершает свои действия без посторонней помощи	Например, отличается от эвтаназии
Сознательность	Человек находится в сознании, он осознает свои действия и их возможные последствия	Отличает суицид от так называемых «несчастных случаев», то есть случайной смерти
Намеренность	Действиями человека руководит желание собственной смерти	Отличает суицид от «несчастных случаев» (смерти по неосторожности), а также от подвига, когда, например, человек хочет убить врага, но при этом он вынужден погибнуть сам
Достаточность	Действия, совершенные человеком, неминуемо приводят к смерти	Отличает суицид от различных видов суицидальной активности, например, от незавершенных суицидальных попыток
Post hoc	Смерть наступает вскоре после совершения суицидальных действий	Отличает суицид от различных видов антивитальной активности, где смерть отсрочена

[1]Кони Анатолий Фёдорович (1844-1927) – российский юрист, государственный и общественный деятель, литератор. Его перу принадлежит очерк «Самоубийство в законе и жизни» (1923), основанный на опыте работы в суде и философском осмыслении проблемы. Рост числа самоубийств он связывал с социальными явлениями. Он также выступал против карательных мер в отношении самоубийства.

Итак, сформулируем в качестве рабочего следующее определение суицида, включающее названные выше критерии:

Суицид – это добровольное, самостоятельное, осознанное и в достаточной мере саморазрушительное действие, непосредственной и ближайшей целью которого является лишение себя жизни; чаще всего суицид выступает как реакция на психотравмирующую ситуацию, как способ разрешения внутреннего конфликта.

Скорее всего, список критериев, на основе которого сформулировано данное определение суицида, может быть пополнен еще рядом пунктов, хотя он уже шире любого известного определения суицида, приводимого в известной суицидологической литературе. Так, назовем еще два критерия, которые пока оставим в статусе «дискуссионных». Первый тесно связан с осознанностью и намеренностью. Может быть, он просто объединяет их, а может, обнаруживает нечто новое. Речь идет об *осмысленности* суицидальных действий: человек, убивающий себя или покушающийся на свою жизнь, всегда наделяет свои суицидальные действия личностным смыслом, самоубийство всегда является для него в той или иной степени оправданным и закономерным, что, конечно, не исключает противоречивое отношение человека к этому акту. Другой критерий можно назвать критерием *инструментальности*, имея в виду, что для совершения суицида человек обязательно использует какой-либо объект внешнего мира или вещество в качестве инструмента для убийства себя. Казалось бы, это само собой разумеется. Однако можно представить примеры, когда человек убивает себя, не прибегая к каким-либо «внешним средствам», например, просто отказываясь от пищи. А как квалифицировать действия аскета-отшельника, который уходит из жизни путем длительной задержки дыхания. Можно ли назвать такую смерть суицидом?..

Литература:

1. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: Диалект, 2004. – 480 с.
2. Очкин А. Четырнадцатилетний истребитель // Искатель. – 1966. – № 1.
3. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, постпенция // Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М.: Когито-Центр, 2001. – С. 270–352.
4. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. МЗ РСФСР. – М., 1980. – 55 с.
5. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков. – Минск: Беларусь, 1988. – 204 с.
6. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. – М.: Смысл, 1999. – 494 с.
7. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. – М.: Мысль, 1994. – 339 с.
8. Farber M.L. Theory of suicide. New York*:* Funk & Wagnalls, 1968.
9. Балабанова Л. Судебная патопсихология. – Донецк: Сталкер, 1998. – 432 с.
10. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. – Пермь: КАПИК, 1993. – *268 с.*
11. Кончук Н.В. О психологическом смысле суицидов // Психологический журнал. – 1989. – № 5. – С. 95–102.
12. Доклад о состоянии здравоохранения в мире: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда (2001). – Женева, 2002.

Транслитерация:

1. Efremov V.S. Osnovy suicidologii. – SPb.: Dialekt, 2004. – 480 s. (In Russ)
2. Ochkin A. Chetyrnadcatiletnij istrebitel' // Iskatel'. – 1966. – № 1. (In Russ)
3. Grollman Je. Suicid: prevencija, intervencija, postvencija // Suicidologija: proshloe i nastojashhee. Problema samoubijstva v trudah filosofov, sociologov, psihoterapevtov i v hudozhestvennyh tekstah. – M.: Kogito-Centr, 2001. – S. 270–352. (In Russ)
4. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija: Metodicheskie rekomen-dacii. MZ RSFSR. – M., 1980. – 55 s. (In Russ)
5. Kondrashenko V.T. Deviantnoe povedenie u podrostkov. – Minsk: Belarus', 1988. – 204 s. (In Russ)
6. Mohovikov A.N. Telefonnoe konsul'tirovanie. – M.: Smysl, 1999. – 494 s. (InRuss)
7. Djurkgejm Je. Samoubijstvo. Sociologicheskij jetjud. – M.: Mysl', 1994. – 339 s. (In Russ)
8. Farber M.L. Theory of suicide. New York*:* Funk & Wagnalls, 1968.
9. Balabanova L. Sudebnaja patopsihologija. – Doneck: Stalker, 1998. – 432 s. (In Russ)
10. Tregubov L.Z., Vagin Ju.R. Jestetika samoubijstva. – Perm': KAPIK, 1993. – 268 s. (In Russ)
11. Kononchuk N.V. O psihologicheskom smysle suicidov // Psihologicheskij zhurnal. – 1989. – № 5. – S. 95–102. (In Russ)
12. Doklad o sostojanii zdravoohranenija v mire: Psihicheskoe zdorov'e: novoe ponimanie, novaja nadezhda (2001). – Zheneva, 2002. (In Russ)

THE DEFINITION OF SUICIDE: DESCRIPTION OF CRITERIA

D.G. Trunov

St. Petersburg University of the Humanities and Social Sciences, St. Petersburg, Russia

The article describes the appearance of the term «suicide», the examples of definitions of suicide and the criteria to define the term «suicide» and distinguish it from other «parasuicidal» activity. These criteria are voluntary, self-support, consciousness, intention, sufficiency, post hoc (the time factor).

Keywords: suicide, suicide criteria, suicidal activity.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

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

1. Общая и частная суицидология.
2. Агрессия (ауто-; гетероагрессия и др.).
3. Психология, этнопсихология и психопатология суицидального поведении и агрессии.
4. Методы превенции и коррекции.
5. Социальные, социологические, правовые аспекты суицидального поведения.
6. Педагогика и агрессивное поведение, суицид.
7. Историческая суицидология.

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

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

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

4. Перед названием статьи указывается УДК.

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

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

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

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

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

9. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

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

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

Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В списке литературы указываются:

а) для книг – фамилия и инициалы автора, полное название работы, город (где издана), название издательства, год издания, количество страниц;

б) для журнальных статей – фамилия и инициалы автора (-ов; не более трех авторов), название статьи, журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до»;

в) для диссертации – фамилия и инициалы автора, полное название работы, докторская или кандидатская диссертация, место издания, год, количество страниц.

12. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

13. *Статьи*, поступившие в редакцию, *подлежат рецензированию*. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия её требованиям журнала.

14. О рукописях, не принятых к печати, авторы информируются, текст рукописи не возвращается.

15. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

16. Плата за публикацию не взимается.

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