



юнисеф 

Смертность российских подростков от самоубийств

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИИ

ФБГУ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Смертность российских подростков от самоубийств

Авторский коллектив:

Иванова Алла Ефимовна, д.э.н., профессор
Сабгайда Тамара Павловна, д.м.н.
Семенова Виктория Георгиевна, д.э.н.
Антонова Ольга Ивановна, к.э.н.
Никитина Светлана Юрьевна, к.э.н.
Евдокушкина Галина Николаевна
Чернобавский Максим Вячеславович

Оглавление

Введение	3
1. Ситуация в России и в мире	8
Самоубийства как глобальная проблема	8
Истоки проблемы	11
Группы риска внутри общества	13
Самоубийства в России	15
2. Тенденции смертности российских подростков от самоубийств в сравнении с другими внешними причинами	19
3. Региональный профиль подростковой смертности и его эволюция в 1990-2000-е годы	22
4. Соотношение климато-географических и социально-экономических условий в детерминации подростковых самоубийств в регионах России	33
5. Сезонность смертности от суицидов и ее распределение по дням недели	44
6. Социальный портрет 15-19-летних суицидентов в сравнении с их ровесниками, умершими от других причин	54
7. Проблемы недоучета смертности от суицидов и подходы к реконструкции ее реальных масштабов	60
8. Факторы смертности подростков от самоубийств	76
Генетические факторы	76
Психические заболевания	79
Злоупотребление психоактивными веществами	80
Соматические заболевания	81
Проблемы взаимоотношения с другими людьми и обществом	82
Социальные проблемы, бедность, безработица	82
Стрессовые факторы	83
Внешние ситуационные факторы	84
Особенности факторов риска у подростков	85
9. Пути снижения смертности подростков от самоубийств	91
Факторы, способствующие защите от суицида	91
Стратегии предотвращения самоубийств	93
Межведомственное сотрудничество	96
Здравоохранение	97
Система образования	99
Информационная поддержка	102
Социальная защита	103
Религиозные и другие общественные институты	103
Возможности и инструменты профилактики суицидов	103
Профилактика самоубийств в России	108
Заключение	112
Список литературы	117

Введение

Во всех странах мира суициды входят в число десяти ведущих причин смерти населения. Прогнозируется, что к 2020 г. суицид выйдет на второе место в мире как причина смерти, обойдя рак и уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям. Однако уже сейчас в группе молодежи в возрасте 15-34 лет суицидальная смертность входит в «тройку» лидирующих причин смерти.

В начале нынешнего века в России, наряду с Литвой и Беларусью, отмечались наивысшие уровни самоубийств как среди общего населения, так и среди подростков: российские подростки чаще своих сверстников из других стран добровольно расстаются с жизнью. Занимая в начале века лидирующее положение по уровню завершенных подростковых суицидов – 22 самоубийства среди подростков 15-19 лет на 100 тыс. соответствующего населения, – сейчас Россия уступила первенство Казахстану и Беларуси. Тем не менее в 2009 г. в России покончили собой 1379 юношей и 369 девушек в возрасте от 15 до 19 лет.

Официальная статистика фиксирует явные случаи суицидов. В действительности масштабы подростковых самоубийств в России могут быть гораздо выше в силу ряда субъективных и объективных факторов, приводящих к недоучету потерь, обусловленных подростковыми самоубийствами.

К числу субъективных факторов относится, с одной стороны, довольно часто присутствующее стремление близких скрыть истинную причину смерти. С другой стороны, это нежелание компетентных органов детально разбираться в причине смерти, тем более, что решающим в случае гибели от внешних причин является мнение не судебно-медицинского

эксперта, а следователя, ведущего соответствующее дело.

Объективным фактором недоучета самоубийств в официальной статистике является система ее формирования: несмотря на то, что сроки расследования инцидента, предусмотренные законодательством, составляют 1 месяц, в российских реалиях они зачастую не выдерживаются, и в медицинском свидетельстве о смерти указывается «род смерти не установлен».

Как бы парадоксально это ни звучало, но пристальное внимание высшего руководства страны к демографическим проблемам со всей очевидностью ведет к недоучету смертей от социально значимых причин, к которым, безусловно, относятся и самоубийства, особенно подростковые. Поскольку снижение потерь от самоубийств, наряду со снижением дорожно-транспортной и сердечно-сосудистой смертности, обозначено в числе национальных приоритетов здоровья, то, к сожалению, региональное руководство в подобной ситуации зачастую стремится не столько решить сложившиеся проблемы, сколько приуменьшить их масштабы.

Подход, предложенный авторами данной публикации – верификация инцидента механизмом его реализации – позволяет с высокой степенью вероятности предположить, что в России наблюдается систематический недоучет подростковых самоубийств. В целом, за 2000-е годы он составил 13,8% в мужской и 22,1% в женской популяции: латентным остается каждый седьмой суицид у юношей и каждый пятый – у девушек. При этом недоучет суицидов вырос в 2009 г. – последнем, включенном в данное исследование. Особенно это заметно у девушек, среди которых в 2009 г. доля латентных самоубийств выросла до 27,6%, т.е. была

максимальной за последнее 10-летие; у юношей она составила 15,8% – более высокий вклад латентных самоубийств наблюдался только в 2000 г.

На протяжении 2000-х годов постепенно сформировалась группа территорий, в которых латентные самоубийства превышают половину их реального уровня.

В начале 2000-х годов доля таких территорий составляла 4% в мужской и 13% в женской популяциях, в конце десятилетия – соответственно 11% и 15%. В группу с крайне высокой латентной суицидальной компонентой и среди юношей и среди девушек входили Москва и Санкт-Петербург, Рязанская, Ульяновская, Самарская и Ростовская области, а также Карачаево-Черкессия.

В целом, следует констатировать, что предложенная авторами оценка уровней суицидальной смертности с высокой степенью вероятности ближе к реальным, нежели ее официально объявленные уровни.

Каковы же причины неблагополучной ситуации в России с подростковой смертностью от самоубийств?

Единой теории, объясняющей причины самоубийств, не существует, поскольку это «... социальное явление, связанное с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития отдельных сообществ»¹.

Исторически Россия – страна с низким уровнем самоубийств, что было обусловлено религиозностью населения и социально-юридическим преследованием лиц, совершавших суицидальные пробы.

В советскую эпоху феномен самоубийства приобретает заметную социальную окраску: показатели возрастают в периоды активизации репрессий (1937, 1947 гг.), социального застоя (с середины 1960-х

до середины 1980-х годов), или резких социально-экономических перемен (с конца 1980-х по начало 2000-х годов) и сокращаются в периоды социального оптимизма (хрущевская «оттепель», горбачевская «перестройка»). Это позволяет определить первую закономерность самоубийств в России, а именно, преобладающий «аномический» тип самоубийств, как следствие разобщения отдельных индивидов по отношению к социальным группам.

Согласно социологической теории самоубийств Дюркгейма, общество с низкой степенью социального сцепления и с не пользующимися всеобщим признанием культурными ценностями относится к мощному генератору самоубийств, независимо от экономических условий и состояния психического и физического здоровья его членов. Консервация данной модели развития российского общества в перспективе является существенным фактором сохранения высокого уровня самоубийств.

Вторая важная закономерность – существенный вклад социально-экономического неблагополучия в формирование высоких уровней самоубийств. Как свидетельствуют исследования, периоды развития общества с низкой интегрированностью социальных отношений, разобщенностью людей в результате экономических кризисов, их невостребованностью в результате безработицы всегда сопровождаются ростом показателей самоубийств.

Современные уровни подростковой смертности от суицидов в решающей мере определяются трендами постсоветского периода. Исходя из динамики 1965-1984 годов, можно было предположить, что в 2009 году показатели должны были составить 19 у юношей и 2 у девушек на 100 тыс. соответствующего населения. Тем не ме-

¹ Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Семейная диагностика и профилактика суицидального поведения // В сб.: Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. – М., 1984, с. 62-77.

нее, в 2009 г. эти показатели соответствовали 30 у юношей и 8,5 у девушек на 100 тыс. лиц 15-19 лет. Это более чем на 60% у юношей и более чем 4-кратно у девушек выше прогнозных уровней.

Вектор «неблагополучные сельские поселения – благополучные областные центры», характерный практически для любой российской территории, также свидетельствует о детерминированности подростковой суицидальной смертности, прежде всего, социально-экономическими факторами, общим уровнем развития того или иного российского региона.

Этот вывод подтверждается и социальным портретом подростков, покончивших с собой. Так, социальный профиль суицидентов оказался принципиально схож на территориях с разным уровнем социально-экономического развития и суицидальной смертности подростков (в Москве, Кировской и Тверской областях): он формируется прежде всего за счет неработающих, второе место занимают учащиеся. На 3-м месте – рабочие, вклад которых вдвое превысил долю студентов. Действительно, в современной России студенты ВУЗов – это социальная группа молодежи с наиболее широкими жизненными перспективами, с одной стороны, и, в массе своей, относящиеся к среде, которую можно охарактеризовать как «средний слой». Противоположным полюсом являются «неработающие» подростки. Неработающий – это значит, что умерший подросток не был ни учащимся, ни студентом, ни рабочим, т.е. он не был занят какой бы то ни было социально полезной деятельностью. Подобная ситуация могла сложиться либо в весьма состоятельных семьях, число которых в России

крайне невелико, либо, что более распространено, в семьях, слабо социально адаптированных, маргинальных и полумаргинальных, со всеми присущими подобным слоям общества девиантными формами поведения и вытекающими из них рисками (в том числе – злоупотребление спиртными напитками).

Таким образом, сохранение в России в маргинальном положении значительных групп населения, проживающих преимущественно в селах, малых городах и поселках городского типа в регионах с низкими темпами экономического развития, формирует базу высоких уровней суицидальной смертности, в том числе подростков.

Третья важнейшая закономерность – значительная вариация частоты самоубийств, связанная с культурно-этническими вариантами уклада жизни населения.

Этническое разнообразие населения России является одним из факторов риска, поскольку существуют этнические группы (например, угро-финская группа), для которых суицид является элементом национальной культуры. Рост миграционных потоков также вносит свою лепту, о чем свидетельствуют особенности суицидального поведения коренных жителей и мигрантов.

Российские ученые пришли к выводу, что причину высоких и низких коэффициентов смертности от суицида, взаимосвязанных с географическим положением, следует искать среди прочего и в принадлежности людей к разным фенотипам по ферменту системы детоксикации организма – арилалкил N-ацетилтрансферазы (NAT2)².

Кроме того, региональные вариации показателя суицидов связаны с

² Радкевич Л.А., Гюльязизова, И.С. Николаева, Нечаев Д.С., Сошинский И.С., Крылов Е.Н., Пирюзян Л.А. Исследование взаимосвязи полиморфизма фенотипа NAT2 с предрасположенностью к суициду в этнических популяциях / Доклады Академии наук – 2005. т. 404, N 1 – С.117-121.

тем, что частота генетических мутаций³, оказывающих влияние на склонность к самоубийству, наряду с курением и употреблением психоактивных веществ определяется экологическими факторами⁴, которые формируют градиент снижения благоприятных для жизни условий с Запада на Восток⁵. И действительно, зона повышенных рисков подростковых суицидов формируется за счет двух географических кластеров – территорий европейского Северо-запада и дальневосточных и восточносибирских регионов России. Несмотря на кардинальные общественные сдвиги 1990-х – 2000-х годов, в целом вектор «благополучный Запад – неблагополучный Восток», сформировавшийся в конце советского периода, сохраняется.

Четвертой важной особенностью самоубийств в России является одно из ведущих мест по числу самоубийств среди мужчин при относительно низком показателе среди женщин, что связано с алкогольной, а в последние годы – и наркотической подоплекой большей части случаев. Риск суицида среди российских подростков повышается из-за ранней алкоголизации и употребления наркотиков. По данным посмертной экспертизы в городе Уфа, в момент совершения самоубийства наличие алкогольного опьянения было установлено более чем у половины суицидентов в возрасте 15-18 лет. За период 1996-2006 гг. количество только официально зарегистрированных наркоманий среди детей в возрасте 15-17 лет увеличилось в 1,2 раза, ток-

сикоманий – в 2,3 раза, алкоголизма – в 2,4 раза. Вместе с тем, взаимосвязь между алкогольными злоупотреблениями и суицидальным поведением не носит прямого причинного характера. Влияние алкоголя на совершаемость самоубийств опосредовано рядом факторов и, прежде всего, степенью социальной аномии и общим уровнем девиантности общества⁶.

Пятый аспект – отсутствие эффективной системы защитных барьеров, достоверно снижающей риск самоубийства на популяционном и индивидуальном уровне. По мнению российских специалистов, профилактика самоубийств в стране малоэффективна, отличается недостаточной превентивной направленностью, ограничениями программного финансирования и слабо координируется.

Вместе с тем, как свидетельствует опыт стран, добившихся заметных успехов в сокращении уровня подростковых самоубийств, система профилактической работы должна строиться в двух направлениях – общая и частная профилактика, поскольку под самоубийством понимается как индивидуальный поступок личности, так и социально-психологическое явление. Основным содержанием общей профилактики является ослабление и устранение социальных и социально-психологических причин и условий, способствующих формированию и проявлению суицидального поведения личности. Частная профилактика направлена на своевременное выявление людей, находящихся в суицидоопасном состоянии, и оказа-

³ Baca-Garcia E, Vaquero-Lorenzo C, Perez-Rodriguez MM, Gratacòs M, Bayés M, Santiago-Mozos R, Leiva-Murillo JM, de Prado-Cumplido M, Artes-Rodriguez A, Ceverino A, Diaz-Sastre C, Fernandez-Navarro P, Costas J, Fernandez-Piqueras J, Diaz-Hernandez M, de Leon J, Baca-Baldero E, Saiz-Ruiz J, Mann JJ, Parsey RV, Carracedo A, Estivill X, Oquendo MA. Nucleotide variation in central nervous system genes among male suicide attempters. // *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* – 2010 – 153B(1). – P.208-213. Lemonde S, Turecki G, Bakish D, Du L, Hrdina PD, Bown CD, Sequeira A, Kushwaha N, Morris SJ, Basak A, Ou XM, Albert PR. Impaired repression at a 5-hydroxytryptamine 1A receptor gene polymorphism associated with major de-pression and suicide. // *J Neurosci.* 2003 – 23(25). – P.8788-8799

⁴ Riala K, Hakko H, Taanila A, Räsänen P. Season of birth and smoking: findings from the Northern Finland 1966 Birth Cohort. // *Chronobiol Int.* 2009 – 26(8). – P.1660-1672. Jia C.X., Zhao Z.T., Hu M.H., Gao L.J., Wang X.T. [A paired case-control study on related factors to attempted suicide]. // *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2005 – 26(5). – P.339-343.

⁵ Прохоров Б.Б. Прикладная антропоэкология. М.: Изд-во МНЭПУ. 1998. 312 с.

⁶ Skog O.-J., Elekes Z. Alcohol and the 1950-90 Hungarian suicide trend – is there a causal connection // *Acta Sociologica.* 1993. Vol. 36. № 1. p. 44

ние им психологической помощи. Общая профилактика помогает человеку на стадии развития суицидальной тенденции, частная – на стадии обратимой фазы внешнего суицидального поведения.

Таким образом, высокие уровни самоубийств у подростков России

аккумулируют два взаимосвязанных процесса: с одной стороны – более выраженные факторы риска в сравнении с европейскими странами, с другой – практическое отсутствие антисуицидальных барьеров на популяционном и индивидуальном уровнях.

1. Ситуация в России и мире

Самоубийства как глобальная проблема

Суициды входят в число 10 ведущих причин смерти населения во всех странах, а для молодежи в возрасте 15-34 лет – в тройку. К 2020 году суицид выйдет на второе место в мире, как причина смерти, обойдя рак и уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям.

По статистике, ежедневно в мире добровольно уходят из жизни около 3 тыс. человек⁷, ежегодно – примерно 1 млн. человек, что составляет 1,5% всех смертельных случаев⁸. Масштабы этой проблемы еще более значительны, поскольку число попыток самоубийства существенно больше, чем число завершенных самоубийств⁹. Чаще всего число попыток самоубийства превышает число самоубийств в 10-20 раз, но в некоторых группах населения – до 40 раз¹⁰.

У половины подростков 15-16 лет, совершающих попытки самоубийства, эти попытки не первые¹¹. Кроме того, в статистике учитываются только явные случаи суицида, тогда как нередко истинной причиной смерти от несчастного случая, например, передозировки лекарственных препаратов, падения с высоты, ДТП с единственным погибшим, часть железнодорожных происшествий и др. – на самом деле является суицид¹².

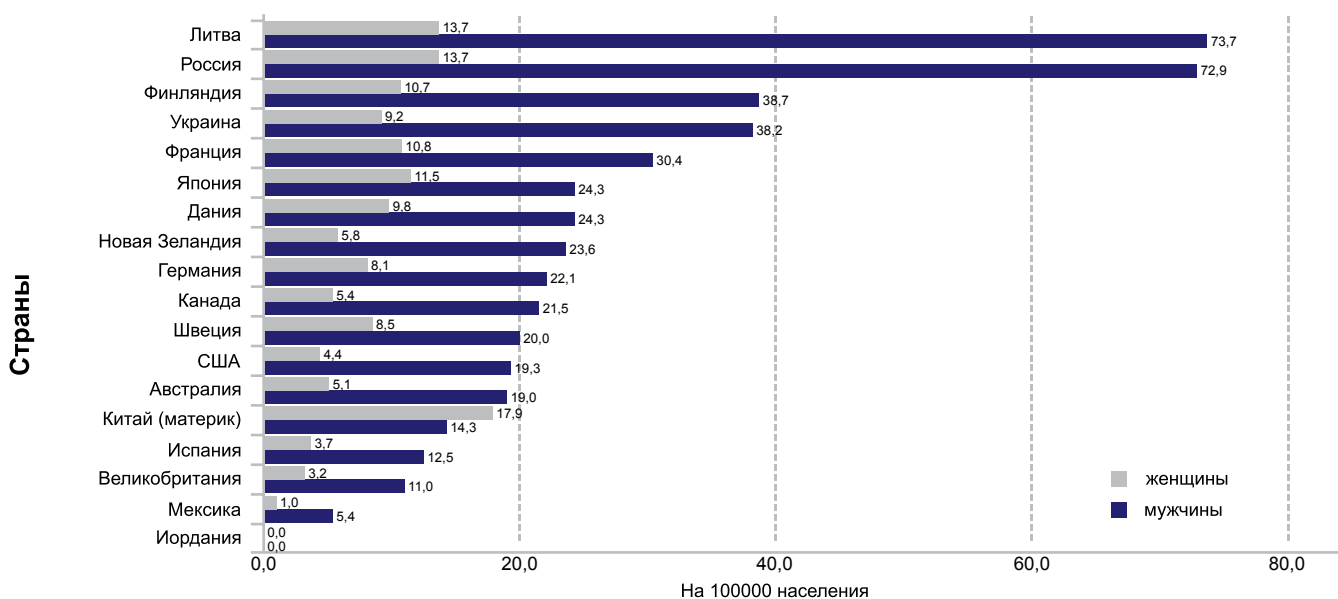


Рисунок 1. Показатели самоубийств мужчин и женщин в разных странах мира (на 100 тыс. населения), 1999 г.¹⁴

⁷ Самоубийцы среди нас – Интерфакс, 10 сентября 2008 г. «Социология: Право на смерть». Психологическая газета, №11(26), 1997 г.

⁸ Самоубийства. Сайт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) /URL: <http://www.who.int/features/qa/24/ru/index.html>

⁹ Cutcliffe JR. Research endeavours into suicide: a need to shift the emphasis. British journal of nursing, 2003, 12(2). – P.92-99.

¹⁰ WHO – Suicide Prevention. SUPRE. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Management of Mental and Brain Disorders. Department of Mental Health and Substance Dependence / World Health Organization – Geneva, 2002 – WHO/MSD/MBD/02.197 p.

¹¹ Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, van Heeringen K, De Leo D, Ystgaard M. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. // J Child Psychol Psychiatry. 2008 Jun; 49(6). – P.667-677.

¹² Шульга А.И., Сонник Г.Т. О суицидальных действиях психически больных // Журн. Невропатологии и психиатрии. – № 8 – С. 1216-1217.

Всемирная организация здравоохранения делит все страны по показателю суицида на три группы¹³: с низким уровнем самоубийств (до 10 человек в год на 100 тысяч населения), средним (от 10 до 20 человек на 100 тысяч населения) и высоким (свыше 20 человек на 100 тысяч населения) (рис. 1).

Низкие показатели, чаще всего, отмечаются в странах Латинской Америки, арабских и некоторых Азиатских странах, например в Аргентине, Бразилии, Кувейте и Таиланде. Средние показатели, в основном, в странах Центральной и Северной Европы, Северной Америке, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана (Австралия, Канада, Индия, Новая Зеландия, США). В начале нового века по уровню самоубийств первое место занимала Литва – 44,1 суицида на 100 тыс. жителей, второе – Российская Федерация (39,4), третье – Беларусь (34,9). Далее следовали: Венгрия (32,6), Латвия (32,4), Казахстан (29,9), Украина (29,6), Эстония (27,5), Япония (24,1) и Шри-Ланка (21,6)¹⁵. В последние годы показатели в Литве, России, Венгрии, Украине и, особенно, в Латвии и Эстонии, заметно снизились. В 2008 году в тройке лидеров по-прежнему оставались Литва, Беларусь и Россия, а далее следовали Шри-Ланка, Казахстан, Венгрия, Япония, Украина и Латвия¹⁶.

За последние 50 лет количество самоубийств выросло приблизительно на

60%¹⁷. Особенно выросла смертность от самоубийств среди подростков и молодых людей в ряде промышленно развитых стран¹⁸. Суициды входят в 10 ведущих причин смерти населения во всех странах, а для молодежи в возрасте 15-34 лет – в тройку¹⁹. Созданная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) база данных о смертности позволила определить, что средний для 90 стран показатель самоубийств подростков в возрасте 15-19 лет в 2003 году составлял 7,4 на 100 тысяч соответствующего населения (10,5 среди юношей и 4,1 среди девушек)²⁰. Российские подростки чаще своих сверстников из других стран добровольно расстаются с жизнью. В начале века Россия занимала лидирующее положение по уровню завершенных подростковых суицидов – 22,0 самоубийства среди подростков 15-19 лет на 100 тыс. подросткового населения²¹, сейчас уступила первенство Казахстану и Беларуси. Мысль о суициде появляется у 45% девушек и 27% юношей²². Показатели самоубийств юношей были выше почти во всех странах, за исключением Китая, Кубы, Эквадора, Сальвадора и Шри-Ланки, где уровень самоубийств девушек был выше. Самоубийства были четвертой по значимости причиной смерти среди молодых мужчин и третьей – среди молодых женщин.

В Нидерландах (Голландии), Испании, Италии, Ирландии, Шотландии и ряде других стран с низким уровнем суицида на про-

¹³ Суицид в современном обществе: причины и способы борьбы // Электронный журнал РИА Новости. 16/06/2011. / URL: <http://www.rian.ru/society/20080911/151181400.html>

¹⁴ Сайт ВОЗ «Fathers For Life» / URL: http://fathersforlife.org/health/who_suicide_rates.htm ¹⁵ Сайт ВОЗ «Mental health», Suicide prevention (SUPRE) / URL: <http://www.iasp.info/>

¹⁶ Гомзикова С. Россия остается страной самоубийц – Свободная пресса, 30.01.2011 г. / URL: <http://svpressa.ru/society/article/37979/>

¹⁷ Предотвращение самоубийств: пособие для консультантов. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2006. – 31 с.

¹⁸ Breton JJ, Boyer R, Bilodeau H, Raymond S, Joubert N, Nantel MA. Is evaluative research on youth suicide programmes theory-driven? The Canadian experience. //Suicide and life threatening behaviour 2002, 32(2). – P.176-190

¹⁹ WHO – Suicide Prevention. SUPRE.Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Management of Mental and Brain Disorders. Department of Mental Health and Substance Dependence / World Health Organization – Geneva, 2002 – WHO/MSD/MBD/02.197 p.

²⁰ Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged 15-19 // World Psychiatry. 2005. – 4(2). – P.114-120.

²¹ Дети в странах Содружества Независимых Государств: Статистический сборник / Межгосударственный статистический комитет СНГ. – М., 2001

²² Гомзикова С. Россия остается страной самоубийц – Свободная пресса, 30 января 2011 года / URL: <http://svpressa.ru/society/article/37979/>

тяжении ста лет показатель самоубийств практически не менялся²³. А в ряде стран с высокими показателями самоубийств отмечаются их значительные изменения. В Японии с началом индустриальной эпохи количество самоубийц возросло вдвое. В 70-х годах прошлого века Швецию называли «страной самоубийц», теперь она вышла из десятки лидеров (рис. 1).

На рисунке 2 приведена карта мира со значениями показателей самоубийств населения разных стран, оцененная ВОЗ на 1999 г. Прогнозируется, что к 2020 году количество самоубийств в мире вырастет до 1,5 млн. в год, самоубийства станут гло-

бальной проблемой, так как суицид выйдет на второе место в мире по причине смертности, обойдя рак и уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям²⁴.

В 1996 году Организация Объединенных Наций наметила политику деятельности по предотвращению самоубийств, тема которых прежде была игнорируемой по всему миру. Всемирная организация здравоохранения признала важность проблемы самоубийств для общественного здоровья и в 1999 г. выступила с глобальной инициативой профилактики самоубийств под названием SUPRE (Предотвращение самоубийств)²⁵.

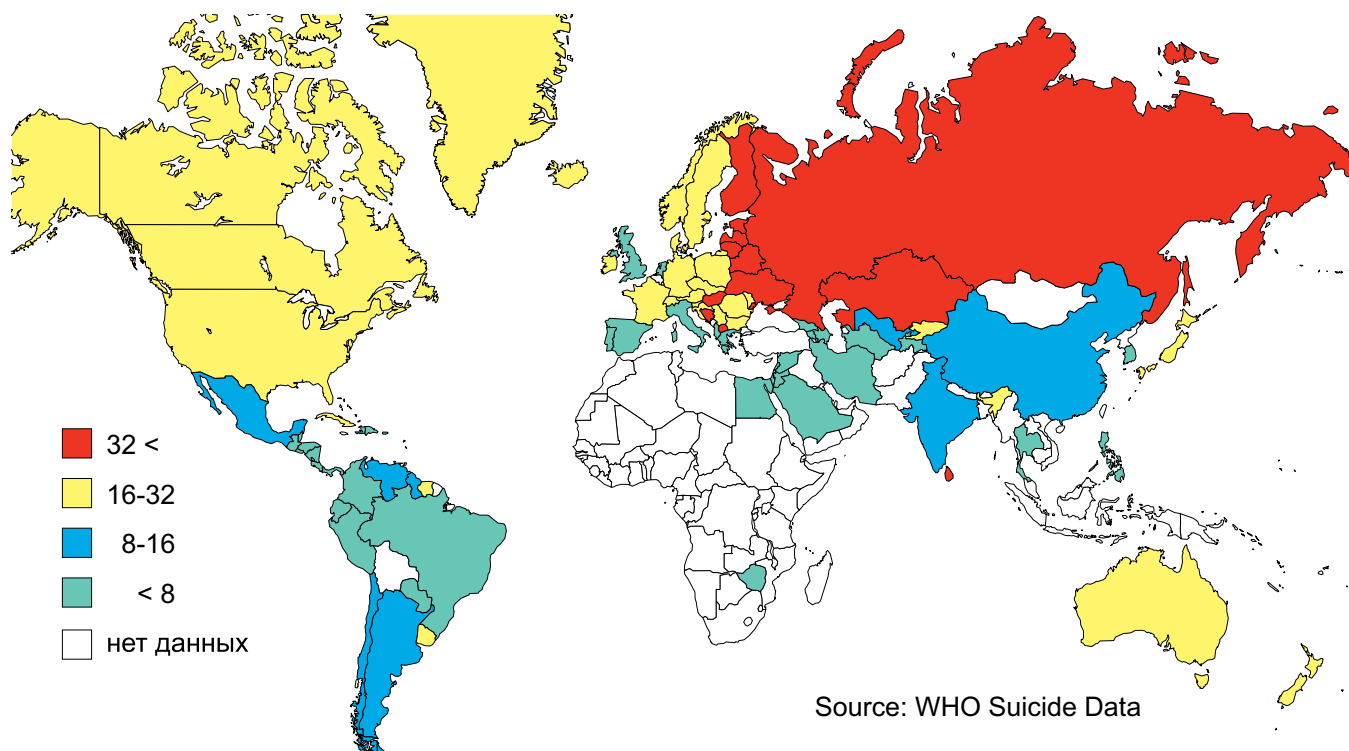


Рисунок 2. Показатели самоубийств населения разных стран (на 100 тыс. населения), 1999 г.²⁶

²³ Гомзикова С. Россия остается страной самоубийц – Свободная пресса, 30 января 2011 года /

URL: <http://svpressa.ru/society/article/37979/>

²⁴ Солодова А. Склонность к самоубийству зависит от развитости интеллекта – Infox.ru, 4 июня 2010 года.

URL: <http://infox.ru/science/enlightenment/2010/06/03/Pryedraspolozhyennos.phtml>

²⁵ World Health Organization. Preventing suicide: how to start a survivors' group. Geneva: World Health Organization, 2000.

²⁶ Сайт ВОЗ «Fathers For Life» / URL: <http://www.suicide.org/international-suicide-statistics.html>

Истоки проблемы

Не существует единой теории, объясняющей причины самоубийств, поскольку это «... социальное явление, связанное с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития отдельных сообществ»²⁷.

Понятие «самоубийство» предусматривает осознанность действий, предпринятых человеком для лишения себя жизни. Термин «суицид» ввел английский врач Томас Браун для одной из крайних форм отклоняющегося (девиантного) поведения²⁸.

Согласно социологической теории самоубийств Дюркгейма, когда вся сеть социальных отношений хорошо интегрирована, существует высокая степень социального сцепления; люди ощущают себя необходимыми составными частями общества, у них нет чувства социальной изоляции. Культурные ценности принимаются и разделяются всеми членами общества. Напротив, общество с низкой степенью сцепления и с не пользующимися всеобщим признанием культурными ценностями относится к мощному генератору самоубийств, независимо от экономических условий и состояния психического и физического здоровья его членов. Другим обществом, при котором велико число суицидов, является общество диктаторского направления с ограничением свобод личности, жесткой регламентацией его поведения²⁹. Недаром исследователи обнаруживают, что в изолированных от внешнего мира организациях с жестким внутренним контролем показатель самоубийств крайне высок. Это в первую очередь – армия, тюрьма, детские дома и колонии. Статистика самоубийств в этих заведениях, как правило, недоступ-

на, однако Дюркгейм отмечал склонность военных к самоубийству от 25% до 90% большую, чем у гражданского населения³⁰. В ряду основных причин, способствующих возникновению суицидальных мыслей, он приводит слабое осознание индивидуальности у военных, их низкую оценку собственной жизни.

Социологическая теория генеза самоубийств на популяционном уровне объясняет, почему в странах, в которых сохраняются общинный и семейный типы организации, число самоубийств меньше, чем в высоко урбанизированных индустриальных странах, почему обеспеченные люди демонстрируют большее число суицидов, чем бедные, и почему с началом крупных социальных движений показатель самоубийств падает, а во время экономических кризисов, сопровождающихся разрывом социальных связей, растет. Последнее обстоятельство послужило основанием для разработки экономической теории генеза самоубийств.

Экономическое объяснение причин самоубийств дал В. Херлбарт, исследовавший самоубийства в Соединенных Штатах в 1902-1925 годах, когда периоды застоя экономики сопровождались увеличением, а периоды ее процветания – уменьшением показателей самоубийств³¹. При этом чисто экономическая причина роста числа самоубийств выявляется далеко не во всех

²⁷ Амбрумова А.Г., Поставалова Л.И. Семейная диагностика и профилактика суицидального поведения. // В сб.: Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. – М., 1984, с. 62-77.

²⁸ Самоубийства в современном мире. http://www.memoid.ru/node/Samoubijstva_v_sovremennom_mire

²⁹ Войцех В.Ф. Что мы знаем о суициде. Под редакцией профессора В.С.Ястребова. – М.: РБОО «Семья и психическое здоровье», 2007. 20 с.

³⁰ Дюркгейм Э. «Самоубийство (социологический этюд)». – М.: Мысль, 1994. – 412 с.

³¹ Войцех В.Ф. Что мы знаем о суициде. Под редакцией профессора В.С.Ястребова. – М.: РБОО «Семья и психическое здоровье», 2007. 20 с.

странах. Еще Э. Дюркгейм показал, что рост благосостояния населения способен вызвать увеличение числа суицидов³².

Аналогично, неполнотой страдает однофакторная медицинская теория генеза самоубийств на индивидуальном уровне, которая объясняет факт самоубийства наличием психического заболевания. Подтверждением этому служит высокий процент суицидов у людей с депрессивными состояниями, у лиц с расстройством личности, среди пациентов, страдающих алкоголизмом и наркоманией. Однако суицид не может расцениваться как прямое следствие психической патологии: риск суицида при наличии депрессии оценивается примерно в 10-15% по сравнению с 1-2% среди населения³³. По данным отечественных авторов, на долю психопатических личностей приходится от 20 до 40% суицидальных попыток³⁴. По данным американских исследователей, личностные расстройства диагностируются примерно у 30% лиц, погибших в результате суицида, и у 40% лиц, совершивших попытку самоубийства³⁵.

Более полной теорией генеза самоубийств на индивидуальном уровне является психологическая теория, рассматривающая самоубийство как реакцию давления на личность. По определению А.Г. Амбрумовой, «суицид есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого и неразрешенного микросоциального конфликта»³⁶. Психологический кризис рассматривается как внутреннее нарушение эмоционального баланса, наступающее под влиянием угрозы (человеческой

психике), создаваемой внешними обстоятельствами³⁷. Дезадаптация личности приводит к тому, что количество известных вариантов разрешения конфликта резко ограничивается или сводится к нулю, наступает кризис личности, и возможно принятие решения о суициде как единственном способе ликвидировать конфликт путем самоуничтожения. При этом опасность суицида определяется резкостью снижения способности конструктивного планирования будущего³⁸.

Принятие решения о лишении себя жизни при появлении ощущения отсутствия приемлемого пути к достойному существованию зависит от характерологических особенностей личности. Согласно психологической теории Зигмунда Фрейда, суицидальные наклонности определяются соотношением двух противоположных инстинктов – инстинкта жизни и влечения к смерти, разрушению и агрессии³⁹. При этом суицид рассматривается как агрессия, направленная на себя. Все люди имеют тенденцию к саморазрушению, которая различается лишь по степени выраженности или интенсивности проявлений у разных людей и в разных обществах. Психологи считают, что желание умереть является частым среди детей, а суицидальные фантазии вполне естественны для обычных взрослых людей.

Некоторые авторы выделяют не прямой суицид, или саморазрушающее поведение, как совершение осознанных действий, способствующих более ранней физической смерти⁴⁰. Те же психические силы, которые толкают человека к реше-

³² Дюркгейм Э. «Самоубийство (социологический этюд)». – М.: Мысль, 1994. – 412 с. ³³ Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // В сб.: Актуальные проблемы суицидологии – М., 1978, с. 44-59.

³⁴ Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей – М.: Когито, 2005, с. 367.

³⁵ Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality // Am J Psychiatry. 2006 – 163(1). – P. 20-26.

³⁶ Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид, как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии. В сб.: Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. – М., 1978, с. 6-28.

³⁷ Аброумова А.Г., Тихоненко В.А., Бергельсон Л.Л. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопросы психологии – 1981. – № 4. – С. 91-102.

³⁸ Соловьева С.Л. Психология экстремальных состояний – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003, с. 128.

³⁹ Фрейд З. Печаль и меланхолия // В кн.: Суицидология: прошлое и настоящее – М.: Когнито-центр, 2001, с. 255-270.

нию о самоубийстве, лежат в основе таких опасных привычек, как злоупотребление алкоголем или наркотиками, игнорирование серьезных болезней, переедание, экстремальные виды спорта, чрезмерная работа или хроническое курение⁴¹. Хотя не прямое самоубийство является менее очевидным для окружающих, тем не менее, его результаты так же летальны⁴².

По мнению Виктора Франкла, основателя школы логотерапии, современный человек (в условиях отсутствия необходимости постоянно затрачивать усилия для обеспечения возможности выживания) страдает от глубинного чувства утраты смысла жизни, и это чувство, соединяясь с ощущением пустоты, образует некий «экзистенциальный вакуум»⁴³. Человек, поведение которого не регулируется инстинктами, как у животных, и традициями, как у людей

старших поколений, утрачивает ясное представление о том, что ему нужно, и что он должен делать. В итоге он либо живет

«по инерции» и хочет того же, что и все (конформизм), либо, будучи не в силах подчиниться общему мнению, переживает жесточайший «ноогенный невроз». И в особенности это касается детей и подростков. Опрос американских студентов, пытавшихся покончить жизнь самоубийством, выявил, что в 85% случаев мотивом этого поступка был тот факт, что они больше не видели в своей жизни никакого смысла; при этом 93% из них были физически и психически здоровы, жили в хороших материальных условиях и в полном согласии со своей семьей; они активно участвовали в общественной жизни и имели все основания быть довольными своими академическими успехами и личной жизнью⁴⁴.

Группы риска внутри общества

Среди мужчин число самоубийств втрое больше, чем среди женщин. В трех странах коэффициенты смертности от самоубийств наибольшие среди молодежи. Существуют профессиональные группы риска по суициду, что связано с доступом к опасным препаратам (врачи, ветеринары и дантисты, фермеры), а также социальные группы с повышенным риском – это организации с жестким внутренним контролем: армия, тюрьма, детские дома и колонии. Повышенный риск характерен для этнических групп, для которых суицид является элементом национальной культуры.

Полностью избавиться от самоубийств среди граждан не удавалось ни одному государству. При этом некоторые группы населения подвергаются особому риску.

Пол и возраст – два важнейших струк-

турных фактора самоубийств⁴⁵. Среди мужчин число самоубийств втрое больше, чем среди женщин. Исключение составляет Китай, где в городах коэффициенты смертности от самоубийств мужчин и женщин равны, а в сельской местности –

⁴⁰ Tabachnik N. Interpersonal relation in suicide attempts. Arch. General Psychiatry, 1961, № 4, p. 42-47

⁴¹ Менингер К. Война с самим собой – М.: «ЭКСПО-Пресс», 2000, с. 480.

⁴² Войцех В. Ф. Что мы знаем о суициде. Под редакцией профессора В.С.Ястребова – М.: РБОО «Семья и психическое здоровье», 2007, с. 20

⁴³ Frankl V.E. The feeling of meaninglessness: a challenge to psychotherapy // Am J Psychoanal – 1972 – 32(1) – P. 85-89

⁴⁴ Франкл В.Э. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990, с. 368

⁴⁵ Fernquist R.M., Cutright P. Societal integration and agestandardized suicide rates in 21 developed countries, 1955-1989 // Social Science Research. 1998. Vol. 27. № 2. P. 109-127

смертность женщин от самоубийств выше.

В трети стран коэффициенты смертности от самоубийств наибольшие среди молодежи (например, в Австралии, Соединенном Королевстве, Бахрейне, Канаде, Кувейте, Новой Зеландии, Шри-Ланке, на Маврикии)⁴⁶. Но более общей закономерностью является возрастание уровня суицидов в кризисном возрасте, наступающем в середине жизни: у мужчин после 45 лет, у женщин после 55. Суициды, предпринимаемые пожилыми людьми в странах, где на них приходится около 10% населения, составляют 25% всех суицидов⁴⁷. В России из общего числа мужчин, покончивших с собой, лишь 20% уходят из жизни в пенсионном возрасте, у женщин пенсионерки-самоубийцы составляют почти половину⁴⁸.

В результате сравнительного анализа социальных характеристик и показателей самоубийств населения 54 стран в возрастных группах 15-24 и 65-74 года выявлены различия в психологических и социальных предикторах самоубийств для молодых и пожилых. Самоубийства пожилых гораздо более предсказуемы на основе социальных факторов в соответствии с социальной теорией Дюркгейма⁴⁹. Аналогичный анализ связи социально-экономических и культурологических факторов с показателем самоубийств молодежи (11-21 год) в гендерном аспекте выявил, что если среди девушек зависимость самоубийств от субъективных оценок состояния здоровья, оптимизма и индекса

индивидуализма была слабой, то среди юношей – сильной⁵⁰. Связь между самоубийством и культурологическими факторами (терпимости к самоубийству, верой в Бога и национальной гордостью) была незначительна для обоих полов. Исследователи заключили, что рост показателя самоубийств среди молодежи, в соответствии с теорией генеза самоубийств Дюркгейма, отражает неспособность общества предоставить соответствующие источники социальной привязанности, и, наоборот, генерацию им нереалистичных ожиданий или ненадлежащей индивидуальной свободы и автономии.

Существуют профессиональные группы риска по суициду, что связано с доступом к опасным препаратам: врачи (особенно женщины), ветеринары и дантисты часто используют лекарственные препараты для отравления, фермеры – пестициды. Английские ученые, например, обнаружили, что суицидов среди медсестер оказалась в 4 раза больше, а среди врачей – в два раза больше, чем в других профессиональных группах, в США мысли о самоубийстве возникали у каждого шестнадцатого хирурга⁵¹.

Люди с более низким интеллектом чаще совершают попытки самоубийства⁵². Однако в разных странах и регионах критерии типичного самоубийцы могут отличаться. Шведы с низким уровнем интеллекта, взрослея, чаще стремятся наложить на себя руки, по сравнению со своими более

⁴⁶ WHO – Suicide Prevention. SUPRE. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS.

Management of Mental and Brain Disorders. Department of Mental Health and Substance Dependence / World Health Organization – Geneva, 2002 – WHO/MSD/MBD/02.197 p.

⁴⁷ Pfeffer CR, Newcorn J, Kaplan G, Mizruchi MS, Plutchik R. Subtypes of suicidal and assaultive behaviors in adolescent psychiatric inpatients: a research note // J Child Psychol Psychiatry. 1989 – 30(1). – P. 151-163.

⁴⁸ Смедович С.Г. Самоубийство в зеркале статистики // Социологические исследования. 1990 – № 4. С. 74-79.

⁴⁹ Wu WC, Bond MH. National differences in predictors of suicide among young and elderly citizens: linking societal predictors to psychological factors // Arch Suicide Res. – 2006; 10(1) – P. 45-60

⁵⁰ Eckersley R, Dear K. Cultural correlates of youth suicide // Soc Sci Med. – 2002. – 55(11) – P. 1891-1904

⁵¹ Hawton K, van Heeringen K. Suicide // Lancet. 2009; 373(9672). – P. 1372-1381

⁵² Jiang G-X, Rasmussen F, Wasserman D. Short stature and poor psychological performance: risk factors for attempted suicide among Swedish male conscripts. Acta Psychiatr Scand 1999; 100 – P. 433-440; Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Show me the child at seven II: childhood intelligence and later outcomes in adolescence and young adulthood. J Child Psychol Psychiatr 2005; 46 – P. 850-858; Osler M, Nybo Andersen AM, Nordentoft M. Impaired childhood development and suicidal behaviour in a cohort of Danish men born in 1953. J Epidemiol Community Health 2008; 62 – P. 23-28

умными ровесниками⁵³. В России, по официальной статистике, от собственных рук чаще погибают умные люди⁵⁴.

Дюркгейм проанализировал влияние вероисповедания на склонность к суициду и заключил, что наибольшая склонность к самоубийствам наблюдается у протестантов, наименьшая – у исповедующих иудаизм. Британские исследователи показали, что белые американцы кончают с собой чаще, чем афроамериканцы или выходцы из Латинской Америки⁵⁵. Китайцы в соответствии с историческими традициями считают, что суицид не следует поощрять, но и преследовать за покушение на него не стоит. В Индии суицид был и остается одной из характерных особенностей ритуальной жизни. Там считается, что лучшая жертва, которую может принести человек

богам, – это он сам, вдова-самоубийца канонизировалась на пороге «самовольного» ухода из жизни. Япония прочно занимает позиции одного из мировых лидеров и по средней продолжительности жизни, и по высокой статистике суицида. Социально регламентированное самоубийство с древности было одной из черт японской национальной культуры, в период позднего средневековья были дуэли в форме самоубийства в стремлении благородных воинов быть достойнее «достойного»⁵⁶. А в Италии отношение к суициду наиболее резкое и негативное по сравнению с остальными европейскими странами: лишать себя бесценного божьего дара считается смертным грехом, оставляет печать позора на семье. В Англии самоубийство считалось противозаконным вплоть до 1961 года⁵⁷.

Самоубийства в России

Исторически Россия – страна с низким уровнем самоубийств, что было обусловлено религиозностью населения и социально-юридическим преследованием лиц, совершавших суицидальные пробы.

В советскую эпоху феномен самоубийства приобретает заметную социальную окраску: показатели возрастают в периоды активизации репрессий (1937, 1947 гг.), социального застоя (с середины 1960-х до середины 1980-х годов), или резких социально-экономических перемен (с конца 1980-х по начало 2000-х годов) и сокращаются в периоды социального оптимизма (хрущевская «оттепель», горбачевская «перестройка»).

Устойчивые закономерности самоубийств в России:

- преобладающий «аномический» тип самоубийств – как следствие разобщения отдельных индивидов по отношению к социальным группам;
- значительная вариация частоты самоубийств на региональном уровне и по типам поселений (столичные, «периферийные» города и село), которая определяется вариациями культурно-этнических и социально-экономических вариантов уклада жизни населения;

⁵³ Batty G.D., Whitley E., Deary I.J., Gale C.R., Tynelius P., Rasmussen F. Psychosis alters association between IQ and future risk of attempted suicide: cohort study of 1 109 475 Swedish men // BMJ – 2010 – 340 – P. 2506

⁵⁴ Солодова А. Склонность к самоубийству зависит от развитости интеллекта – Infox.ru, 4 июня 2010 года.

<http://infox.ru/science/enlightenment/2010/06/03/Pryedraspolozhyennos.phtml>

⁵⁵ Hawton K, van Heeringen K. Suicide // Lancet. 2009; 373(9672) – P. 1372-1381

⁵⁶ Шутц В. Глубочайшая простота. Базы социальной философии. Перевод с британского – СПб, Роза мира, 1993, с. 218

⁵⁷ Трегубов Л.В., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства – Пермь, 1993, с. 268

- одно из ведущих мест по числу самоубийств среди мужчин при относительно низком показателе среди женщин, что связано с алкогольной, а в последние годы и наркотической подоплекой большей части случаев;
- особо неблагоприятная ситуация в плане суицидального поведения подростков.

Царская Россия была страной с высоким уровнем самоубийств, в конце XIX века ее показатели были самыми низкими среди европейских государств. Основными сдерживающими факторами были православие и социально-юридическое преследование лиц, совершавших суицидальные пробы⁵⁸. Показано при этом, что именно субъективная религиозность являлась фактором предотвращения суицидальных попыток⁵⁹.

Но после Октябрьской революции и Гражданской войны число суицидов резко возросло. Если в дореволюционную эпоху явление суицида в России обладало всеми типическими для европейских стран чертами, то в советскую эпоху феномен самоубийства приобретает заметную социальную окраску⁶⁰. Так, в 1926 году в Москве и Питере уровень самоубийств на 100 тысяч составлял 42 среди мужчин и 20 среди женщин (по официальной статистике). Далее – высокий уровень самоубийств был отмечен в 1937-м и в 1947-м. Затем последовал некоторый спад во время хрущевской «оттепели», с последующим ростом вплоть до 1984 года (39 человек на 100 тысяч), когда страна занимала по числу суицидов второе место, уступая только Венгрии. Во время перестройки уровень самоубийств резко упал

(до 23 человек на 100 тыс.), но, начиная с 1988 г., вновь стал расти⁶¹. Стабилизация, а затем сокращение смертности от самоубийств наступили лишь на рубеже 2000-х годов.

В конце прошлого столетия среди населения нашей страны наблюдалась настоящая эпидемия суицидов: ежегодно совершали самоубийство, по разным данным, от сорока до 60 тысяч человек⁶². При этом наблюдаемая во всем мире тенденция к «омоложению» суицида в России, и особенно в Москве и Санкт-Петербурге, проявилась гораздо значительнее. Оценивая показатели в нашей стране, ВОЗ признала, что Россия находится в состоянии чрезвычайной ситуации, поскольку в течение длительного периода показатель самоубийств в нашей стране существенно превышает установленный «критический уровень» – 20 случаев на 100 тысяч населения в год.

По росту суицидов с девяностых годов прошлого века Россия и в целом страны бывшего СССР выделяются на фоне остальных в Европе и мире, что связано с общественными социально-экономическими катаклизмами. В качестве основной гипотезы, объясняющей сохраняющийся высокий уровень суицидального поведения в странах «постсоветского пространства», в большинстве научных

⁵⁸ Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном мире // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.Ю. Бехтерева, 1991, № 1. – С. 26-38

⁵⁹ Sisask M, Varnik A, Kolves K, Bertolote JM, Bolhari J, Botega NJ, Fleischmann A, Vijayakumar L, Wasserman D. Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study // Arch Suicide Res. 2010. – 14(1) – P. 44-55

⁶⁰ Красненкова И.П. Философский анализ суицида // Электронная библиотека по психологии – история, учения, теории, личности. 17.02.2011 / URL: <http://psylib.net/filosofskij-analiz-suicida-ip-krasnenkova/>

⁶¹ Гомзикова С. Россия остается страной самоубийц – Свободная пресса, 30.01.2011 г. / URL: <http://svpressa.ru/society/article/37979/>

⁶² Федосова И.В., Белозерцева И.Н. Обеспечение эколого-психологической безопасности детей группы суицидального риска // Фундаментальные исследования – 2005 – № 3 – С. 98-100 / URL: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=7779966 (дата обращения: 26.06.2011)

публикаций рассматривается дезадаптация населения к новым социально-экономическим и социально-культурным условиям, сложившимся в результате распада Советского Союза. Произошла ломка в действиях и поведении людей, многие из которых не смогли вписаться в новые реалии. Резкий слом устоявшегося атеистического мировоззрения привел к социальной и идеологической дезадаптации, большая часть населения страны оторвана от корней религии как интеграционного фактора. Исследователи подчеркивали повышение суицидальной активности у мужчин в возрасте 45-54 лет⁶³, а также у детей и подростков⁶⁴. Начавшиеся еще в 80-х годах и продолжающиеся по сей день процессы разобщения отдельных индивидов по отношению к социальным группам можно охарактеризовать определением аномией, т.е. общим состоянием дезорганизации общества. Следовательно, аномичное самоубийство является преобладающим типом самоубийств, определяя проблему суицида в России как социальное явление⁶⁵.

Особенностью суицидального поведения населения России является сравнительно низкий суицидальный риск среди жителей столичных городов и его возрастание для жителей «периферийных» городов и сельской местности⁶⁶. Вместе с тем, более высокий уровень самоубийств среди сельских жителей характерен только для части регионов. На основе анализа данных о смертности от суицидов

в регионах бывшего СССР С.Г. Смедович выделил европейский и азиатский типы распространенности самоубийств⁶⁷. При европейском типе уровень самоубийств среди городского населения ниже, чем среди сельского (республики европейской части СССР, РСФСР и Грузия). Азиатский тип распространенности самоубийств наблюдался в республиках Средней Азии, Закавказья (кроме Грузии) и Казахстане, где уровень городских самоубийств вдвое превышал уровень показателя в сельской местности. Соответственно, европейский и азиатский типы распространенности самоубийств на территории России определяются вариациями культурно-этнических и социально-экономических вариантов уклада жизни населения.

Вторая особенность заключается в том, что Россия занимает одно из ведущих мест по числу самоубийств среди мужчин при относительно низком показателе среди женщин: свыше 80% самоубийств в нашей стране приходится на долю мужчин. Георгий Белоглазов объясняет этот феномен крайне неблагоприятными условиями жизни мужского населения в России⁶⁸. Если же учесть высокую детерминацию российской смертности алкоголем⁶⁹, то более вероятной представляется алкогольная природа наблюдаемого соотношения мужской и женской смертности от самоубийств в России 4:1 против 3:1, характерного для большинства других стран. Взаимосвязь между употреблением алкоголя и суицидальной активностью населения России

⁶³ Ваулин С.В. Сравнительная характеристика суицидентов, госпитализированных в психиатрический стационар в 1994 и 2004 гг. // Материалы XIV съезда психиатров России. М. 2005. С. 435.

⁶⁴ Куликов А.В. Суицидальное поведение у детей и подростков с эндогенными заболеваниями // Журнал неврологии и психиатрии, 2007 – 107 (8) – С. 15-23; Лазебник А.И. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения детей и подростков в Удмуртии / Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2000 – 24 с.

⁶⁵ Жариков Н.М., Иванова А.Е., Анискин Д.Б., Чуркин А.А. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 1997 – Т. 97, № 6 – С. 9-15.

⁶⁶ Антонюк В.В., Ермаков С.П., Семенова В.Г. «Смертность от неестественных причин – убийства, самоубийства, травмы и отравления». Web-Атлас: «Окружающая среда и здоровье населения России» (<http://sci.aha.ru/ATL/>)

⁶⁷ Смедович С.Г. Самоубийство в зеркале статистики // Социологические исследования. 1990 – № 4 – С. 74-79 ⁶⁸ Белоглазов Георгий «Социологический анализ самоубийств в России» (WWW вариант) <http://katatonia.narod.ru/ssuicide.html>

⁶⁸ Белоглазов Георгий «Социологический анализ самоубийств в России» (WWW вариант) <http://katatonia.narod.ru/ssuicide.html>

⁶⁹ Немцов А.В. Алкогольная смертность в России. 1980-90-е годы. – М., 2001

указывает на социогенный характер самоубийств: именно алкогольная переменная «ответственна» за резкое увеличение числа суицидов в воскресные и праздничные дни⁷⁰. Уровень суицидальной активности у лиц с синдромом зависимости в 50 раз выше, чем в общей популяции: 25-50% всех суицидов связаны с алкоголизацией⁷¹. Кроме того, в настоящий период, по мнению специалистов Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков, каждый третий российский самоубийца погибает, находясь под действием наркотиков⁷².

Третьей особенностью суицидального поведения населения России является особо неблагоприятная ситуация в плане суицидального поведения подростков. Если в мире подростки 15-19 лет совершают в среднем 10 случаев суицида на 100 тыс. населения в год, то в России в разы выше. При этом среди сельской молодежи показатели смертности от самоубийств выше в 2,2 раза⁷³. Наиболее опасный возраст завершенных суицидов – с 14-15 лет и выше⁷⁴. Самоубийства детей чаще осуществлялись в ночное время суток, в период уединенности, что свидетельствует об

истинности их суицидальных намерений⁷⁵. Девочками в 3 раза чаще совершались демонстративно-шантажные суициды, в то время как мальчиками – истинные. У мальчиков «пик» суицидальности приходился на 9-14, у девочек – на 15-18 лет. Причины этого явления по сути своей те же, что и у взрослого населения: отсутствие механизмов воздействия общества на индивида. Из разряда личностных причин отмечается чувство неприкаянности, банальная антипатия к существующей жизни⁷⁶. Многие психиатры связывают причины молодежного суицида в России также с ранней алкоголизацией и отсутствием воспитания⁷⁷.

Таким образом, с учетом отсутствия в настоящее время каких-либо факторов преодоления дезорганизации общества, высокого суицидального риска среди большей части населения страны, алкогольной детерминанты российских суицидов и кризисной ситуации в системе воспитания подрастающего поколения, нет оснований ожидать существенного улучшения суицидологической обстановки в Российской Федерации.

⁷⁰ Смедович С.Г. Самоубийство в зеркале статистики // Социологические исследования. 1990 – № 4. С. 74-79

⁷¹ Богданов С.В. Суицидальное поведение городских и сельских жителей России в условиях общественных трансформаций начала XXI века / Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств» – Белгород, 2009. С. 51-53

⁷² Треть самоубийств в РФ происходят под воздействием наркотиков – ФСКН. РИА Новости – 02.12.2010. / Официальный сайт ФСКН России / URL: <http://www.fskn.gov.ru/includes/periodics/review/2010/1203/05399328/detail.shtml> (посещение 30.06.2011).

⁷³ Абросимова М. Ю. Медико-статистические особенности смертности молодежи в Республике Татарстан // Казанский медицинский журнал – 2005 – Том 86, №1. С. 69-71

⁷⁴ Гилинский Я., Гурвич И., Русакова М., Симпура Ю., Хлопушин Р. Девиантность подростков: Теория, методология, эмпирическая реальность. Учебно-научное издание. С.Пб.: Медицинская пресса, 2001

⁷⁵ Козлов А.Б. Время суток как предиктор суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. 2006. № 6. С. 55-60

⁷⁶ Белоглазов Георгий «Социологический анализ самоубийств в России» (WWW вариант) <http://katatonia.narod.ru/ssuicide.html>

⁷⁷ Суицид в современном обществе: причины и способы борьбы // Электронный журнал РИА Новости. 16/06/2011 / URL: <http://www.rian.ru/society/20080911/151181400.html>

2. Тенденции смертности российских подростков от суицидов в долговременной ретроспективе (1965-2009 гг.) в сравнении с другими внешними причинами смерти

Современные уровни подростковой смертности от суицидов определяются трендами постсоветского периода. Исходя из динамики 1965-1984 гг., можно было предположить, что в 2009 г. показатели должны были составить 19 у юношей и 2 у девушек на 100 тыс. соответствующего населения. Тем не менее, в 2009 г. эти показатели соответствовали 30 у юношей и 8,5 у девушек на 100 тыс. лиц 15-19 лет. Это более чем на 60% у юношей и более чем 4-кратно у девушек выше модельных уровней.

В настоящем разделе проанализирована динамика суицидальной смертности российских подростков 15-19 лет в разные периоды социально-экономического развития страны за последние 45 лет – устойчивый советский период (1965-1984 гг.), период реформ (1985-2002 гг.) и современный период, или период выхода из кризиса (2003-2009 гг.). Эволюция смертности от суицидов будет оцениваться на фоне динамики смертности от травм и отравлений в целом.

Во второй половине 1960-х годов смертность российских юношей от суицидов выросла на 67,1%, до максимума советского периода, составившего 26,9 на 100 тыс.⁷⁸. В 1971-1987 гг. сформировались не всегда последовательные, но позитивные тенденции, вследствие чего показатель снизился до уровня 1965 г., составив 16,1 на 100 тыс. Обсуждая ситуацию этого 17-летнего периода, следует отметить резкое ускорение позитивных тенденций в разгар горбачевской антиалкогольной кампании – в 1984-1987 гг. показатель снизился на 43,4%, т.е. среднегодовые темпы снижения суицидальной смертности составили 14,5% против среднегодового

1%-ного снижения в 1971-1984 гг.

В 1987-1995 гг. суицидальная смертность российских юношей выросла 2,2-кратно, при этом выраженного ускорения негативных тенденций после 1992 г. не произошло. В 1995-1998 гг. показатель снизился на 8,8%, однако позитивные тенденции оказались неустойчивыми, и после дефолта 1998 г. суицидальная смертность опять стала расти, достигнув в 2001 г. абсолютного максимума, составившего 37,9 на 100 тыс. В 2000-е годы отмечено 19,8%-ное снижение смертности, однако позитивные тенденции, достаточно выраженные в первой половине десятилетия, в 2006-2009 гг. оказались в значительной мере исчерпанными – в этот период наблюдалась стагнация показателя на уровне 30-31 на 100 тыс. юношей (рис. 3).

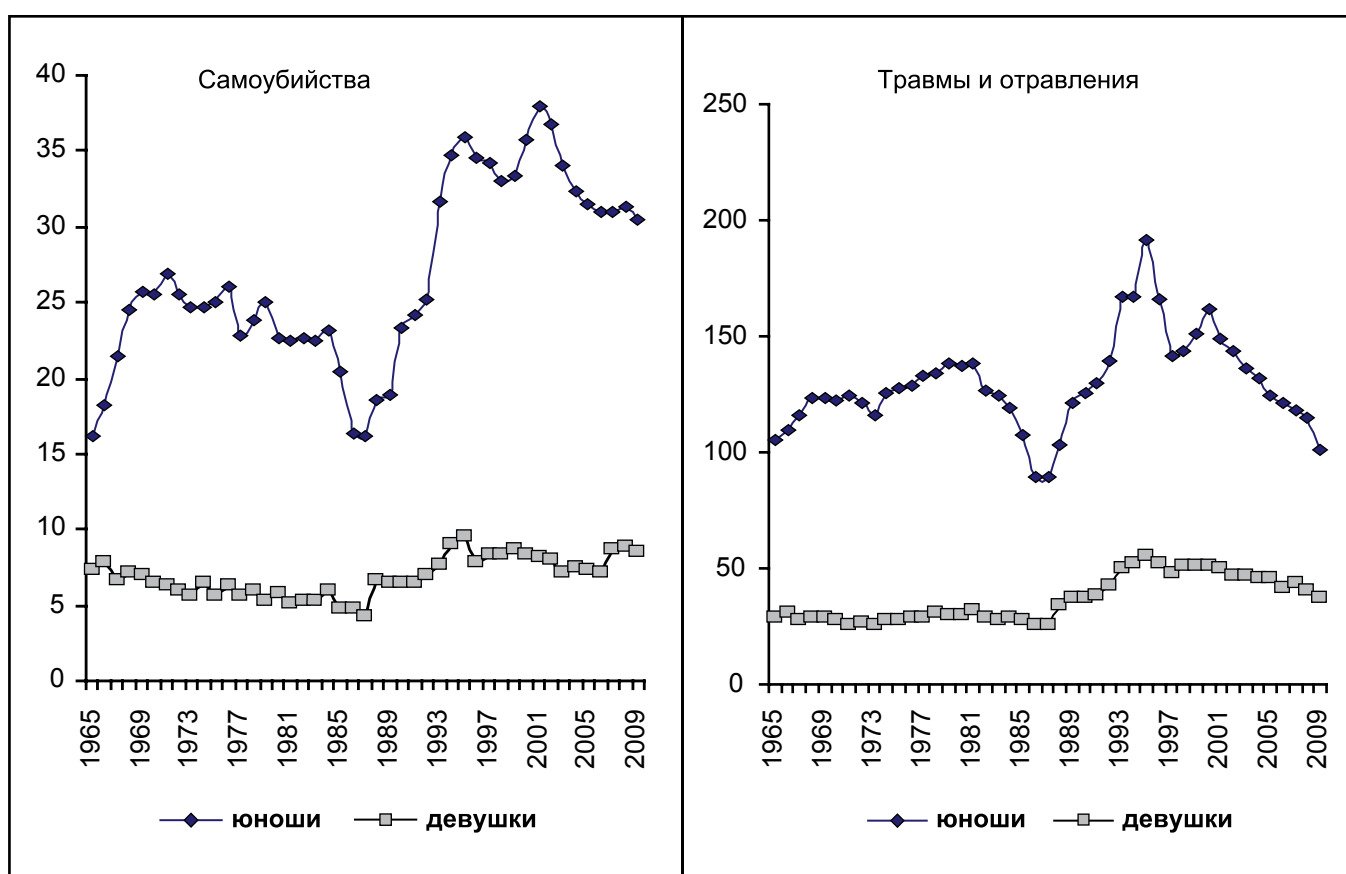
Суицидальная смертность российских девушек в 1965-1987 гг. характеризовалась позитивными тенденциями, как и у их ровесников, не всегда устойчивыми: в 1965-1987 гг. показатель снизился на 73,8%, достигнув абсолютного минимума, составившего 4,2 на 100 тыс. При этом в период антиалкогольной кампании темпы позитивных тенденций существенно выросли: если

⁷⁸ Отметим, что статистика суицидов до 1989 года была основана на иных учетных формах, нежели общая статистика смертности (форма №5), и резкий рост суицидов, отмеченный только у юношей, может быть своеобразным статистическим артефактом

в 1965-1984 гг. они составляли в среднем 1,4% в год, то в 1984-1987 гг. – 13,3% в год. Эффект антиалкогольной кампании в контексте суицидов оказался весьма кратковременным: за год, к 1988 г. смертность российских девушек от суицидов выросла на 59,5%, и стабилизировалась на этом уровне до 1992 г. В 1992-1995 гг. негативные тенденции суицидальной смертности девушек возобновились – в этот период показатель вырос на 37,7%,

достигнув абсолютного максимума, составившего 9,5 на 100 тыс. На фоне последовавших флуктуационных изменений первая половина 2000-х годов характеризовалась снижением смертности (на 22,5%), однако сохранить позитивные тенденции не удалось, за год, в 2006-2007 гг. показатель вырос на 21,1%, и в последние годы исследования стабилизировался на уровне 8,5-8,8 на 100 тыс. девушек (рис. 3).

Рисунок 3. Динамика смертности российских подростков от самоубийств и травм и отравлений в 1965-2009 гг. (на 100 тыс. соответствующего населения).



Оценивая не очень благополучные изменения последних лет (стабилизацию показателя у юношей, рост его у девушек), следует учитывать, во-первых, их кратковременность, во-вторых, сравнительно малое число случаев, особенно среди девушек: в 2007-2009 гг. от суицидов погибло ежегодно от 450 до 370 девушек 15-19 лет. Только дальнейшее развитие позволит понять, приведет ли эта ситуация к фор-

мированию новой негативной тенденции, или же она является случайным колебанием. Сопоставляя тенденции суицидальной смертности и смертности от внешних причин в целом, можно отметить, что у юношей ситуация с суицидальной смертностью в течение всего периода исследования складывалась хуже, чем со смертностью от травм и отравлений в целом. Так, в советский

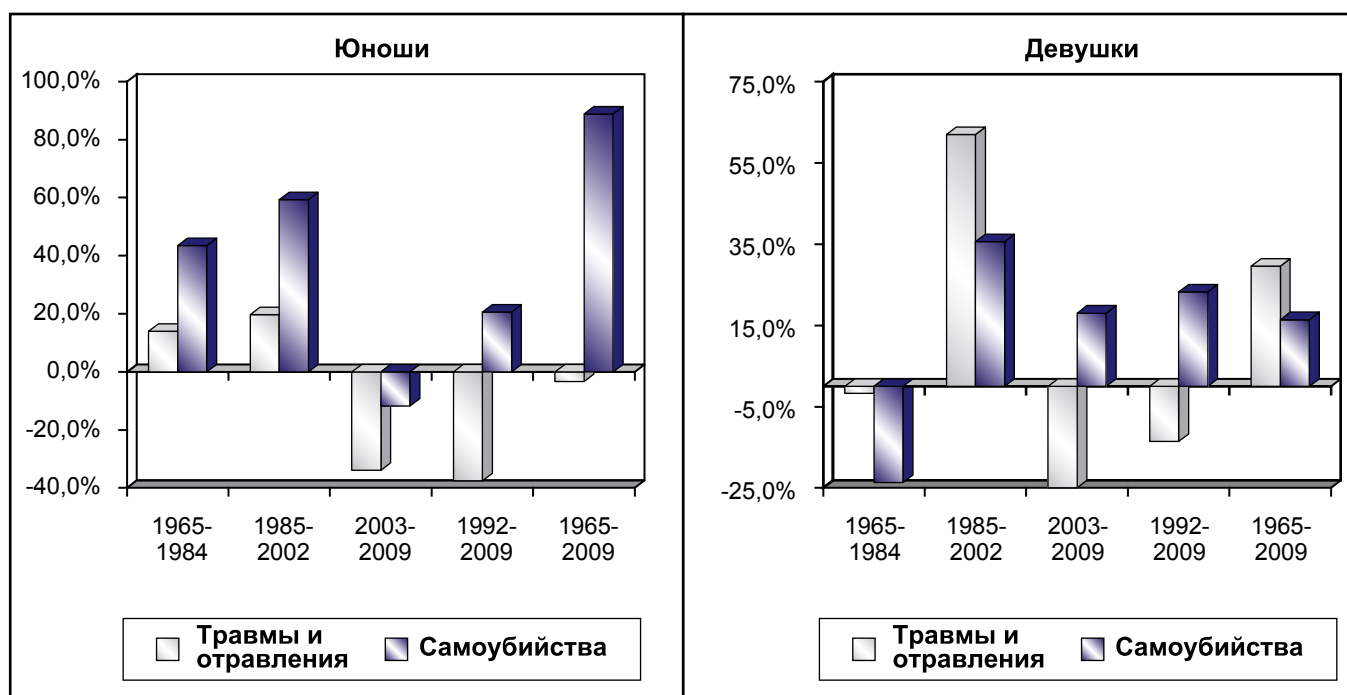
период (в 1965-1984 гг.) смертность от самоубийств выросла на 43,5% против 14%-ного роста смертности от внешних причин; в период реформ, в 1985-2002 гг. выросла на 59,3% против 19,7%; в последний период исследования, в 2003-2009 гг., суицидальная смертность российских юношей снизилась на 11,8% против 33,9%-ного снижения смертности от внешних причин в целом (рис. 4).

У девушек же вплоть до начала 2000-х годов ситуация с самоубийствами складывалась заметно лучше, нежели с внешними причинами в целом: если в 1965-1984 гг. смертность от внешних причин снизилась только на 1,7%, то от самоубийств – на 23,7%, темпы роста травматической смертности в 1985-2002 гг. почти вдвое превышали темпы роста смертности суицидальной (61,9% против 35,6%). Однако в последний период исследования (2003-2009 гг.) искомый показатель вырос на 18,0% против 25,2%-ного снижения общей смертности от внешних причин (рис. 4).

Таким образом, можно констатировать, что в постсоветский период (1992-2009 гг.) эволюция смертности российских подростков от суицидов носила принципиально худший характер, нежели со смертностью от травм и отравлений в целом: искомые показатели выросли на 20,6% и 23,2% на фоне 37,5%- и 13,6%-ного снижения смертности от внешних причин.

Если же рассматривать развитие ситуации в 45-летней ретроспективе, то очевидными становятся гендерные различия: суицидальная смертность юношей в 2009 году оказалась почти вдвое (на 88,8%) выше, нежели в 1965 г., на фоне некоторого (хотя и крайне незначительного, на 3,3%) снижения травматической смертности. У девушек же в 1965-2009 гг., с одной стороны, наблюдался 29,6%-ный рост общей смертности от травм и отравлений, с другой – темпы роста суицидальной смертности составили 16,4%, т.е. оказались существенно ниже, чем травматической смертности в целом (рис. 4).

Рисунок 4. Темпы изменения смертности российских подростков от самоубийств и травм и отравлений в 1965-2009 гг. (в %).



3. Региональный профиль подростковой смертности от суицидов и его эволюция в 1990-е – 2000-е годы

Зона повышенных рисков подростковых суицидов формируется за счет двух географических кластеров – территорий европейского Северо-запада и дальневосточных и восточносибирских регионов России. Несмотря на кардинальные общественные сдвиги 1990-х – 2000-х годов в целом вектор «благополучный Запад – неблагоприятный Восток», сформировавшийся в конце советского периода, сохраняется.

Особо следует отметить высокую степень сходства ареала неблагоприятия среди юношей и девушек – это свидетельствует об отсутствии гендерной специфики факторов риска на экстремальных территориях.

Уровень суицидальной смертности в стране определяется не экстремальными территориями с максимальными уровнями показателя, но «ядром», т.е. регионами с наиболее распространенными уровнями смертности: полюсные территории, как правило, малонаселенные, определяют вариабельность показателя, мало влияя на ее общероссийский уровень.

При обсуждении смертности российских подростков от суицидов не может не возникнуть вопрос о региональном профиле потерь: определяются ли их уровень и отмеченные тенденции всем множеством российских территорий или при формировании российских показателей существует значимая региональная специфика? Представляется, что для России, с ее значительной экономической, социальной, этнокультурной, географической гетерогенностью, вопрос о региональной специфике подростковой суицидальной смертности имеет принципиальное

значение⁷⁹.

Вся совокупность российских территорий была разделена на 3 группы: регионы с низким, средним и высоким значением подростковой смертности от суицидов⁸⁰ (табл. 1).

На рубеже 1990-х годов (в 1989-1991 гг.) смертность юношей варьировала от нулевых значений в Карачаево-Черкессии до 67,9 на 100 тыс. в Еврейской АО, девушек – от 0,8 в Курской области до 46,2 – в респ. Тыва на 100 тыс. соответствующего населения. Ареал средних значений в мужской популяции формируется за счет 51%,

⁷⁹ В целом, на всех российских территориях число подростковых самоубийств варьировало от 1284 – в 1989 г. до 2907 случаев в 2001 г. (минимальный и максимальный уровни); таким образом, ежегодное число инцидентов в отдельных регионах является достаточно малым (зачастую это единичные случаи). Этим обусловлена существенная ежегодная вариабельность показателей в каждой из российских территорий. Чтобы сгладить возможные флуктуационные изменения, неизбежные при малом числе событий, в качестве показателей подростковой суицидальной смертности в каждом из российских регионов использовались средние за 3 года.

Оценка регионального профиля проводилась в период, характеризующийся значительными изменениями подростковой суицидальной смертности в 1989-1991, 1994-1996, 1999-2001 и 2007-2009 гг.

Анализ проводился на всей совокупности российских территорий, кроме автономных округов, за исключением Чукотского. Это обусловлено малой численностью искомых групп населения и, следовательно, чрезвычайно высокой вариабельностью показателей. Кроме того, из анализа исключены республики Чечня и Ингушетия, в силу крайне ненадежной статистики смертности на этих территориях.

⁸⁰ Чтобы избежать субъективности при классификации территорий, в группу регионов со средним значением показателя были включены территории, где подростковая смертность оказалась в коридоре значений «средняя \pm стандартное отклонение»; территории, где значения подростковой суицидальной смертности оказались ниже этого коридора, отнесены в группу благополучных территорий с низкими значениями показателя; соответственно, те регионы, где искомый показатель оказался выше коридора значений – в неблагоприятные регионы с высоким уровнем подростковой смертности.

Чтобы элиминировать эффект огромной вариации, границы средних значений рассчитывались, исходя из совокупности территорий, где уровни подростковой смертности входят в коридор значений «средняя \pm стандартное отклонение» (отметим, что в него входили от 75 до 90% российских территорий в мужской и более 90% территорий в женской популяции). Подобный подход позволил рассчитать границы «срединного» ареала, выделив, тем самым, ареалы благополучия и неблагоприятия.

в женской – 65% российских территорий (табл. 2, рис. 5-6).

Ареал благополучия формируется за счет регионов, где искомый показатель не превысил 15,8 у юношей и 3,5 у девушек на 100 тыс. соответствующего населения (соответственно 23% и 15% российских территорий).

В него вошли подростки Дагестана, Карачаево-Черкессии, Северной Осетии, Курской, Липецкой и Тамбовской областей, а также юноши Кабардино-Балкарии, Мордовии, Ставропольского края, Белгородской, Брянской, Воронежской, Калужской, Рязанской, Смоленской, Ярославской, Волгоградской и Новосибирской областей и девушки Санкт-Петербурга, Мурманской, Тверской, Нижегородской, Саратовской и Ульяновской областей.

Ареал неблагополучия по подростковой суицидальной смертности в начале исследования формировался за счет тер-

риторий с показателями выше 28,8 и 9,3 на 100 тыс. соответствующего населения. В него вошли неблагополучные и для юношей и для девушек Калмыкия, Марий-Эл, Бурятия, Тыва, Хакасия, Хабаровский край, Курганская, Иркутская, Забайкальский край (до 2008 г. - Читинская область), Магаданская и Сахалинская области, а также неблагополучные для юношей республики Алтай и Карелия, Приморский край, Калининградская, Мурманская, Амурская, Камчатская, Еврейская АО и Чукотский АО и неблагополучные для девушек республика Башкортостан, Алтайский край, Кировская и Кемеровская области, т.е. юноши 25% и девушки 19% российских территорий.

Таким образом, 20-летие назад зона повышенных рисков подростковых суицидов формировалась за счет двух географических кластеров – территорий европейского Северо-запада и дальневосточных и восточносибирских регионов России.

Таблица 1. Критерии классификации российских территорий по уровням смертности подростков от суицидов (на 100 тыс. соответствующего населения).

	1989-1991	1994-1996	1999-2001	2007-2009
юноши				
низкая	до 15,8	до 21,1	до 23,8	до 12,0
средняя	15,8-28,8	21,1-50,2	23,8-52,6	12,0-48,3
высокая	выше 28,8	выше 50,2	выше 52,6	выше 48,3
девушки				
низкая	до 3,5	до 3,5	до 2,5	до 2,7
средняя	3,5-9,3	3,5-12,7	2,5-13,4	2,7-14,0
высокая	выше 9,3	выше 12,7	выше 13,4	выше 14,0

Таблица 2. Распределение российских территорий по уровню смертности подростков от суицидов (в %).

	1989-1991		1994-1996		1999-2001		2007-2009	
	юноши	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки
0-9,9	9,0	84,6	7,7	61,5	6,4	62,8	11,5	61,5
10-19,9	35,9	12,8	15,4	28,2	12,8	25,6	16,7	26,9
20-29,9	30,8		24,4	5,1	16,7	6,4	23,1	6,4
30-39,9	9,0	1,3	5,1	2,6	20,5	2,6	19,2	
40-49,9	7,7	1,3	19,2		14,1		2,6	1,3
50-59,9	5,1		11,5	1,3	6,4	1,3	10,3	1,3
60-69,9	2,6		7,7	1,3	9,0		7,7	1,3
70-79,9			2,6		6,4		1,3	
80-89,9			1,3		3,8	1,3		1,3
90-99,9			1,3					
100-109,9			1,3		1,3		1,3	
110-119,9			1,3				2,6	
120-129,9					1,3			
130-139,9							2,6	
140-149,9								
150-159,9			1,3		1,3			
...								
310-319,9							1,3	

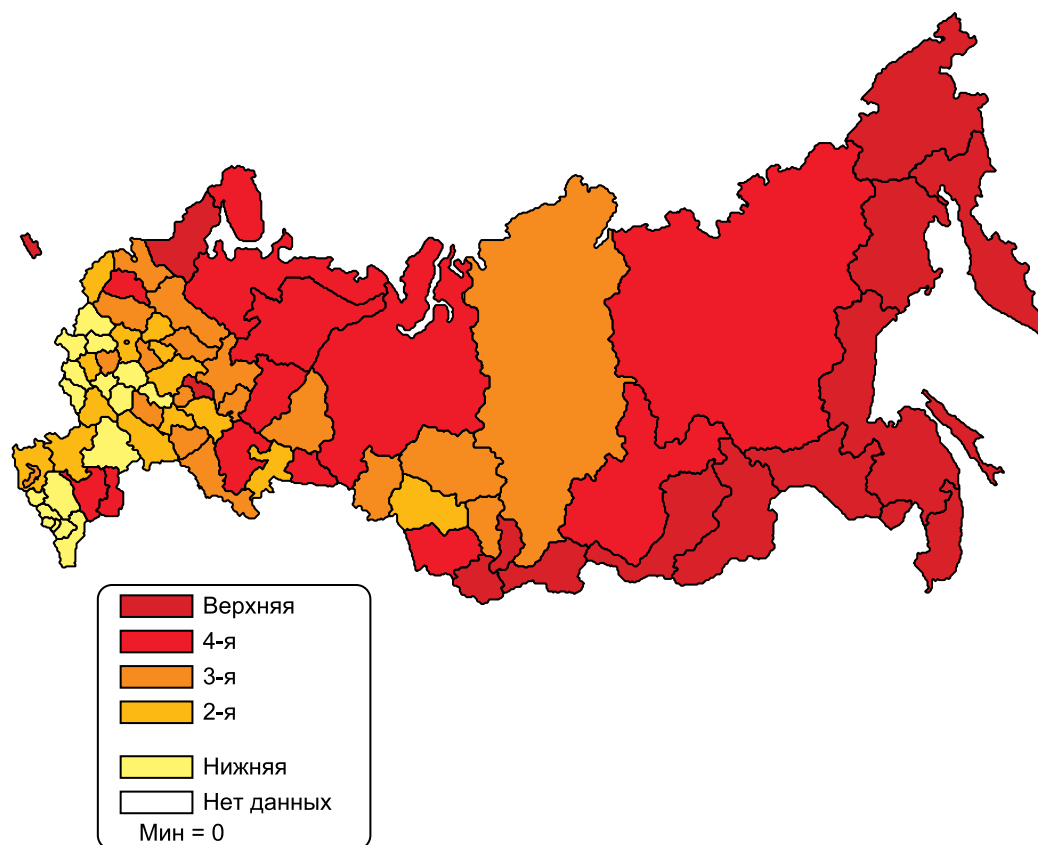


Рисунок 5. Региональные особенности смертности юношей в 1989-1991 гг., на 100 тыс. лиц 15-19 лет.

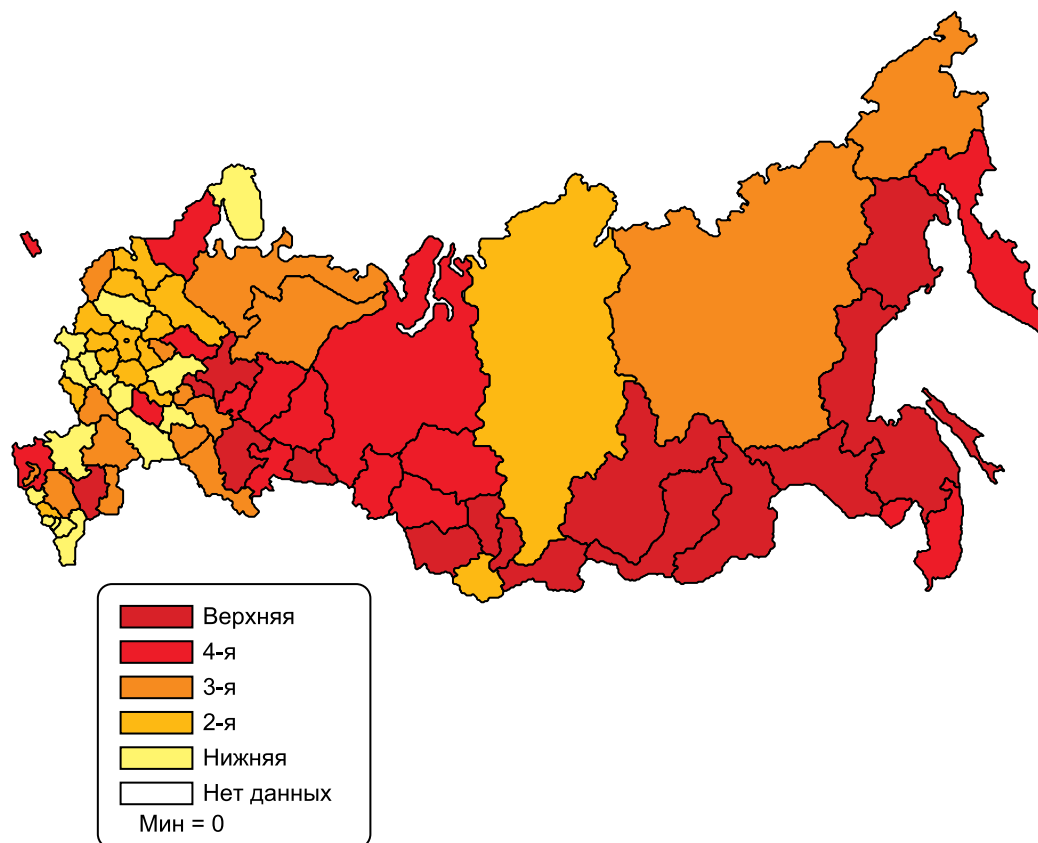


Рисунок 6. Региональные особенности смертности девушек в 1989-1991 гг., на 100 тыс. лиц 15-19 лет.

Характеризуя последующие изменения, следует отметить, что отмеченные выше негативные сдвиги подростковой суицидальной смертности первой половины 1990-х годов не были универсальными для всех российских территорий: в этот период наблюдалось снижение показателей у юношей на 15% территорий, у девушек – более чем в четверти регионов. Однако в большинстве территорий наблюдался выраженный рост показателя, причем смертность юношей выросла более чем 2-кратно в 22%, девушек – в 15% российских регионов. Особо следует отметить, что сколько-нибудь выраженной обусловленности темпов изменения показателей их предшествующим уровнем отмечено не было.

Вследствие подобных изменений разброс суицидальной смертности среди российских территорий к середине 1990-х годов существенно вырос: в этот период показатель варьировал от нулевых значений в Карачаево-Черкессии до 151,2 у юношей Чукотского АО и 65,4 у девушек

республики Алтай на 100 тыс. соответствующего населения. Ареал срединных значений формировался в этот период у юношей за счет половины, у девушек – за счет 60% российских территорий (табл. 2, рис. 7-8).

Интересно, что у юношей масштабы ареала благополучия изменились мало – как и в начале исследования, в него входили 23,1% российских территорий, однако порог ареала территорий с низкими значениями показателя существенно вырос, достигнув 21,1 на 100 тыс. (против 15,8 на 100 тыс. в начале исследования). У девушек этот эффект не был выражен – и масштабы (18% российских территорий), и пороговые значения ареала (3,5 на 100 тыс.) мало отличались от таковых в начале исследования.

Что касается ареала неблагополучия, то и в мужской и в женской популяции следует указать на рост его верхних пороговых значений по сравнению с началом исследования с 28,8 до 50,2 у юношей и с 9,3 до 12,7 у девушек на 100 тыс. соответ-

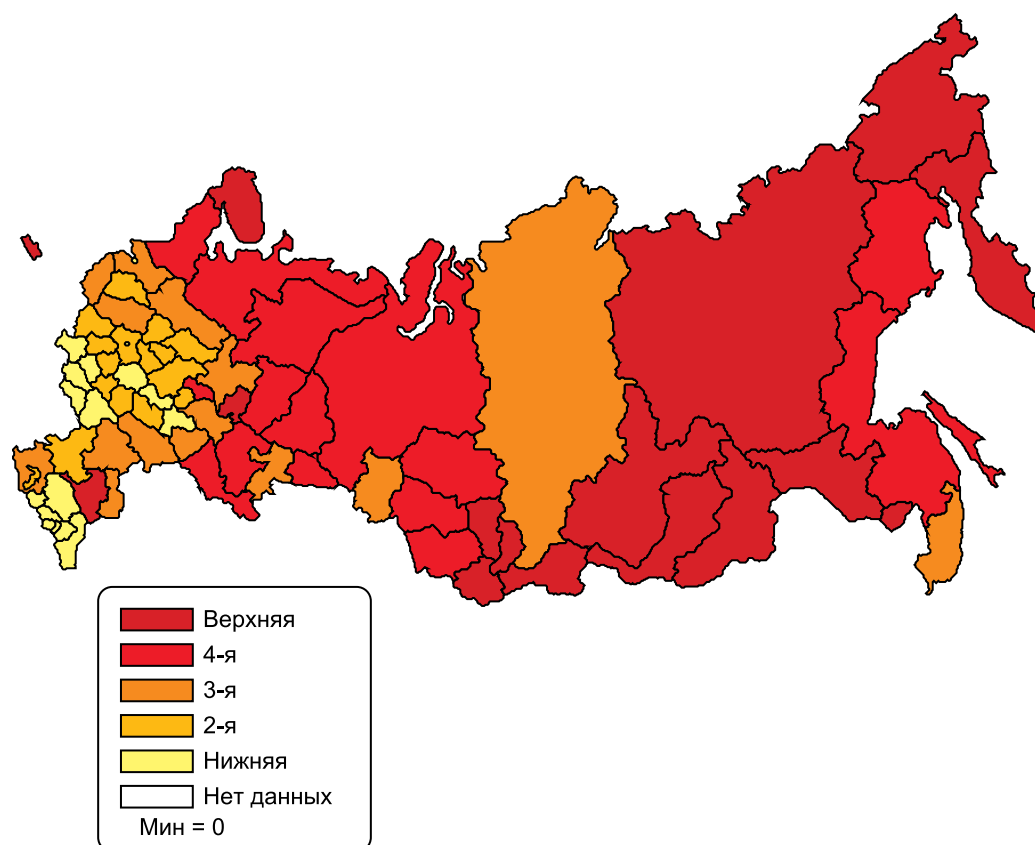


Рисунок 7. Региональные особенности смертности юношей в 1994-1996 гг., на 100 тыс. лиц 15-19 лет.

ствующего населения при достаточно незначительном увеличении его масштабов (с 25% до 27% и с 19% до 22% российских территорий соответственно).

В целом региональный профиль потерь в начале исследования и в середине 1990-х годов оказался достаточно сходным (особенно у юношей).

По тенденциям изменения суицидальной смертности во второй половине 1990-х годов российские территории разделились практически пополам: снижение показателей у юношей отмечалось на 46%, у девушек – на 48% территорий, при этом у девушек на 15% территорий темпы снижения суицидальной смертности были близки к 2-кратным или превысили их.

Региональный профиль темпов изменения суицидальной смертности подростков во второй половине 1990-х годов характеризуется несколько большей, нежели в первой половине десятилетия, гендерной согласованностью, причем это сходство в большей мере определяется террито-

риями с выраженными позитивными тенденциями – из 11 территорий, на которых темпы снижения суицидальной смертности юношей превысили 20%, аналогичная ситуация сложилась и у девушек. Что же касается территорий с максимально выраженными негативными тенденциями (рост более чем в 1,5 раза), то из соответственно 9 и 12 регионов общими для юношей и девушек в этой группе оказались только Мордовия и Северная Осетия.

В этот период ситуация и у юношей и у девушек складывалась более благоприятно на территориях с высокими, менее благоприятно – с низкими уровнями суицидальной смертности.

На рубеже 2000-х годов (1999-2001 гг.) внутрироссийский разброс суицидальной смертности не снизился: у юношей он был 34,4-кратным (от 4,6 в Дагестане до 158,2 в республике Алтай на 100 тыс. соответствующего населения), у девушек показатель варьировал между нулевыми значениями, отмеченными в Орловской

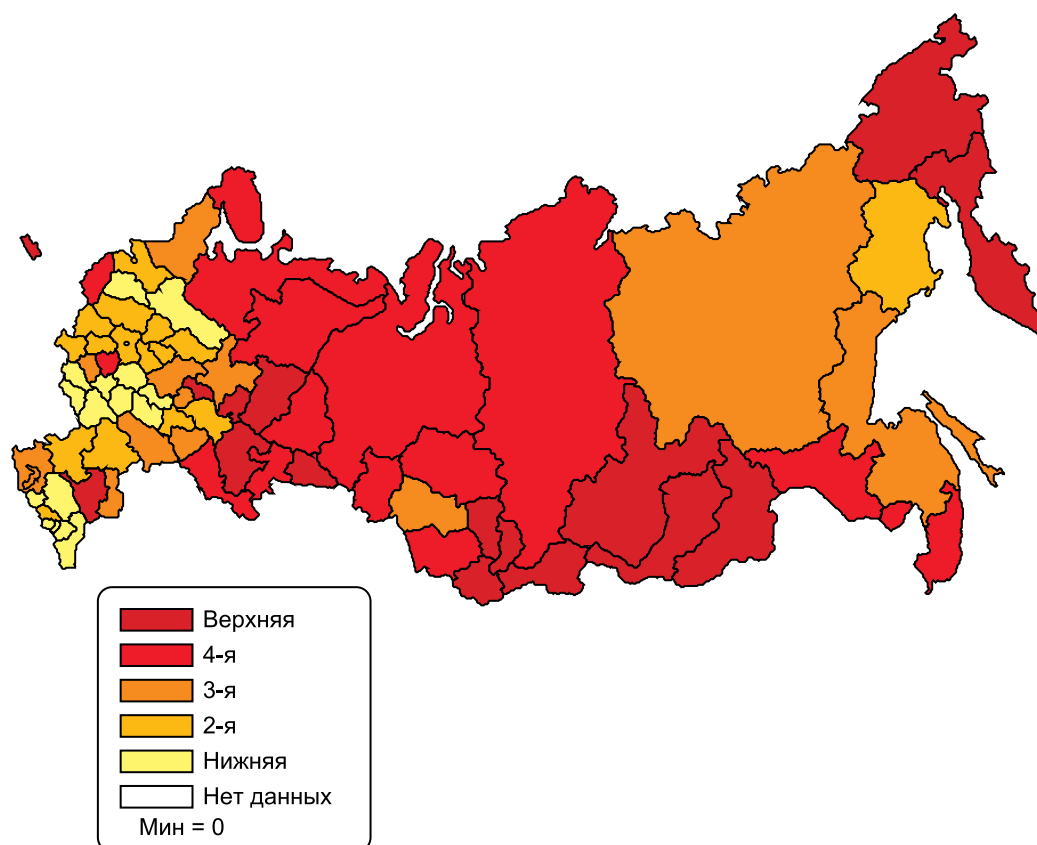


Рисунок 8. Региональные особенности смертности девушек в 1994-1996 гг., на 100 тыс. лиц 15-19 лет.

и Магаданской областях, а также в Чукотском АО, до 84,5 на 100 тыс. в республике Алтай. «Срединный» ареал территорий формировался за счет примерно половины российских регионов в мужской и 2/3 регионов в женской популяциях (табл. 2, рис. 9-10).

При этом верхняя граница ареала благополучия у юношей возросла до 23,8 на 100 тыс. при мало изменившихся его масштабах (25% территорий). У девушек верхняя граница ареала благополучия снизилась до 2,5 на 100 тыс., однако масштабы его существенно сократились (до 13% территорий).

Масштабы ареала неблагополучия не изменились по сравнению с серединой 1990-х годов (для юношей в него вошли 27%, для девушек – 22% российских территорий), однако верхняя граница этого ареала продолжала увеличиваться (в него вошли территории, где подростковая суицидальная смертность превышала 52,6 и 13,4 на 100 тыс. соответствующего населения).

Следует отметить, что региональное распределение подростковой суицидальной смертности середины 1990-х и начала 2000-х годов отличается высокой степенью сходства и у юношей, и у девушек.

Развитие ситуации в 2000-е годы мало зависело от уровней подростковой смертности в начале десятилетия. Позитивные тенденции подростковой суицидальной смертности 2000-х годов у юношей определялись подавляющим большинством (80% российских территорий), у девушек они отмечены менее чем на половине территорий (40% регионов). При этом на 13% территорий суицидальная смертность в мужской и женской популяции снизилась в 2 раза и более. Значимое (более 20%) ухудшение ситуации у юношей отмечено только на

11% территорий, у девушек же более чем 20%-ный рост показателя отмечен на 37% территорий.

Как же выглядит региональный профиль подростковой смертности в настоящее время, в конце 2000-х годов?

Во-первых, следует отметить, что разброс показателя не снизился ни в мужской, ни в женской популяции: у юношей он приблизился к 90-кратному, смертность варьировала от 3,6 в Орловской области до 316,5 в Чукотском АО на 100 тыс. соответствующего населения⁸¹, у девушек – от нулевых значений в Карачаево-Черкессии, Рязанской и Магаданской областях до 81,6 на 100 тыс. в Чукотском автономном округе. При этом «срединный» ареал формировался за счет 61% территорий и у юношей и у девушек (табл. 2, рис. 11-12).

Верхняя граница ареала благополучия у юношей по сравнению с началом нулевых годов весьма существенно снизилась (с 23,8 до 12 на 100 тыс.), у девушек практически не изменилась (2,7 против 2,5 на 100 тыс.), при этом его масштабы составили соответственно 11% и 14% территорий. В него вошли подростки Карачаево-Черкессии, Северной Осетии, Москвы, Рязанской и Ростовской областей, юноши Дагестана, Курской и Орловской областей, а также Санкт-Петербурга, и девушки Мордовии, Псковской, Воронежской, Самарской, Мурманской и Магаданской областей.

Сравнивая ситуацию с таковой на рубеже 1990-х годов, следует отметить 2-кратное сокращение ареала благополучия у юношей, при этом лидирующие позиции среди российских регионов удалось сохранить только 5 территориям (Дагестан, Карачаево-Черкессия, Северная Осетия, Курская и Рязанская области), три из которых являются северокавказскими республиками. Из группы «средних» в ареал

⁸¹ Отметим, что даже если опираться на показатели Республики Тыва, занимавшей предпоследнее место (137,3 на 100 тыс.), то разброс показателя окажется 38,5-кратным (против 34,4-кратного по данным 1999-2001 гг.).

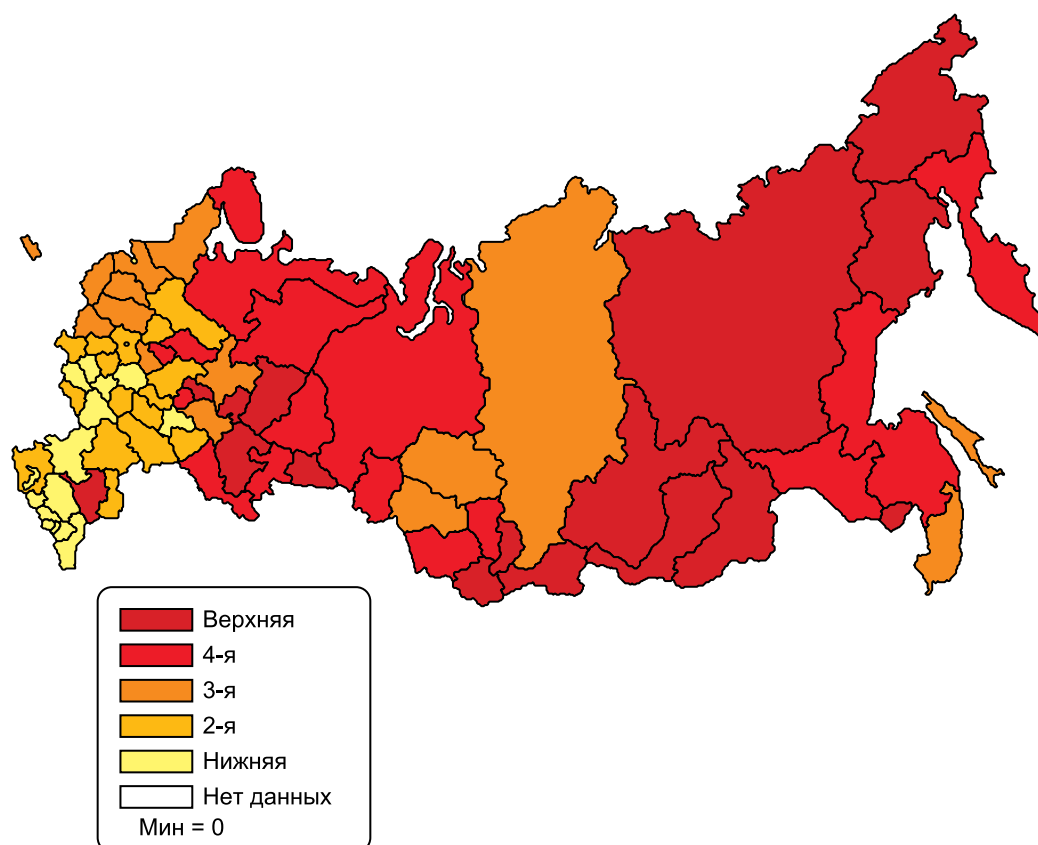


Рисунок 9. Региональные особенности смертности юношей в 1999-2001 гг., на 100 тыс. лиц 15-19 лет.

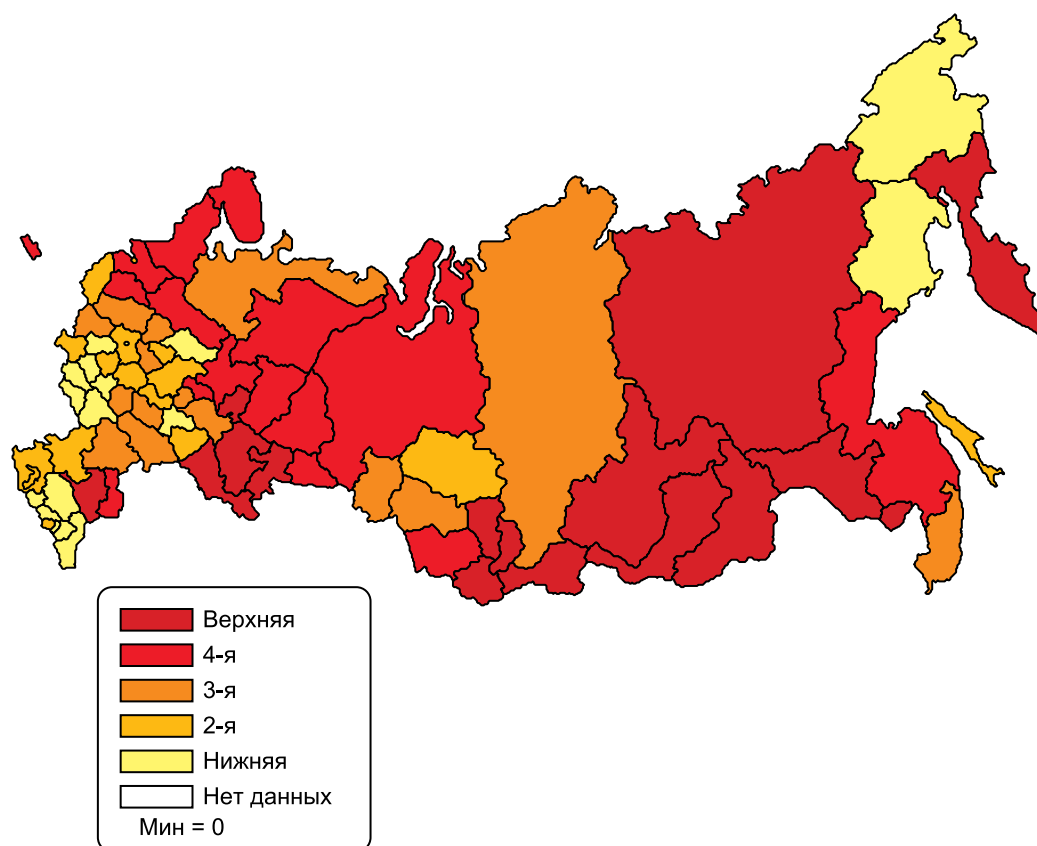


Рисунок 10. Региональные особенности смертности девушек в 1999-2001 гг., на 100 тыс. лиц 15-19 лет.

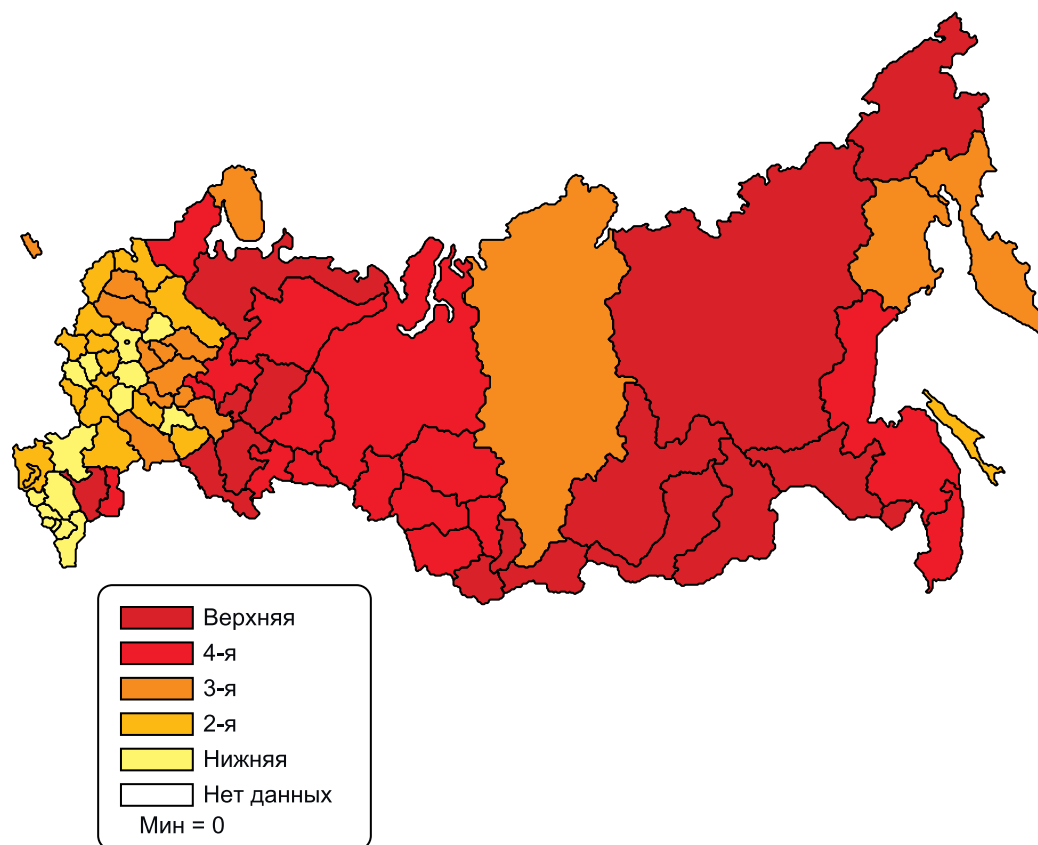


Рисунок 11. Региональные особенности смертности юношей в 2007-2009 гг., на 100 тыс. лиц 15-19 лет.

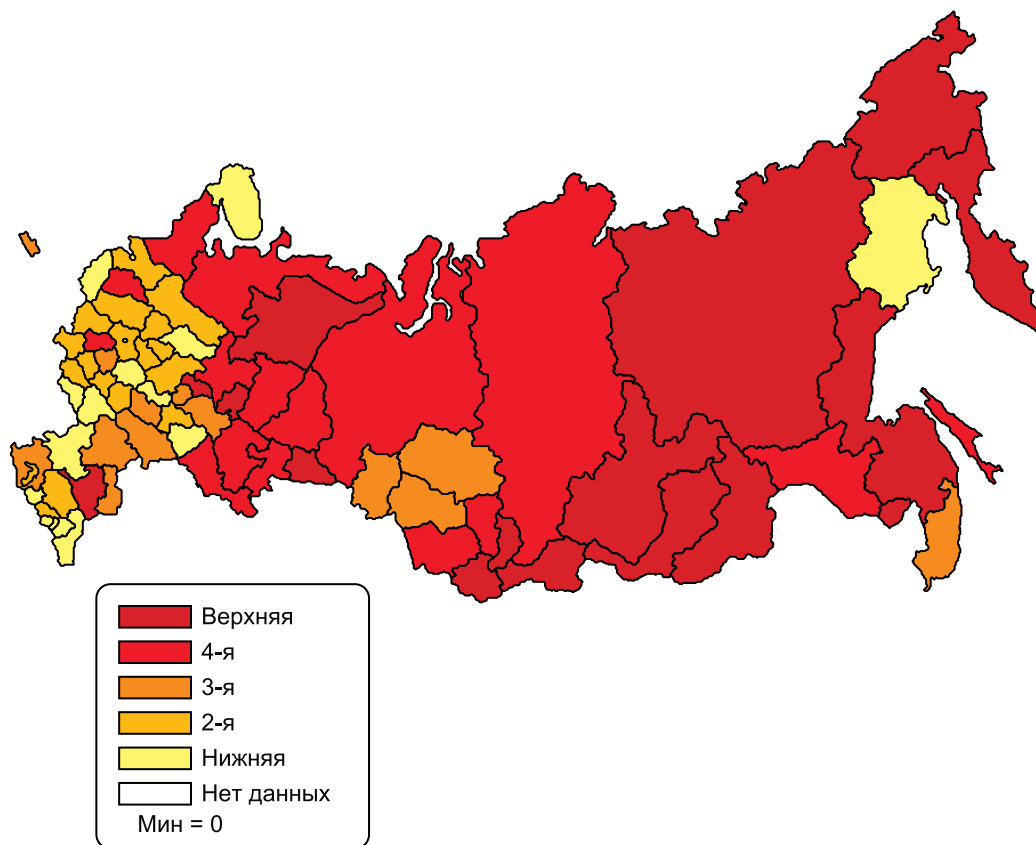


Рисунок 12. Региональные особенности смертности девушек в 2007-2009 гг., на 100 тыс. лиц 15-19 лет.

благополучия перешли Москва и Санкт-Петербург, Орловская и Ростовская области. У девушек масштабы ареала благополучия в начале и конце исследования практически не изменились (11 против 12 территорий), однако общими среди них оказались только Карачаево-Черкессия и Северная Осетия, а также Мурманская область. Особое внимание следует обратить на феноменальные успехи Магаданской области, в начале исследования входившей в ареал неблагополучия, а в его конце полностью элиминировавшей суицидальную смертность девушек.

Таким образом, большинству территорий, входивших в ареал благополучия в начале исследования, сохранить эти позиции не удалось, и они отошли в число территорий со средними значениями показателя.

Характеризуя ареал неблагополучия, следует отметить, что его масштабы у юношей не изменились (26,9% территорий), у девушек практически не изменились (24,4% против 21,8% территорий), при этом верхняя граница у юношей снизилась (48,3 против 52,6 на 100 тыс.), у девушек выросла крайне незначительно (14 против 13,4 на 100 тыс.). В него вошли подростки республик Алтай, Бурятия, Калмыкия, Коми, Марий-Эл, Саха (Якутия), Тыва, Удмуртия и Хакасия, Пермского края, Курганской, Иркутской областей, Забайкальского края, Еврейской АО, а также Чукотского АО, юноши Башкортостана, Алтайского края, Архангельской, Оренбургской, Кемеровской и Амурской областей и девушки Хабаровского края, Новгородской, Челябинской и Камчатской областей.

В отличие от благополучных территорий, ареал неблагополучия отличается существенно большей устойчивостью: так, 60% территорий, входивших в его состав в начале исследования, оказа-

лись в нем и через 20 лет и в мужской и в женской популяции. Однако следует отметить, что из срединного ареала в число худших территорий перешли республики Коми, Саха (Якутия), Удмуртия и Пермский край (юноши и девушки), Башкортостан, Алтайский край, Архангельская, Оренбургская и Кемеровская области (юноши), республика Алтай, Новгородская, Челябинская, Камчатская и Еврейская АО, а также Чукотский АО (девушки).

Не ограничиваясь полюсными группами, следует отметить, что за прошедшее 20-летие наиболее существенно (более чем на 20 пунктов) улучшились относительные позиции 16 территорий, при этом в таком же числе регионов относительные позиции ухудшились (табл. 3).

Таким образом, можно констатировать, что в целом вектор «благополучный Запад – неблагополучный Восток», сформировавшийся в конце советского периода, сохраняется. Несколько более размытым выглядит второй российский вектор «благополучный европейский юг – неблагополучный север» за счет минимизации кластера северо-западных территорий. Тем не менее, можно констатировать сохранение принципиальных закономерностей формирования регионального профиля, сложившегося 20-летие назад.

Существенно, что уровень суицидальной смертности в стране определяется не экстремальными территориями с максимальными уровнями показателя, но «ядром», т.е. регионами с наиболее распространенными уровнями смертности: полюсные территории, как правило, малонаселенные, определяют вариабельность показателя, мало влияя на ее общероссийский уровень.

Безусловно, территории, формирующие ареал неблагополучия, с повышенными (и, может быть, специфически) рисками суицидальной смертности,

должны быть в зоне особого внимания, однако, если мы хотим снизить общероссийские потери вследствие суицидов среди подростков, этого явно недостаточно – факторы, обуславливающие

самоубийства среди молодежи, должны быть взяты под контроль в первую очередь на территориях со средними, по российским меркам, уровнями показателя.

Таблица 3. Относительное изменение ранга территории в 1990-е – 2000-е годы в упорядоченном по уровню самоубийств ряду территорий России.

Позиции регионов улучшились			Позиции регионов ухудшились		
	юноши	девушки		юноши	девушки
Сахалинская область	-42	-23	Новосибирская область	+38	
Магаданская область	-42	-72	Челябинская область	+37	
Самарская область	-24	-36	Брянская область	+24	
Камчатская область	-29		Волгоградская область	+21	
Приморский край	-25		Липецкая область	+20	
Мурманская область	-20		Удмуртия	+22	
Орловская область	-20		Алтай		+51
Калининградская область	-22		Саратовская область		+41
Адыгея	-20		Красноярский край		+35
Ростовская область	-20		Новгородская область		+34
Хабаровский край	-20		Чукотский АО		+34
Костромская область		-47	Калужская область		+33
Псковская область		-32	Коми		+30
Рязанская область		-29	Саха (Якутия)		+29
Краснодарский край		-24	Нижегородская область		+20
Воронежская область		-24	Тверская область		+20

4. Соотношение климато-географических и социально-экономических условий в детерминации подростковых самоубийств в регионах России

Связь географического положения и смертности от суицида изучал Х.Морселли более 120 лет назад⁸². Он пришел к заключению, что максимальная смертность от суицида в Европе отмечалась у этносов между 47 и 57 градусами северной широты и между 20 и 40 градусами восточной долготы. Он утверждал также, что страны с теплым климатом в наибольшей степени благоприятствуют самоубийствам, верхний пик которых приходится на летние месяцы, а нижний – на зимний период. Частота самоубийств заметно варьирует в зави-

симости от времени года, эта закономерность устойчиво наблюдается в северном полушарии, не столь же отчетливо – в южном⁸³. Сезонность в смертности от суицида играет значимую роль в северном полушарии⁸⁴, и малую – в Австралии⁸⁵ и Калифорнии⁸⁶, расположенных ближе к экватору и не отличающихся сильными перепадами сезонных температур, сезонные вариации самоубийств там статистически недостоверны. Было обнаружено также, что самоубийства наиболее часто случаются в полуденные часы⁸⁷.

Х.Морселли заключил, что температура оказывает прямое влияние на склонность к самоубийствам: жара с ее механическим воздействием на церебральные функции делает людей более подверженным суицидам. Таким образом, страны с теплым климатом в наибольшей степени благоприятствуют самоубийствам. Есть гипотеза, что на количество суицидов влияет количество света, который ежедневно получает человек.

Наименее густо заселенный на планете датский остров Гренландия, по классификации Всемирной организации здравоохранения, относится к числу регионов с экстремально высоким уровнем самоубийств – около 100 случаев на 100 тысяч жителей. Количество самоубийств на острове достигает пика в июне. Чем севернее расположен здесь тот или иной населённый пункт, тем чаще там регистрируются летние са-

моубийства⁸⁸. Это в какой-то степени согласуется с теорией дефицита солнечного света, однако в Бельгии, находящейся на одной широте с Великобританией, самоубийства происходят существенно чаще.

Э.Дюркгейм отвергал утверждения о том, что климатические условия играют первостепенную роль в генезисе суицидального поведения⁸⁹. Выявленный им факт, что наиболее часто самоубий-

⁸² Morselli H. Suicide: An Essay on Comparative Moral Statistics. N.Y.: D. Appleton and Co., 1882. (Цитируется по: Мягков А.Ю. Темпоральные характеристики самоубийств // Социологические исследования. 2004. № 3. С. 83 - 92.)

⁸³ Dublin L. Suicide. N.Y.: The Ronald Press, 1963.

⁸⁴ Мягков А.Ю. Темпоральные характеристики самоубийств // Социологические исследования. 2004. № 3. С. 83 - 92.

Kevan S. Perspectives on season of suicide: A review // Social Science and Medicine. 1980. Vol. 14. № 3. P. 369-378.

⁸⁵ Edwards J.E., Whitlock F.A. Suicide and attempted suicide in Brisbane // Medical Journal of Australia. 1968. Vol. 1. № 6. P. 932-938.

⁸⁶ Maldonado G., Kraus J.F. Variation in suicide occurrence by time of the day, day of the week, month and lunar phase // Suicide and Life-Threatening Behavior. 1991. Vol. 21. № 2. P. 174-188.

⁸⁷ Lester D. Seasonal variations in suicide deaths // British Journal of Psychology. 1971. Vol. 118. № 4. P. 627-628

⁸⁸ Сайт Самоубийства в современном мире / URL: http://www.memoid.ru/node/Samoubijstva_v_sovremennom_mire

⁸⁹ Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. Пер. с фр. А.Н. Ильинского – М.: Мысль, 1994. – 412 с.

ства случаются в дневные часы, а самым суицидальным временем года является весна, не является следствием жары или освещенности, а определяется наибольшей интенсивностью социальной жизни в эти периоды.

На совершаемость самоубийств, по мнению Э.Дюркгейма, влияют не темпоральные или климатические факторы, а их социальные последствия – интенсификация и уплотнение социальной деятельности людей.

Сменой интенсивности и продолжительности общественной жизни в течение календарного года объясняют суицидальную цикличность и другие суицидологи⁹⁰.

Экономический фактор считается наиболее важным в формировании специфики распределения уровня самоубийств среди населения в конечный период существования СССР⁹¹.

Было показано, что показатель уровня самоубийств отражает дифференциацию городов по степени неблагоприятия социальной ситуации, при этом в областных центрах РСФСР социальная обстановка являлась несколько более благополучной, чем в остальных городских поселениях. Наиболее благоприятная социальная обстановка в столичных центрах с диверсифицированной производственной структурой отражалась на низком уровне

самоубийств, тогда как областные центры с монофункциональной промышленной специализацией (такие как, например, Ижевск и Кострома) занимали первые места по уровню самоубийств. В дальнейшем, в период социально-экономических преобразований, интенсивность роста социального стресса была наибольшей в регионах, в которых предприятия являются градообразующими, что проявилось в более выраженном росте самоубийств населения⁹².

Район проживания внутри города также оказывает влияние на частоту суицидов среди подростков. Анализ детских суицидов в городе Уфа, где показатель самоубийств лиц до 18-летнего возраста составлял в 2008 году 7,5 на 100 тыс. населения, показал, что суициденты 15-18 лет чаще проживали в части города с неблагоприятными экологическими, социальными и метеорологическими условиями, а суициденты в возрасте до 15 лет – в благополучной части города⁹³.

Региональную статистику самоубийств Георгий Белоглазов связывает с вариациями ощущений «мужественности» мужчинами в разных регионах страны⁹⁴.

Так, Российскими территориями с минимальным уровнем смертности мужчин от самоубийств в 1996 г. были Ингушетия (где смертность была нулевой), Карачаево-Черкессия, Дагестан, Северная Осетия, Кабардино-Балкария,

⁹⁰ Сорокин П.А. Самоубийство как общественное явление // Социол. исслед. 2003. № 2. С. 104-114.

⁹¹ Смедович С.Г. Самоубийство в зеркале статистики// Социологические исследования. 1990. - № 4. - С.74-79.

⁹² Шафиркин А.В., Штемберг А.С. Анализ основных тенденций, касающихся состояния здоровья населения различных регионов России за период 1965-2005 гг., и прогноз их изменения до 2010 г. с учетом экологической обстановки и мер по улучшению качества жизни населения в этих регионах / Тезисы докладов Конференции «Фундаментальные науки – медицине» Москва, 3-4 декабря 2007 г. – С. 32-34

⁹³ Шарафутдинова Н.Х., Валитова Г.М., Калининская А.А. Социально-гигиеническая оценка завершённых суицидов среди детей в г. Уфе. // Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения», №2 2011 (18)

URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/287/27/lang.ru/> (обращение 6.06.2011).

⁹⁴ Белоглазов Георгий «Социологический анализ самоубийств в России» (WWW вариант) <http://katatonia.narod.ru/ssuicide.html>

Ставропольский край и Ростовская область (т.е. северокавказский регион), Воронежская область и столицы – Москва и Санкт-Петербург⁹⁵. В отношении Северного Кавказа это объясняется «мужественностью» мужчины, его способностью противостоять влиянию внешней среды и знать свое положение в обществе. Низкие показатели, относящиеся к мегаполисам, определяются низким уровнем безработицы, что способствует самореализации мужчин, а также тем, что здесь сосредоточены центры власти и управления, где неизменное большинство всегда за

мужчинами. Максимальные показатели смертности от самоубийств зафиксированы на Европейском Севере (Пермская, Кировская и Архангельская области, республика Карелия), в Поволжье (республиках Марий-Эл, Башкортостан, Удмуртия), на юге и северо-востоке Сибири (республиках Бурятия и Алтай, Забайкальский край, Чукотский автономный округ), и Дальнем Востоке (Еврейская автономная область). Эти районы характеризуются более суровыми климатическими условиями и остро ощущаемым дефицитом мужского населения.

Однако, и социально-экономические, и климатические факторы, как и фактор «социальной востребованности мужчин» действуют на фоне этнической и культурной специфики.

Существуют этнические группы (например, угро-финская группа), предрасположенные к суициду.

Выявлено различие в особенностях суицидального поведения у коренных жителей и мигрантов.

Существуют этнические группы (например, угро-финская группа), предрасположенные к суициду. В структуре самоубийств в России среди народов угро-финской группы – удмуртов, марийцев и др. – число суицидов также выше, чем у представителей других народностей⁹⁶. Среди коренных народов Удмуртии суицидность составляет 120 на 100 тыс. населения⁹⁷. Причина такого положения кроется как в генофонде этноса, так и в местных национальных традициях. Если для православных народов самоубийство – страшный грех, то у угро-финнов таких

барьеров исторически не было, напротив, существует элемент социального поощрения самоубийства⁹⁸. Современное русское население северных регионов имеет выраженное антропологическое и генетическое сходство с представителями угро-финских народов⁹⁹. Для северных регионов типичен повышенный уровень самоубийств. В группу территорий, где отмечен наиболее высокий уровень самоубийств, из арктических районов входят Ненецкий АО и Корякский район Камчатского края, при этом последний является абсолютным чемпионом по уровню суицидов – 133,6 случаев

⁹⁵ Антонюк В.В., Ермаков С.П., Семенова В.Г. «Смертность от неестественных причин – убийства, самоубийства, травмы и отравления». Web-Атлас: «Окружающая среда и здоровье населения России» / URL: <http://sci.aha.ru/ATL/>

⁹⁶ Кондричин С.В. Региональная дифференциация электоральных установок, уровня самоубийств и смертности от насильственных причин. К вопросу об этногенезе социального поведения // Социологический журнал. 2000. № 3/4 – С. 98-117

⁹⁷ Башкирова Г.А., Лабезник А.И. Динамика частоты завершенных суицидов среди детей и подростков в Удмуртии // Культурные и этнические проблемы психического здоровья. Вып 2. / Под ред. Б.С. Положого, А.А. Чуркина. Москва – Ижевск, 1997

⁹⁸ Самоубийства в современном мире. http://www.memoid.ru/node/Samoubijstva_v_sovremennom_mire

⁹⁹ Генофонд и геногеография народонаселения / В кн. Генофонд населения России и сопредельных стран. (Отв. ред. Ю.Г. Рычков, Ю.П. Алтухов). СПб: Наука, 2000 – 611 с.

Вожегова Н.П. Генетические маркеры клеток крови среди некоторых популяций населения Северо-Востока европейской части РСФСР // Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. Л., – 1987

на 100 тысяч человек¹⁰⁰.

Выявлено различие в особенностях суицидального поведения у коренных жителей и мигрантов. Так, на примере жителей Краснодарского края показано¹⁰¹, что социальные и культуральные факторы определяют мотив и вид суицидального поведения, причем влияние этих факторов больше на этапе внешнего суицидального поведения.

Обнаружены поведенческие различия при суицидальных попытках у молодых представителей кабардинского и русского этносов, проживающих на территории Кабардино-Балкарской Республики¹⁰². Кабардинцам были присущи отклонения от культурно принятых норм поведения («эмансипированное» поведение, стремление к свободе от социальных рамок), тогда как у русских, особенно женщин, суицидальные попытки были связаны преимущественно с неудовлетворенными психологическими потребностями и связанными с ними эмоциональными переживаниями.

Таким образом, культурно-исторические предпосылки развития этноса в большей степени определяют варианты суицидального поведения и способы суицида, тогда как генетическая предрасположенность к самоубийствам является ведущим фактором исходного формирования суицидального поведения и, соответственно, уровня самоубийств¹⁰³.

Российские ученые пришли к выводу, что причину высоких и низких коэффициентов смертности от суицида, взаимосвязанных с географическим положением, следует искать среди прочего и в принадлежности людей к разным фенотипам по ферменту системы детоксикации организма – арилалкил N-ацетилтрансферазы (NAT2)¹⁰⁴.

Так, в русской этнической популяции преобладает фенотип медленного ацетилирования фермента NAT2¹⁰⁵. Сравнительный анализ данных о ферментах NAT2 из разных стран показал, что смертность от суицида в 3-5 раз выше (особенно у мужчин) в тех этнических популяциях, где преобладает фенотип медленных ферментов. При этом, по мнению наших специалистов, на смертность от суицида влияют суточные и сезонные ритмы, связанные с действием триады «серотонин-NAT2-мелатониновая система»: весной и в начале лета концентрация мелатонина в эпифизе снижена, что и определяет сезонный пик самоубийств¹⁰⁶. Пик смертей от него наблюдается в первой половине дня, ближе к полудню, в то же время к полудню достигает минимума концентрация мелатонина.

Исследований по типированию генов и их распространению на территории нашей страны пока недостаточно. Тем не менее, определена зональность в распре-

¹⁰⁰ Состояние исконной среды обитания коренного населения АЗРФ / В кн. Диагностический анализ состояния окружающей среды Арктической зоны Российской Федерации. М.: Научный мир, 2011 – С. 62-64

¹⁰¹ Андрушина О.Е. Социальное регулирование организационного поведения//Дисс. ... канд. Соц. наук : 22.00.08 Орел, 2003 – 230 с.

¹⁰² Кажаров М.Х. Особенности суицидального поведения в КБР/В кн. Профилактика суицида в молодежной среде: информационно-методическое издание – Нальчик, 2008 – С 7-12.

¹⁰³ Blasco-Fontecilla H., Baca-Garcia E., Duberstein P., Perez-Rodriguez M.M., Dervic K., Saiz-Ruiz J., Courtet P., de Leon J., Oquendo M.A. An exploratory study of the relationship between diverse life events and specific personality disorders in a sample of suicide attempters. // J Pers Disord. 2010 – 24(6) – P. 773-784.

¹⁰⁴ Радкевич Л.А., Гюльязизова, И.С. Николаева, Нечаев Д.С., Сошинский И.С., Крылов Е.Н., Пирузян Л.А. Исследование взаимосвязи полиморфизма фенотипа NAT2 с предрасположенностью к суициду в этнических популяциях / Доклады Академии наук – 2005. т.404, N 1 – С.117-121

¹⁰⁵ Пирузян Л.А., Гюльязизова К.С., Николаева И.С., Кабанкин А.С., Кузнецова А.Р., Радкевич А.Д., Пинко А.Д., Сухинина П.З., Радкевич Л.А. Исследование взаимосвязи смертности от суицида с фенотипом NAT2 и географическими координатами различных этнических популяций мира. // Технологии живых систем. 2009 – №8 – С. 33-45

¹⁰⁶ Радкевич Л.А., Гюльязизова, И.С. Николаева, Нечаев Д.С., Сошинский И.С., Крылов Е.Н., Пирузян Л.А. Исследование взаимосвязи полиморфизма фенотипа NAT2 с предрасположенностью к суициду в этнических популяциях / Доклады Академии наук – 2005. т. 404, N 1 – С. 117-121

делении частот некоторых характерных для отдельных этносов генов и показано, что градиент изменчивости в регионах европейской части России располагается в направлении север – юг¹⁰⁷. Генетики предполагают наличие зависимости между зональным распределением генетической информации и уровнем заболеваемости¹⁰⁸.

Кроме того, региональные вариации показателя суицидов связаны с тем, что частота генетических мутаций¹⁰⁹, оказывающих влияние на склонность к самоубийству, наряду с курением и употреблением психоактивных веществ определяется экологическими факторами¹¹⁰, которые формируют градиент снижения благоприятных для жизни условий с Запада на Восток¹¹¹.

Итак, с учетом сложившейся системы представлений, попытаемся оценить соотношение климато-географических и социально-экономических условий в современной детерминации подростковых самоубийств.

Чтобы проверить гипотезу о климато-географической детерминанте подростковых суицидов, была проанализирована ситуация в Центральном федеральном округе Российской Федерации. Централь-

ный округ был выбран по 3 причинам: во-первых, он характеризуется относительно однородными климато-географическими условиями; во-вторых, территории, его составляющие, входят в историческое ядро России, что позволяет элиминировать фактор климато-географической неадаптированности населения, присущий ряду азиатских (особенно северных) российских регионов; в-третьих, он является наиболее многочисленным и густонаселенным из всех российских территорий (в частности, в этом округе проживает около 23% российских подростков)¹¹².

Центральный федеральный округ относится к наиболее благополучным регионам страны: в 2008-2009 гг. суицидальная смертность подростков в нем составляла 9,5 на 100 тыс., т.е. была вдвое ниже общероссийской (20,1 на 100 тыс.). При этом, однако, в Центральном округе, несмотря на относительно однородные климато-географические условия, наблюдался более чем 5-кратный разброс показателя (от 4,2 в Рязанской до 22,0 в Тверской области на 100 тыс.). Эти несоответствия делают необходимым более детальный анализ суицидальной смертности подростков внутри каждой из областей округа, базирующийся на месте проживания суицидента (городская и сельская местность). При этом все городские поселения

¹⁰⁷ Балановский О.П. Геногеографическое изучение полиморфных маркеров ДНК в популяциях восточноевропейских народов // Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. М. – 2002

¹⁰⁸ Рычков Ю.Г., Жукова О.В., Огрызко Е.В., Шнейдер Ю.В. Восточноевропейский генофонд и болезни сельского населения Европейской части России // Генетика. 1998. Т. 34. № 8 – С. 1138-1150.

¹⁰⁹ Baca-Garcia E, Vaquero-Lorenzo C, Perez-Rodriguez MM, Gratacòs M, Bayés M, Santiago-Mozos R, Leiva-Murillo JM, de Prado-Cumplido M, Artes-Rodriguez A, Ceverino A, Diaz-Sastre C, Fernandez-Navarro P, Costas J, Fernandez-Piqueras J, Diaz-Hernandez M, de Leon J, Baca-Baldomero E, Saiz-Ruiz J, Mann JJ, Parsey RV, Carracedo A, Estivill X, Oquendo MA. Nucleotide variation in central nervous system genes among male suicide attempters. // Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. – 2010 – 153B(1) – P. 208-213.

Lemond S, Turecki G, Bakish D, Du L, Hrdina PD, Bown CD, Sequeira A, Kushwaha N, Morris SJ, Basak A, Ou XM, Albert PR. Impaired repression at a 5-hydroxytryptamine 1A receptor gene polymorphism associated with major de-pression and suicide // J Neurosci. 2003 - 23(25) – P. 8788-8799

¹¹⁰ Riala K, Hakko H, Taanila A, Räsänen P. Season of birth and smoking: findings from the Northern Finland 1966 Birth Cohort // Chronobiol Int. 2009 – 26(8). – P.1660-1672.

Jia C.X., Zhao Z.T., Hu M.H., Gao L.J., Wang X.T. [A paired case-control study on related factors to attempted suicide] // Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2005 – 26(5) – P. 339-343.

¹¹¹ Прохоров Б.Б. Прикладная антропология. М.: Изд-во МНЭПУ. 1998. 312 с.

¹¹² Исследование будет базироваться на показателях, средних за 2008-2009 гг. К сожалению, поскольку анализ будет основываться на данных ниже регионального уровня, учет гендерных аспектов не представляется возможным (выше мы указывали на крайне незначительное в статистическом отношении число суицидентов 15-19 лет в отдельных российских территориях)

разделены в соответствии с группировкой Росстата на 5 типов – поселки городского типа, малые города (численностью населения до 20 тысяч), средние города (численностью от 20 до 100 тысяч), крупные (по внутриобластным критериям, т.е. свыше 100 тысяч) города и областные центры. Подобное деление, на первый взгляд, формальное, подразумевает, тем не менее, во-первых, различия в городской инфраструктуре, обусловленной еще с советских времен численностью населения, во-вторых, в самом стиле жизни в городских поселениях различного типа и численности. Действительно, в России от места проживания зависят возможности реализации подростков, начиная от уровня образования, заканчивая организацией досуга.

Еще более важными являются возможности трудоустройства молодых людей, крайне узкие в сельской местности и малых городах и достаточно широкие – в городах крупных. Говоря шире, можно утверждать, что в настоящее время в России от места проживания зависят жизненные перспективы подростков. Таким образом, предложенный подход снимает вопрос о климато-географических факторах, но позволяет выявить социально-экономическую детерминанту суицидальной смертности подростков.

При этом, поскольку речь идет о выявлении общих закономерностей, из анализа будет исключена Москва (по стилю жизни, уровню доходов, пер-

спективам для молодежи – со столицей внутри России может сравниться только Санкт-Петербург) и Московская область. Московская область исключена из анализа вследствие двух обстоятельств: во-первых, жизнь ее населения, особенно подростков, слишком тесно связана со столицей, в том числе, и в контексте регистрации смертей (по месту события); во-вторых, предложенная группировка к Московской области не может быть применена по формальным признакам – в Московской области нет областного центра.

Что же касается остальных 16 областей Центрального федерального округа, то в $\frac{3}{4}$ территорий минимальные значения суицидальной смертности подростков наблюдались в областных центрах, еще в 2 территориях (Белгородская и Калужская области) – в крупных (свыше 100 тыс. населения) городах. Таким образом, почти в 90% областей Центрального округа риски подростковой суицидальной смертности в крупных городах минимальны.

Что касается максимальных рисков подростковой суицидальной смертности, то Центральный округ разделился на 3 группы: наиболее часто (на 44% территорий округа) они выявлены в сельской местности, второе место делят поселки городского типа и ничем от них принципиально не отличающиеся малые города (до 20 тысяч населения) (по 25% территорий). Только в Курской области максимум суицидальной смертности наблюдался в среднем по численности городе (табл. 4)¹¹³.

¹¹³ На первый взгляд, крайне хаотичной выглядит ситуация в поселках городского типа, в которых отмечается смертность в отдельных областях высокая (в четверти областей, как уже указывалось, максимальная), либо нулевая. Однако эта специфика определяется не социально-экономической обстановкой в этих областях, а особенностями административно-территориального деления: к этой категории могут относиться как самостоятельные поселения, так и поселения, фактически являющиеся городскими районами.

Таблица 4. Суицидальная смертность подростков Центрального федерального округа (на 100 тыс.)
в зависимости от места проживания в 2008-2009 гг.

Территории	Обл. центры	Городские поселения (кроме областных центров)			ПГТ	Сельская местн.	Итого
		100 000 и выше	20 000- 99 999	до 20 000			
Белгородская область	4,2	3,4	3,4	43,7	9,9	15,2	8,6
Брянская область	6,6	-	20,7	9,9	21,4	21,3	14,0
Владимирская область	4,8	15,6	29,3	6,0	35,6	14,8	15,7
Воронежская область	4,7	-	7,2	11,0	11,8	10,0	7,5
Ивановская область	8,3	-	10,8	58,4	27,2	22,3	16,9
Тверская область	2,0	-	17,1	14,7	32,8	41,2	22,0
Калужская область	13,6	8,6	4,6	0,0	20,5	28,5	15,1
Костромская область	9,6	-	11,8	18,1	0,0	25,9	16,1
Курская область	1,9	-	9,9	0,0	8,4	9,0	5,4
Липецкая область	8,5	0,0	0,0	18,0	0,0	19,0	11,7
Орловская область	0,0	-	8,8	0,0	0,0	9,3	4,7
Рязанская область	1,7	-	7,5	0,0	11,6	4,4	4,2
Смоленская область	0,0	-	7,4	52,0	0,0	35,2	13,9
Тамбовская область	6,2	-	0,0	0,0	0,0	12,6	7,0
Тульская область	11,2	0,0	19,1	0,0	0,0	29,9	14,3
Ярославская область	4,3	13,3	11,4	86,8	0,0	10,1	10,5
Всего	5,4	8,4	11,5	17,4	12,6	18,7	12,2

Существенно, что разброс показателя внутри одной области в зависимости от типа поселения при подробной его классификации, как правило, является кратным, а в ряде случаев (Белгородская и Ярославская области) уровни смертности могут различаться на порядок. При этом, однако, следует отдавать отчет, что речь идет о крайне небольшом числе инцидентов на фоне достаточно малого числа подростков: так, в малых городах Ярославской области за 2 года покончило с собой 5 подростков.

В целом же по Центральному округу можно проследить вектор: максимум смертности в сельской местности – малые города – поселки городского типа – средние города – крупные города – минимум смертности в областных центрах.

При этом в среднем по округу разброс показателя в зависимости от типа поселения является 3,5-кратным, т.е. его величина принципиально не отличается от регионального 5,3-кратного разброса показателя, отмеченного в федеральном округе.

Возникает вопрос: насколько универсальным является эта закономерность для России в целом? Из табл. 5, где приведены уровни подростковой суицидальной смерт-

ности в городской и сельской местности, а также в центрах регионов, видно, что максимальные значения показателя зафиксированы в сельской местности 95% российских территорий, минимальные – в центрах более чем 80% территорий.

Вектор «неблагополучные сельские поселения – благополучные областные центры», актуальный практически на всем пространстве российских территорий, однозначно свидетельствует о детерминированности подростковой суицидальной смертности, прежде всего, социально-экономическими факторами, общим уровнем развития той или иной российской территории.

При этом разброс суицидальной смертности подростков, проживающих в сельской местности и в центрах российских регионов, являясь 3,3-кратным в целом по России, варьирует от 6,5% в Вологодской до 21 раз в Тверской области. Помимо Тверской области, следует отметить Башкортостан, где он приближается к 10-кратному, а также Свердловскую и Ульяновскую области и Красноярский край, где он составляет 12,7, 13 и 15 раз соответственно.

Таблица 5. Суицидальная смертность российских подростков (на 100 тыс.)
в зависимости от типа поселения в 2008-2009 гг.

	Сельские поселения в целом	Городские поселения в целом	Центры территорий (областные, краевые, республиканские)	Территория в целом
РФ	33,0	14,1	9,9	20,1
Алтайский край	42,4	23,4	10,8	33,2
Краснодарский край	14,3	8,9	9,0	11,7
Красноярский край	44,3	14,2	3,0	21,7
Пермский край	57,4	29,7	14,6	38,2
Приморский край	25,1	17,9	4,1	20,0
Ставропольский край	13,7	6,4	0,0	10,1
Хабаровский край	41,6	22,5	19,2	27,6
Амурская область	42,0	28,5	10,6	33,5
Архангельская область	46,9	28,2	35,4	33,9
Астраханская область	37,7	16,6	14,2	24,7
Белгородская область	15,2	5,3	4,2	8,6
Брянская область	21,3	10,6	5,0	14,0
Владимирская область	14,8	16,0	7,2	15,7
Волгоградская область	27,2	9,1	6,0	14,3
Вологодская область	20,2	7,7	19,0	12,1
Воронежская область	10,0	5,9	4,7	7,5
Ивановская область	22,3	15,5	8,3	16,9
Иркутская область	68,6	38,3	14,2	46,1
Калининградская область	36,4	14,1	15,9	19,8
Калужская область	28,5	10,1	13,6	15,1
Камчатская область	48,2	21,3	22,9	27,3
Кемеровская область	55,5	28,7	11,0	33,3
Кировская область	37,1	22,7	13,4	27,4
Костромская область	25,9	10,7	9,6	16,1
Курганская область	36,6	26,6	17,6	31,4
Курская область	9,0	3,3	1,9	5,4
г. Санкт-Петербург	0,0	6,5	6,5	6,5
Ленинградская область	18,3	11,1		13,5
Липецкая область	19,0	7,0	8,5	11,7
Магаданская область	174,6	4,7	0,0	13,8
г. Москва	0,0	4,9	4,9	4,9
Московская область	12,1	7,7		8,6
Мурманская область	5,9	16,9	0,0	15,4
Нижегородская область	27,6	13,6	11,0	16,7
Новгородская область	31,5	19,5	11,6	23,2
Новосибирская область	46,9	15,5	9,8	24,6
Омская область	31,9	17,2	15,4	22,6
Оренбургская область	55,0	20,2	12,7	37,0
Орловская область	9,3	1,6	0,0	4,7
Пензенская область	18,9	10,2	8,5	13,3

	Сельские поселения в целом	Городские поселения в целом	Центры территорий (областные, краевые, республиканские)	Территория в целом
Псковская область	20,8	10,4	0,0	13,7
Ростовская область	8,6	2,1	0,0	4,6
Рязанская область	4,4	4,1	1,7	4,2
Самарская область	22,3	6,3	5,7	9,7
Саратовская область	22,4	11,7	14,3	15,0
Сахалинская область	10,6	20,5	4,7	18,0
Свердловская область	52,3	17,5	4,1	23,7
Смоленская область	35,2	4,8	0,0	13,9
Тамбовская область	12,6	2,6	6,2	7,0
Тверская область	41,2	15,1	2,0	22,0
Томская область	42,6	10,5	6,8	21,7
Тульская область	29,9	9,6	11,2	14,3
Тюменская область	52,0	13,6	11,3	22,5
Ульяновская область	17,1	10,5	1,3	12,5
Челябинская область	40,5	24,3	16,4	28,1
Забайкальский край	86,4	55,9	40,0	68,0
Ярославская область	10,1	10,7	4,3	10,5
Адыгея	16,6	13,7	14,7	15,2
Алтай	92,4	63,1	63,1	85,4
Башкортостан	63,8	19,0	6,8	37,4
Бурятия	122,4	46,6	44,7	83,7
Дагестан	5,2	0,5	0,0	3,5
Кабардино-Балкария	12,0	9,5	2,7	10,7
Калмыкия	60,8	26,4	25,6	47,1
Карачаево-Черкессия	5,2	0,0	0,0	3,1
Карелия	24,7	16,1	7,3	18,0
Коми	64,7	28,8	31,8	37,2
Марий Эл	52,0	18,8	19,5	32,8
Мордовия	22,9	7,7	5,2	13,7
Саха (Якутия)	124,1	43,0	25,8	76,5
Северная Осетия	7,4	1,5	0,0	3,7
Татарстан	25,6	9,9	7,8	14,3
Тыва	160,4	46,6	42,7	106,9
Удмуртия	74,6	26,5	11,5	44,0
Хакасия	85,2	26,7	24,0	46,7
Чувашия	24,2	6,6	10,6	13,9
Еврейская АО	76,3	23,7	18,6	46,1
Чукотский АО	375,6	25,8	0,0	186,8

Социально-экономические факторы – это, безусловно, одна из наиболее значимых детерминант, однако сводить мотивацию суицидентов только к этим факторам – значит чрезмерно упрощать крайне непростую проблему.

Одним из объективных доказательств этого тезиса может служить еще один факт. Безусловно, в настоящее время в России на фоне наиболее благополучной в социально-экономическом отношении ситуации наибольшие жизненные перспективы для молодежи сложились в Москве и Санкт-Петербурге, и по уровню суицидальной смертности подростков эти мегаполисы входят в десятку наиболее благополучных российских регионов. Однако, если рассматривать эти города в ряду региональных центров, их ранг снижается до 24-го и 30-го места. При этом в 11 российских центрах, принципиально различающихся как в климато-географическом, так и в социально-экономическом отношении (Мурманск, Псков, Смоленск, Орел, Ростов-на-Дону, Ставрополь, Владикавказ, Махачкала, Черкесск, Анадырь¹¹⁴ и Магадан) подростковая смертность в 2008-2009 гг. была нулевой.

Помимо указанных городов, более низкие, чем в Москве, показатели, отмечены еще в 12, а более низкие, чем в Санкт-Петербурге – в 18 центрах субъектов Российской Федерации, несравнимо менее успешных в экономическом отношении.

Помимо очевидных социально-экономических факторов, мегаполисы, к которым относятся обе столицы, формируют специфические риски суицидов среди подростков, не столь выраженные в менее крупных городах.

Завершая обсуждение детерминации суицидов среди подростков, можно сделать вывод о различных факторах, ее определяющих. Во-первых, климато-географическая компонента не представляется сколько-нибудь значимой, доминирующими являются факторы социально-экономические. Об этом свидетельствует кратный разброс показателей среди подростков, проживающих в одном регионе, но в разных типах поселений.

Во-вторых, сверхсмертность от суицидов у российских подростков определяется прежде всего сельским населением, и в этой ситуации социально-экономические факторы, приводящие к отсутствию жизненных перспектив, представляются очевидными, лежащими на поверхности.

В-третьих, мотивация суицидов среди подростков, проживающих в крупных городах (областные центры), носит существенно более сложный характер и не сводится только к социально-экономическим факторам, о чем свидетельствует проигрыш наиболее успешных в этом отношении Москвы и Санкт-Петербурга по сравнению с другими городами.

¹¹⁴ Отметим, что при нулевой смертности в Анадыре подростковая суицидальная смертность в Чукотском автономном округе в 2008-2009 гг., составившая 186,8 на 100 тыс., была максимальной в России.

5. Сезонность смертности от суицидов и ее распределение по дням недели

Самоубийства имеют сезонные колебания, которые достигают своего максимума в определенные месяцы, причем они различаются в зависимости от возраста суицидентов и мотивов суицидальной попытки.

Дюркгейм установил наиболее располагающие к самоубийству сезон года (весна-лето) и время суток (утро, полдень). По мнению Британских исследователей, весна – самое опасное время для мужчин, а среди женщин в группе риска находятся те, кто родился весной или в начале лета¹¹⁵.

Выявлена неоднородность частоты совершения самоубийств в зависимости от дней недели, причем закономерности суицидальной активности непостоянны. Г.Мальдонадо и Дж. Краус на основе анали-

за статистики самоубийств, совершенных в Калифорнии в период с 1925 по 1983 годы, пришли к выводу, что наибольшее число самоубийств совершается по понедельникам¹¹⁶. Причем данная закономерность характерна как для мужчин, так и для женщин практически во всех возрастных группах. В более поздних исследованиях было выявлено, что американцы чаще прощаются с жизнью в среду, чем в другие дни недели¹¹⁷. На территории России в некоторых областях был подтвержден эффект «понедельника»¹¹⁸, в других – выявлен эффект «воскресенья» и праздничных дней¹¹⁹. При этом было показано, что индекс «праздничной сверхсуицидальности» у мужчин и среди молодежи существенно выше, чем у женщин. Кроме того, среди мужчин уровень самоубийств резко возрастает в конце каждого месяца.

Согласно социологической теории генеза самоубийств, главная причина их увеличения в определенные месяцы скрыта в интенсивности социальной жизни и социальных конфликтов. Согласно психологической теории пик самоубийств весной обусловлен явным контрастом человеческих несчастий с цветением окружающей природы. Специалисты отмечают также большую частоту суицидов во время приближающихся рождественских праздников, когда опечаленные непереносимым одиночеством или неудачами люди обнаруживают, что «счастливый сезон» не приносит ожидаемой радости¹²⁰. Однако большинство исследователей тенденцию к резкому учащению суицидов в праздничные дни склонны связывать с ростом числа алкогольных злоупотреблений¹²¹.

¹¹⁵ Hawton K, van Heeringen K. Suicide // Lancet. 2009; 373(9672) – P. 1372-1381

¹¹⁶ Maldonado G., Kraus J.F. Variation in suicide occurrence by time of the day, day of the week, month and lunar phase // Suicide and Life-Threatening Behavior. 1991. Vol. 21. № 2. P. 174-188.

¹¹⁷ Гомзикова С. Россия остается страной самоубийц – Свободная пресса, 30 января 2011 года. / URL: <http://svpressa.ru/society/article/37979/>

¹¹⁸ Девяткова Г.И. Социально-гигиеническая характеристика самоубийств и пути совершенствования суицидологической помощи населению / Автореф. дисс.... канд. мед. наук – Оренбург, 1992

Обидина Ю.С. Проблема суицида в современных научных исследованиях и в реальной жизни // Государственное управление: Центр-регион (проблемы экономики, социологии и права): Матер. Всеросс. школы-семинара «Национальные отношения и современная государственность». Йошкар-Ола, 28-29 июня 2000 г. Вып. 2. Йошкар-Ола: Марийский гос. пед. ин-т, 2000. С. 88-93

¹¹⁹ Мягков А.Ю. Темпоральные характеристики самоубийств // Социологические исследования. 2004. № 3. С. 83-92.

Kevan S. Perspectives on season of suicide: A review // Social Science and Medicine. 1980. Vol. 14. № 3. P. 369-378.

¹²⁰ Крыжановская Л.А. Особенности суицидального поведения в США // Социальная и клиническая психиатрия – 2000 – № 3 – С. 97-105

¹²¹ Hassan R. Temporal variations in suicide occurrence in Australia: A Research Note // Australian and New Zealand Journal of Sociology. 1994. Vol. 30. № 2. P. 194-202

Сезонное распределение частоты завершенных суицидов среди детей в городе Уфа показало, что у детей до 15 лет сезонные пики частоты суицидов выражены более ярко, чем у подростков 15-18 лет¹²². Среди детей-суицидентов пик частоты самоубийств приходился на апрель месяц (27,3%), далее следуют май и ноябрь (по 18%), а среди подростков – на ноябрь (11,7%), далее следуют август и апрель (по 11%). Если увеличение уровня самоубийств в весенний период можно связать с появлением депрессивного настроения из-за переводных экзаменов как стрессогенного фактора, то осенний пик более объясним накопленной усталостью к концу первой четверти и изменениями структуры отношений в микросоциуме класса в новом учебном году.

Если в распределении частоты самоубийств взрослого населения прослеживается «эффект понедельника»¹²³ или «праздничных дней»¹²⁴, то самоубийства детей чаще осуществлялись в будние дни недели, поскольку у школьников в этом возрасте отмечается чрезмерная импульсивная реакция на преходящие межличностные проблемы в семье, в школе, в среде сверстников¹²⁵.

Анализируя временные характеристики суицидов среди подростков, следует учитывать, что в целом ежегодное число этих событий в статистическом отношении невелико¹²⁶, поэтому, чтобы установить устойчивые периоды реализации суицидов, мы опирались на суммарное число инцидентов за 10-летний период.

При равномерном распределении инцидентов по месяцам, ежемесячная частота их должна составлять 8,3%. Между тем, из рисунка 13 видно, во-первых, что оно таковым не является – у юношей частота суицидов варьирует от минимума, составившего 7,4%, до максимума в 10,4%, у девушек – от 6,7% до 11% соответственно, во-вторых, у девушек эта неравномерность представляется существенно более выраженной.

При этом и у юношей и у девушек максимум суицидов приходится на май (10,4% и 11% инцидентов соответственно). На втором месте находится июнь (9,4% и 9,9% инцидентов соответственно). У юношей по частоте суицидов апрель практически не отличается от июня (9,3% против 9,4%), у девушек на третьем месте по числу инцидентов находится июль (9,7%). При этом, однако, следует отметить, что у девушек риски суицидов в апреле также являются повышенными (9,1%), у юношей же на июль приходится 7,9% инцидентов, т.е. риски их ниже среднемесячных.

¹²² Шарафутдинова Н.Х., Валитова Г.М., Калининская А.А. Социально-гигиеническая оценка завершенных суицидов среди детей в г. Уфе // Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения», №2, 2011(18) / URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/287/27/lang.ru/> (обращение 6.06.2011).

¹²³ Девяткова Г.И. Социально-гигиеническая характеристика самоубийств и пути совершенствования суицидологической помощи населению: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Оренбург, 1992. 26 с.

¹²⁴ Мягков А.Ю. Темпоральные характеристики самоубийств // Социологические исследования. 2004. № 3. С. 83 - 92.

¹²⁵ Шарафутдинова Н.Х., Валитова Г.М., Калининская А.А. Социально-гигиеническая оценка завершенных суицидов среди детей в г. Уфе. // Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения», №2, 2011(18) / URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/287/27/lang.ru/> (обращение 6.06.2011)

¹²⁶ в 2000-2009 гг. оно варьировало от 2410 у юношей (2001 г.) и 507 у девушек (2000 г.) до 1379 и 369 (2009 г.) соответственно

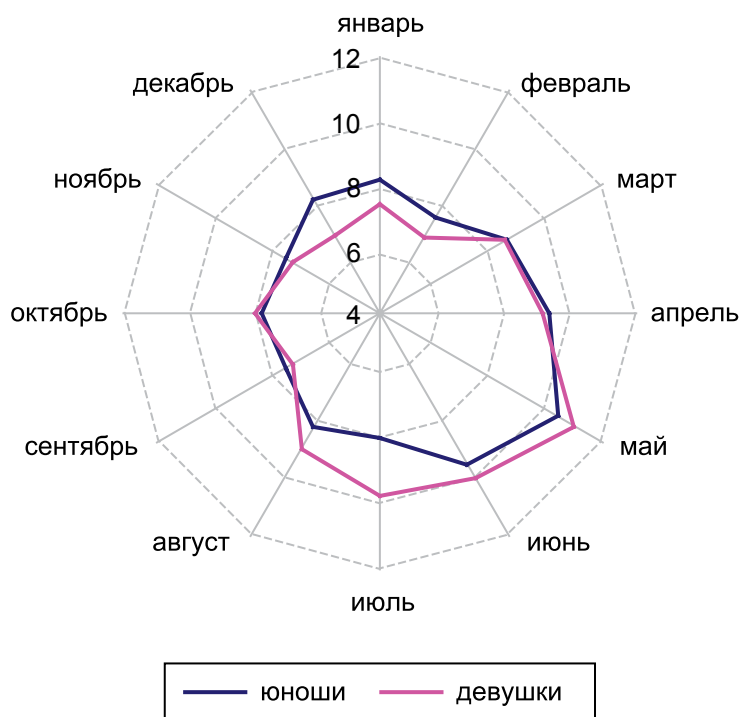


Рисунок 13. Распределение суицидов по сезонам года за период 2000-2009 гг., %.

У юношей период повышенных рисков суицидов приходится на апрель-июнь, у девушек – на апрель-июль, с максимумом в мае. Иными словами, подростковая суицидальная смертность не имеет возрастной специфики: в весенне-летний период отмечается повышенная частота самоубийств во всех возрастах.

Периоды пониженной частоты суицидов у юношей и девушек различаются достаточно существенно: общим для них является только февраль, на который приходится 7,5% и 6,7% инцидентов соответственно, но если у юношей минимальное число событий приходится также на сентябрь и ноябрь (по 7,4%), то у девушек – на декабрь (6,8%).

Интересно, что распределение суицидов по дням недели также не является равномерным: при средней частоте их, составившей 14,3%, на воскресенье приходилось 16,5% суицидов у юношей и 15,8% у девушек, на субботу – 14,8% и 14,9%, на понедельник – 14,4% и 14,6% соответственно, в остальные дни недели частота инцидентов была ниже средней (рис. 14).

Если периоды повышенных рисков по дням недели не имеют гендерной специ-

фики (суббота-понедельник), то днем, когда их число минимально, у юношей является четверг (13,1%), у девушек – вторник (13,3%). Вместе с тем различия слишком малы и статистически недостоверны, что позволяет говорить об отсутствии гендерной специфики в распределении суицидов по дням недели.

Периоды повышенных рисков суицида и у юношей, и у девушек приходятся на субботу-понедельник.

Отмеченный факт нуждается в более детальной проверке, поскольку при наличии гендерных особенностей сезонности, можно было ожидать наличия специфики и при распределении самоубийств в течение недели. Для этого было изучено распределение событий по дням недели в зависимости от сезона года (табл. 6).

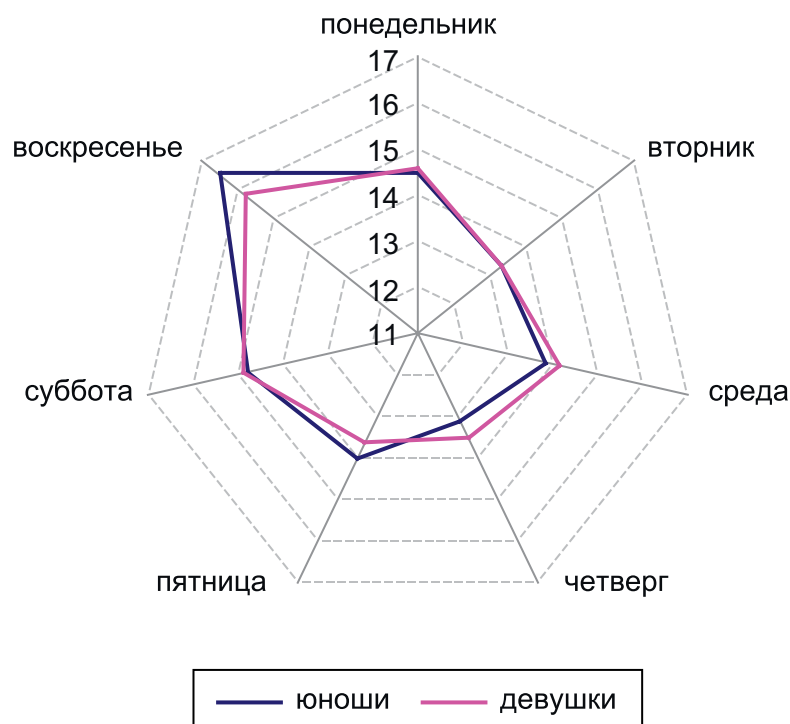


Рисунок 14. Распределение суицидов по дням недели за период 2000-2009 г., %.

У юношей отмеченные дни повышенных рисков суицидов, с незначительными вариациями, формируются в течение всего года (исключением является май, когда пик (15,2%) приходится на среду). У девушек внутринедельное распределение рисков варьирует от месяца к месяцу гораздо более существенно: так,

максимальные риски в воскресенье наблюдались только в течение 6 месяцев (февраль-апрель, август-сентябрь и ноябрь), в мае и октябре они сдвигались на понедельник. В течение 7 месяцев (февраль, апрель-август, декабрь) повышенные (свыше 15%) риски суицидов отмечались в среду (табл. 6).

Таблица 6. Распределение самоубийств подростков 15-19 лет по дням недели в зависимости от сезона года в период 2000-2009 г., %.

	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
	ЮНОШИ											
понедельник	14,2	14,8	13,3	14,5	14,4	12,8	14,3	14,6	14,8	15,6	14,5	15,6
вторник	14,8	13,4	11,7	14,3	13,0	14,1	14,4	12,2	12,7	12,2	13,0	13,6
среда	13,4	13,0	14,1	13,2	15,2	13,6	14,1	13,3	12,8	14,4	13,6	13,6
четверг	13,9	13,4	13,6	12,1	13,6	12,4	13,5	13,8	13,5	12,5	12,8	11,8
пятница	13,4	15,4	14,9	13,7	14,1	14,6	12,9	13,4	13,6	14,8	14,1	12,9
суббота	13,7	14,5	15,1	13,5	14,8	15,7	16,0	16,2	14,8	12,9	15,9	14,1
воскресенье	16,5	15,3	17,1	18,3	14,6	16,6	14,8	16,3	17,3	17,2	15,8	17,9
неизвестно	0,1	0,1	0,2	0,4	0,3	0,1	0,0	0,2	0,3	0,4	0,3	0,6
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	ДЕВУШКИ											
понедельник	15,9	10,0	15,4	14,8	16,7	12,7	14,7	13,0	15,8	17,8	13,8	14,1
вторник	11,7	15,3	11,0	13,3	14,9	12,1	16,7	12,0	13,9	11,1	12,8	14,4
среда	12,3	15,0	13,4	15,3	15,1	15,2	14,9	15,7	13,9	9,7	13,8	15,1
четверг	16,8	14,6	12,0	12,8	13,7	15,6	12,4	13,0	12,4	15,9	12,8	8,5
пятница	11,4	13,0	12,8	12,8	11,3	15,0	15,6	14,7	11,1	13,6	15,9	16,7
суббота	17,4	14,0	16,2	14,5	12,9	16,1	14,0	14,5	14,2	15,0	14,7	15,7
воскресенье	14,4	18,3	19,1	16,5	15,5	13,4	11,7	17,2	18,0	16,7	16,3	14,4
неизвестно	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	1,0
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 7. Распределение частоты суицидов российских юношей в зависимости от даты инцидента в 2000-2009 гг. (в %).

	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	итого
1	5,3	2,6	3,2	2,7	3,8	3,1	3,3	2,7	2,5	2,5	2,7	2,5	37,0
2	2,4	2,5	2,6	3,1	5,2	3,7	2,9	2,5	3,1	2,4	2,2	2,4	35,1
3	2,5	2,6	3,1	3,0	4,2	3,5	2,8	2,7	2,5	2,7	2,9	1,8	34,4
4	2,5	2,3	2,4	2,6	2,7	3,2	2,9	2,9	2,8	2,0	2,8	2,4	31,5
5	2,9	2,2	2,2	2,8	3,6	3,1	2,5	2,8	2,1	2,0	2,6	2,3	31,2
6	2,7	2,7	2,4	2,9	3,2	3,5	2,7	2,5	2,4	2,5	2,6	2,4	32,5
7	3,5	2,6	2,7	2,7	3,1	2,9	2,9	2,4	2,5	2,1	2,1	2,2	31,8
8	2,7	2,6	4,0	3,9	3,0	2,4	2,5	2,2	2,0	2,2	2,8	2,8	33,2
9	2,4	3,1	4,0	3,2	4,5	3,3	2,7	2,7	1,8	2,1	3,2	2,1	35,2
10	2,6	2,6	2,5	2,9	5,0	3,0	2,0	3,1	2,6	3,4	1,9	2,0	33,7
11	2,9	2,8	3,0	3,6	3,0	2,3	2,6	2,1	1,8	2,0	2,4	2,4	30,9
12	2,2	2,4	2,9	2,8	2,9	3,4	3,3	3,2	2,1	2,9	2,6	2,7	33,6
13	2,7	2,7	2,8	3,0	2,9	2,8	2,9	3,4	2,3	2,2	2,4	3,0	33,1
14	2,9	2,5	2,7	3,6	3,2	3,4	2,3	2,9	2,2	2,9	2,2	2,1	33,0
15	2,7	3,1	2,9	3,0	2,7	2,8	3,0	2,0	2,4	2,6	2,4	2,1	31,6
16	2,8	2,7	2,3	3,8	2,8	3,3	2,3	2,5	2,9	2,8	2,2	2,9	33,5
17	2,6	2,2	3,0	2,8	2,8	2,8	2,2	2,0	2,7	2,5	2,4	2,9	31,1
18	2,6	2,5	2,2	3,0	3,3	2,9	2,4	2,8	2,5	3,0	1,9	2,2	31,3
19	2,0	2,3	2,5	3,0	2,8	2,8	2,1	2,3	2,9	2,7	2,4	2,8	30,5
20	2,6	2,9	3,1	3,3	3,6	2,8	2,0	3,0	2,7	2,9	3,0	2,9	34,7
21	1,8	1,8	2,4	2,8	4,0	3,1	3,0	2,4	2,4	2,3	2,8	3,7	32,6
22	2,2	2,4	2,7	3,4	3,2	2,9	2,4	2,6	2,7	3,1	3,0	2,2	32,9
23	2,5	3,3	3,2	3,6	3,2	3,0	2,0	2,5	2,4	2,3	2,7	3,1	34,1
24	2,1	3,9	2,8	3,1	2,3	3,8	2,2	2,7	2,5	2,3	2,0	3,2	33,1
25	2,3	2,9	2,4	2,8	3,6	3,6	2,5	2,2	2,5	2,8	2,5	2,3	32,6
26	2,8	2,3	2,4	2,5	2,9	3,4	2,4	3,0	2,2	2,1	2,1	2,4	30,5
27	2,2	2,7	2,3	3,5	3,3	3,3	2,8	2,3	2,6	2,3	2,8	2,2	32,3
28	3,0	3,2	3,1	2,9	3,2	3,3	2,5	2,2	2,6	2,5	1,6	3,6	33,8
29	2,8	0,8	2,9	3,2	3,5	3,0	2,1	2,4	2,7	2,5	2,2	2,8	30,9
30	3,2		2,3	3,0	3,4	2,9	2,5	3,2	2,9	1,9	2,6	3,0	31,0
31	1,8		2,4		2,2		2,4	2,7		2,2		3,5	17,3
итого	82,4	75,2	85,7	92,8	103,5	93,8	79,1	81,0	74,4	76,8	74,2	81,2	1000,0

Таблица 8. Распределение частоты суицидов российских девушек в зависимости от даты инцидента в 2000–2009 гг. (в ‰)

	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	итого
1	4,9	2,9	2,2	2,4	3,3	3,8	3,1	2,4	2,2	3,5	3,1	4,0	37,9
2	2,2	1,1	1,1	2,7	4,9	2,4	4,4	2,7	2,4	2,4	2,2	1,1	29,7
3	2,4	1,8	2,9	2,9	4,9	2,2	3,8	3,3	2,4	2,2	1,3	1,8	31,9
4	1,8	2,7	2,0	1,6	2,7	2,2	2,2	2,7	2,0	2,9	3,5	2,0	28,1
5	3,1	2,7	3,8	2,2	3,3	3,8	1,1	2,4	1,8	1,6	1,6	3,3	30,6
6	2,7	3,5	4,2	3,1	3,1	2,0	3,3	3,5	3,3	3,3	2,9	1,3	36,3
7	2,4	1,6	3,5	3,8	2,2	1,6	3,5	3,1	0,7	4,2	2,7	2,0	31,2
8	2,2	2,9	2,2	3,8	2,9	1,8	5,3	4,2	1,8	2,0	3,5	2,7	35,2
9	3,5	3,1	3,3	3,1	6,0	3,3	2,9	2,7	2,2	3,8	2,7	2,4	39,0
10	1,8	3,3	3,3	3,1	5,5	2,7	5,3	2,2	3,5	1,6	2,4	2,0	36,8
11	2,0	2,2	2,4	3,1	3,3	4,4	4,2	4,0	3,5	2,2	2,2	2,0	35,7
12	2,2	0,7	2,7	3,5	3,5	5,3	2,2	2,4	2,0	2,2	2,4	3,1	32,4
13	2,4	2,2	2,4	2,7	2,7	3,8	2,4	4,9	1,8	4,7	2,7	1,8	34,3
14	2,2	1,3	2,4	2,9	4,0	6,0	2,2	2,0	1,8	2,9	2,2	2,4	32,4
15	2,2	3,5	2,7	3,1	3,8	4,9	3,3	3,1	1,8	2,4	1,6	1,6	33,9
16	3,1	1,8	3,3	2,4	3,5	4,0	2,7	2,0	2,7	2,0	2,0	2,7	32,1
17	1,6	2,7	2,2	2,4	3,1	2,7	5,1	2,9	3,1	2,7	3,1	2,2	33,7
18	2,7	2,4	3,3	2,9	3,8	3,5	3,5	3,8	1,8	3,8	3,1	2,2	36,8
19	2,7	2,0	4,2	2,7	2,0	4,7	3,3	2,0	1,3	1,6	2,2	1,6	30,1
20	2,9	3,3	2,9	3,3	3,8	2,7	3,1	3,3	2,2	1,6	2,4	0,9	32,4
21	2,0	3,5	2,2	3,5	2,7	2,9	4,0	2,4	3,3	1,6	2,7	2,4	33,2
22	1,3	1,8	1,6	2,4	3,5	3,5	2,4	1,8	2,9	1,8	3,5	2,4	29,0
23	2,4	2,9	3,3	3,8	3,1	3,8	1,1	4,2	1,6	2,7	2,0	2,0	32,8
24	1,8	2,7	2,4	3,5	2,4	2,9	2,0	2,7	2,9	1,8	2,0	2,0	29,0
25	0,7	1,8	2,9	3,3	3,8	2,9	3,3	2,4	3,3	1,6	3,5	1,8	31,2
26	2,0	1,6	3,1	3,3	2,9	2,9	3,3	3,1	1,3	2,7	1,8	2,0	29,9
27	2,4	1,6	2,7	3,5	2,2	3,3	2,7	2,4	2,4	3,1	1,1	0,9	28,4
28	2,0	2,9	3,1	3,3	4,7	4,2	2,7	3,8	2,7	2,7	1,6	2,4	35,9
29	3,1	0,4	2,2	2,2	3,5	2,2	2,4	1,6	3,8	3,5	0,7	2,9	28,6
30	1,6		1,6	4,9	4,7	3,1	2,9	2,4	2,7	2,9	2,2	2,9	31,7
31	3,5		2,4		4,4		2,7	2,4		2,0		2,2	19,7
итого	73,8	66,7	84,6	91,5	110,1	99,3	96,6	88,9	71,1	79,5	70,9	66,9	1000,0

Чтобы максимально корректно оценить частоту рисков, элиминировав такой фактор, как число дней в месяце, была рассчитана вероятность суицида за 10-летний период с учетом как месяца, так и дня недели. При таком подходе становится понятно, что минимальное число суицидов в феврале определяется не меньшим числом дней в этом месяце, а низкими рисками в любой день недели (максимальный показатель, зафиксированный у юношей в воскресенье и пятницу, у девушек – в воскресенье, не превысил среднюю).

С другой стороны, отмеченное в мае максимальное число суицидов формируется не за счет какого-то конкретного дня – искомый показатель и у юношей и у девушек превышает средний в любой день недели.

Какие же факторы определяют сезонные и внутринедельные колебания частоты подростковых суицидов. Чтобы ответить на этот вопрос, была рассчитана ежедневная частота суицидов по месяцам года (табл. 7-8). У юношей днями максимальных в году рисков оказались 1 января и 2 мая (5,3‰ и 5,2‰). Вторым

по частоте рисков оказались 9 и 10 мая (4,5‰ и 5‰). Третье место по частоте суицидов у юношей занимали 8 и 9 марта (по 4‰). Ни в один из других дней года частота суицидов у юношей выше 4‰ не поднималась. Однако следует отметить, что она оказалась близка к этой границе 8 и 16 апреля, 2 и 24 июня и 21 декабря – в эти дни показатель составил 3,7‰-3,9‰. Менее выраженные (частота суицидов не превышала 3,6‰) пики отмечались в основном в июне и в конце года (28, 30 и 31 декабря, когда показатель составил 3,6‰, 3‰ и 3,5‰ соответственно).

Более сложным выглядит распределение ежедневных рисков суицида у девушек¹²⁷. Во-первых, абсолютные максимумы показателя (6‰) наблюдались 9 мая и 14 июня. На втором месте находились 10 мая, 12 июня, 8, 10 и 17 июля – в эти дни показатель составил 5,5‰-5,1‰. Третье место по частоте суицидов у девушек разделили 1 января, 30 апреля, 2 и 3 мая, 15 июня и 13 августа (4,9‰). В эту группу можно добавить также 28, 30 и 31 мая, 19 июня и 2 июля (4,4‰-4,7‰).

При анализе временных характеристик суицидальной смертности подростков отчетливо видна сезонность инцидентов. Ее характер позволяет сформулировать гипотезу о 2 факторах, повышающих частоту суицидов – праздники и экзамены, что в целом соответствует литературным данным.

Об объективности предположения о стрессогенности праздников свидетельствуют два обстоятельства.

Во-первых, частота суицидов возрастает в дни абсолютно всех праздников, сколько-нибудь значимых для подростков, независимо от сезона (Новый год, Валентинов день, 23 февраля и 8 марта, майские праздники).

Говоря о майских праздниках, следует помнить: безусловно, для современной молодежи и 9 мая и, тем более, 1 мая не несут политической нагрузки, однако эти

дни подростки традиционно отмечают, что связано со всякого рода компаниями и распитием спиртных напитков, как и в другие праздничные дни. Поскольку речь

¹²⁷ Обсуждая более хаотичное, нежели у юношей, временное распределение суицидов у девушек, следует помнить, что оно может быть обусловлено гораздо меньшим числом инцидентов в женской популяции: за 10-летний период исследования число суицидов у юношей превосходило таковое у девушек более чем 4-кратно.

идет о подростках, вряд ли стоит абсолютизировать алкогольный фактор; скорее, следует говорить об обострении восприятия всех личных неурядиц под влиянием алкоголя. Неурядицы эти могут быть дво-

якими: с одной стороны, одиночество в то время, когда сверстники отмечают праздник в больших и веселых компаниях, с другой – возможные конфликты и несбывшиеся надежды.

Вторым обстоятельством, подтверждающим наличие «праздничного» фактора, является отсутствие выраженной гендерной специфики в праздничные дни: риски суицидов возрастают и у юношей и у девушек.

Гипотеза об экзаменах как факторе риска суицидов, представляется более дискуссионной. Тем не менее, повышенная частота суицидов в течение практически всего июня, когда идут выпускные экзамены у школьников и сессии у студентов, и у юношей и особенно у девушек, которые традиционно придают гораздо большее значение учебе и ее результатам, является в России объективным фактом, который нельзя игнорировать.

Особенно показательным в этом контексте представляется тот факт, что у девушек максимальный риск суицидов отмечен именно в июне (14 июня), причем он значительно превышает новогодние риски, чего не наблюдается у юношей.

Возражением против этого утверждения (во всяком случае, для студентов) может послужить отсутствие особо выраженных пиков, кроме новогоднего, в январе, когда идет зимняя сессия.

Невозможно свести факторы суицидов только к объективным. Об этом свидетельствует ряд выявленных закономерностей.

Во-первых, отсутствие гендерного сходства между внутримесячным распределением суицидов у подростков.

Наиболее отчетливо о гендерной специфике подростковых суицидов свидетельствуют низкая согласованность внутримесячного распределения частоты инцидентов у юношей и девушек: только в

январе и мае их уровень был средним¹²⁸, что еще раз свидетельствует об общем факторе риска в эти месяцы (праздники), в остальные же месяцы согласованность была низкой¹²⁹.

Во-вторых, наличие пиков, которые нельзя объяснить объективными факторами.

Непонятным остается возрастание частоты суицидов в начале или в конце месяца, особенно выраженное у девушек: так, в женской популяции этот эффект из 12 месяцев не наблюдался только в марте, у юношей же он отсутствовал в марте, апреле, августе, октябре и ноябре, т.е. в 5 из 12 месяцев. В-третьих, то обстоятельство, что апрель, когда нет ни длительных праздников, ни экзаменов, входит в период повышенных рисков, также относится к числу фактов, требующих дополнительного исследования сезонности самоубийств.

Таким образом, проанализировав временные характеристики суицидов у подростков, отметим, что, во-первых,

¹²⁸ Коэффициент ранговой корреляции поднимался до 0,47 и 0,60

¹²⁹ Коэффициент корреляции варьировал от -0,30 (октябрь) до 0,28 (ноябрь), что свидетельствует о весьма слабой как прямой, так и обратной взаимозависимости

у юношей максимальный риск суицидов наблюдается в апреле-июне, у девушек – в мае-июле, с майским максимумом и у юношей, и у девушек. При этом повышенные риски суицида в этот период наблюдаются почти в каждый день этих месяцев.

Во-вторых, и у юношей, и у девушек максимальные среднегодовые риски суицидов приходятся на конец и начало недели (суббота – понедельник). Однако если период максимальных рисков в воскресенье формируется в течение всего года, то периоды риска второго и третьего порядка варьируют от месяца к месяцу, и концентрация их в субботу и по-

недельник носит кумулятивный характер.

В-третьих, частота суицидов значительно возрастает в праздничные дни; при этом, однако, если у юношей максимальная частота суицидов зафиксирована именно в праздники (Новый год и майские праздники), то у девушек – в июне.

В-четвертых, распределение суицидов по дням месяца имеет выраженную гендерную специфику, и только при воздействии такого значимого фактора, как длительные праздники (Новый год и майские праздники) между ними выявляется значимое сходство.

6. Социальный портрет 15-19-летних суицидентов в сравнении с их ровесниками, умершими от других причин

При обсуждении проблемы подростковых суицидов огромное значение приобретает вопрос о социальном портрете суицидентов: ответ на него представляется первоочередным при разработке мер, направленных на снижение потерь, обусловленных самоубийствами среди подростков¹³⁰.

Анализ ситуации проведен на 3 территориях с низкой (Москва), близкой к общероссийской (Тверская область) и повышенной (Кировская область) суицидальной смертностью подростков. Социальный портрет суицидентов в Москве и Тверской области базировался на данных за 2007-2008 гг., в Кировской области – за 2004-2010 гг.

В соответствии с возрастом суицидентов, были выделены следующие 8 категорий: студенты ВУЗов, учащиеся общих и средних специальных учреждений (школы, техникумы, ПТУ и их аналоги), представители рабочих профессий, служащие (в этот блок вошли также продавцы и менеджеры), военнослужащие. Особо (в силу их возможной специфики) были выделены инвалиды, а также категория неработающих. К последним относились в основном подростки 17 лет и старше (табл. 9).

Обсуждая ситуацию в Москве, отметим, что в 2007-2008 гг. умерло 867 подростков, из них вследствие суицида – 51 человек, т.е. 5,9% из общего числа умерших.

Таблица 9. Распределение суицидентов 15-19 лет в зависимости от рода занятий (Москва, 2007-2008 гг., Тверская область, 2007-2008 гг., Кировская область, 2004-2010 гг.).

Род занятий	Москва		Кировская область		Тверская область	
	число умерших	%	число умерших	%	число умерших	%
студенты ВУЗов	3	5,9	8	4,4		
учащиеся	13	25,5	28	15,6	9	39,1
рабочие	6	11,8	17	9,4		0,0
служащие		0,0				0,0
военнослужащие		0,0	2	1,1	1	4,3
инвалиды	1	2,0				0,0
не работали	23	45,1	49	27,2	12	52,2
неизвестный статус	5	9,8	76	42,2	1	4,3
Всего	51	100,0	180	100,0	23	100,0

¹³⁰ К сожалению, в настоящее время формирование социального портрета подростков-суицидентов в целом по России не представляется возможной: согласно Федеральному закону о ЗАГС, учет социальных характеристик (образование, профессия) не проводится. Поэтому анализ социального портрета суицидентов возможен лишь на основе изучения медицинских свидетельств о смерти, в которых (п. 12 – Образование и п. 13 – Где и кем работал умерший) предусматривается внесение социальных характеристик. Однако в последние годы эти пункты зачастую игнорируются лицами, оформляющими медицинское свидетельство о смерти. Малые числа умерших подростков не позволяют проанализировать гендерные аспекты социальных характеристик подростков-суицидентов.

Потери вследствие суицидов в Москве формировались в первую очередь за счет неработающих подростков (45,1%), за ними следуют учащиеся (25,5%) и рабочие (11,8%). Среди суицидентов не было военнослужащих и служащих, очень низка была доля инвалидов (2%), 5,7% суицидентов были студентами ВУЗов.

Среди умерших вследствие соматических патологий и других внешних причин доля неработающих была заметно ниже, чем среди суицидентов (16,4% и 27,6%). Ниже оказывается и вклад учащихся, составляющий 14,4% среди умерших от соматических и 20,1% – от внешних причин. Доля студентов ВУЗов среди погибших от других внешних причин существенно выше, а от соматических – ниже,

чем от суицидов (11,2% и 4,1% против 5,7%).

Однако нельзя забывать о кратно более высокой доле лиц с неизвестным статусом среди умерших от соматических и других внешних причин, существенно деформирующим их социальный профиль. Если же их исключить, среди умерших в возрасте 15-19 лет, как и среди суицидентов, первое место занимают неработающие, 2-е – учащиеся; однако, в отличие от суицидентов, 3-е место занимают студенты ВУЗов, 4-е – рабочие, при этом среди подростков, умерших от всех причин, доля рабочих и студентов достаточно близка (6,4% и 8,3%), среди суицидентов же доля рабочих двукратно превышает вклад студентов (11,4% против 5,7%) (табл. 10).

Таблица 10. Распределение (в %) подростков 15-19 лет, умерших от соматических и внешних (кроме суицидов) причин, в зависимости от рода занятий (Москва, 2007-2008 гг., Тверская область, 2007-2008 гг., Кировская область, 2004-2010 гг.).

Род занятий	Москва			Кировская область			Тверская область		
	Заболевания	Травмы	Всего	Заболевания	Травмы	Всего	Заболевания	Травмы	Всего
студенты ВУЗов	4,1	11,2	8,3	3,7	8,7	6,6	2,6	6,9	5,0
учащиеся	14,4	20,1	18,3	12,3	17,3	15,9	28,9	46,6	40,8
рабочие	2,7	8,2	6,4	3,1	9,6	8,2	13,2	7,8	8,4
служащие	1,4	2,0	1,7	0,0	1,7	0,9	0,0	1,7	1,1
военнослужащие	4,1	1,0	2,1	1,2	1,4	1,3	0,0	2,6	2,3
инвалиды	4,1	0,3	1,9	1,2	0,2	0,4	15,8	0,9	4,8
не работали	16,4	27,6	24,4	6,8	21,2	19,6	15,8	26,7	26,2
неизвестный статус	52,7	29,6	36,9	71,6	39,8	47,2	23,7	6,9	11,4
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В Кировской области за период 2004-2010 гг. умерло 757 подростков, из них 180, т.е. 23,8%, покончили с собой. К сожалению, в Кировской области доля подростков с неизвестным статусом приближается к половине (47,2%). Если же их исключить, социальный профиль суицидентов в Кировской области близок к таковому в Москве: на 1-м месте находятся неработающие подростки (27,2%), на 2-м – учащиеся, на 3-м – представители рабочих специальностей. Студенты ВУЗов, на долю которых приходится 4,4% всех суицидентов, занимают 4-е место. Как и в Москве, социальный профиль суицидентов в Кировской области сходен с социальным профилем погибших от других внешних причин, при этом в Кировской области наблюдается специфика, отмеченная и в Москве: если среди суицидентов доля студентов вдвое ниже, чем доля рабочих (4,4% против 9,4%), то среди погибших от других внешних причин они достаточно близки (8,7% против 9,6%) (табл. 10).

Сравнивать социальный профиль суицидентов и подростков, умерших от соматической патологии в Кировской области, представляется нецелесообразным, поскольку почти в $\frac{3}{4}$ случаев (71,6%) социальный статус подростков, умерших от разного рода заболеваний, оставался неизвестным.

Особый интерес представляет социальный профиль суицидентов в Тверской области: на этой территории число лиц, статус которых остался неизвестным, было минимальным (11,4% из 216 подростков, умерших в 2007-2008 гг.). В этот период от суицидов погибло 23 подростка, из них социальный статус остался невыясненным только в одном случае. За счет этого социальный профиль суицидентов в Тверской области выглядит, с одной стороны, наиболее отчетливым, с другой – весьма суженным: более половины всех суици-

дентов оказались неработающими, 39,1% – учащимися. Среди покончивших с собой подростков нет ни одного студента ВУЗа.

Интересно, что, при малом числе лиц неизвестного статуса, среди умерших от других внешних причин преобладают не неработающие, а учащиеся (26,7% против 46,6%), при этом, как в Москве и Кировской области, доля студентов и рабочих оказалась близка (6,9% и 7,8%). Сравнение социального профиля суицидентов с подростками, умершими от соматических патологий, показывает, во-первых, что доля лиц с неизвестным социальным статусом среди суицидентов принципиально ниже, нежели среди умерших от соматики (4,3% против 23,7%), во-вторых, 1-е место среди последних занимают учащиеся, однако их доля заметно ниже, чем среди суицидентов (28,9% против 39,1%), в-третьих, вклад неработающих подростков, составивших более половины суицидентов, среди умерших от соматики составил 15,8% (интересно, что в Тверской области таким же был вклад инвалидов) (табл. 10).

Несмотря на различные уровни суицидальной смертности среди подростков, социальный профиль суицидентов в Москве, Кировской и Тверской областях оказался принципиально схож: на всех 3 территориях он формируется прежде всего за счет неработающих, второе место занимают учащиеся. На третьем месте – рабочие, вклад которых вдвое превысил долю студентов.

Максимальное сходство социального профиля суицидентов выявлено с таковым у подростков, погибших вследствие других внешних причин, однако в последней категории, в отличие от суицидентов, вклад студентов и рабочих близок. Менее выражено сходство социального профиля

суицидентов и подростков, умерших от соматических причин, за счет снижения доли неработающих и роста доли инвалидов. При этом, однако, эти различия могут быть статистическим артефактом: нельзя забывать, что доля лиц с неизвестным статусом среди умерших от разного рода заболеваний максимальна и превышает половину этой категории в Москве и приближается к $\frac{3}{4}$ в Кировской области.

Может возникнуть возражение: не определяются ли приведенные соотношения численностью указанных социальных групп (в первую очередь, это относится к учащимся). Однако, преобладание без-

работных среди суицидентов явно не может определяться этими соображениями: в силу возрастной специфики, большая часть подростков не может быть отнесена к «неработающим» (это или учащиеся, или военнослужащие (это относится к юношам)).

Однако, чтобы более точно выявить социальный вектор суицидов, была рассмотрена структура подростковой смертности среди основных социальных категорий. При этом ситуация среди лиц неизвестного социального статуса рассматриваться не будет, т.к. оказывается малоинтересной в данном контексте.

Таблица 11. Вклад суицидов в общую смертность подростков 15-19 лет (в %) в зависимости от рода занятий (Москва, 2007-2008 гг., Тверская область, 2007-2008 гг., Кировская область, 2004-2010 гг.).

Род занятий	Москва			Кировская область			Тверская область		
	Число суицидов	Общее число умерших	% суицидов	Число суицидов	Общее число умерших	% суицидов	Число суицидов	Общее число умерших	% суицидов
студенты ВУЗов	3	72	4,2	8	50	16,0	0	11	0,0
учащиеся	13	159	8,2	28	120	23,3	9	90	10,0
рабочие	6	55	10,9	17	62	27,4	0	18	0,0
служащие	0	15	0,0	0	7	0,0	0	3	0,0
военнослужащие	0	18	0,0	2	10	20,0	1	5	20,0
инвалиды	1	16	6,3	0	3	0,0	0	9	0,0
не работали	23	212	10,8	49	148	33,1	12	57	21,1
неизвестный статус	5	320	1,6	76	357	21,3	1	23	4,3
Всего	51	867	5,9	180	757	23,8	23	216	10,6

Из табл. 11 видно, что в Москве суицидами определялось 5,9% общей смертности подростков, при этом значимость суицидов оказалась максимальной среди неработающих подростков и среди представителей рабочих специальностей (в этих возрастах, как правило, низкоквалифицированных) (соответственно 10,8% и 10,9%), нулевые риски отмечены в категории «служащие» (менеджеры и клерки низшего звена) и среди военнослужащих (на наш взгляд, это может определяться крайней малочисленностью этих групп). Среди

студентов ВУЗов суицидами было обусловлено 4,2% общей смертности. Значимость суицидальной смертности среди учащихся других категорий была близка к таковой среди рабочих и неработающих (8,2%).

Таким образом, если опираться на массовые социальные группы, в Москве можно констатировать наличие вектора «благополучные студенты – неблагополучные неработающие». Учащиеся по уровню суицидальной смертности оказались ближе к рабочим (и неработающим), нежели к студентам ВУЗов. На наш взгляд, это об-

стоятельство объясняется 2 факторами: во-первых, если учесть, что риски самоубийств увеличиваются с возрастом, можно сделать вывод, что речь идет об учащих техникумов и ПТУ, а не ВУЗов, т.е. о явно не полностью социально успешных подростках.

В Кировской области, при принципиально большей, нежели в Москве, значимости суицидальной смертности у подростков (ее доля приближается к четверти общей подростковой смертности), выявляется тот же вектор: если рассматривать массовые социальные группы, то риски суицидов оказываются минимальными среди студентов (16%), увеличиваясь среди учащихся (23,3%) и рабочих (27,4%) и достигая максимума среди неработающих – в этой категории доля самоубийств среди общей подростковой смертности приближается к трети.

Подобная же ситуация сложилась в Тверской области: при общем для всех подростков области вкладе в общую смертность суицидов, составившем 10,6%, доля их в смертности студентов ВУЗов является нулевой, среди учащихся других учебных заведений – 10%-ной, среди неработающих – 21,1%-ной.

Таким образом, можно констатировать, что, при всех различиях в уровнях суицидальной смертности, во всех 3 российских регионах эти потери формируются в первую очередь за счет неработающих подростков, с одной стороны, с другой – значимость суицидов именно среди неработающих является максимальной. При этом на другом полюсе в этой возрастной группе – у студентов ВУЗов – минимальным является и вклад суицидов в общую смертность, и доля самих студентов при формировании суицидальных потерь.

Этот вывод подтверждает гипотезу о приоритете социально-экономической детерминанты подростковых суицидов. Действительно, в современной России студенты ВУЗов – это социальная группа молодежи с наиболее широкими жизненными перспективами, с одной стороны, и, в массе своей, относящиеся к среде, которую можно охарактеризовать как «средний слой».

Противоположным полюсом являются «неработающие» подростки. Неработающий – это значит, что умерший подросток не был ни учащимся, ни студентом, ни рабочим, т.е. он не был занят какой бы то ни было полезной деятельностью. Подобная ситуация могла сложиться либо в весьма состоятельных семьях, число которых в России крайне невелико, либо, что более распространено, в семьях, слабо социально адаптированных, маргинальных и полумаргинальных, со всеми присущими подобным слоям общества девиантными формами поведения и рисками, из них вытекающими (в т.ч. – злоупотребление спиртными напитками).

Однако следует отметить, что в разных территориях вклад суицидов в общую смертность подростков сходных социальных групп различается весьма существенно: так, у студентов ВУЗов он варьирует от 4% в Москве до 16% в Кировской области¹³¹, у неработающих – соответственно

от 10,5% до 33,1%. Таким образом, несмотря на несомненный социальный вектор, универсальный внутри каждой территории, существуют еще и социально-экономические детерминанты более общего порядка, влияющие на суицидальное поведение подростков на пространстве российских

¹³¹ Нулевые показатели в Тверской области в данной ситуации можно отнести к крайне незначительному числу событий.

территорий, о чем речь шла в предыдущих разделах.

Подчеркнем, что конкретные показатели, характеризующие ситуацию на российских территориях, следует рассматривать как сугубо оценочные в силу большого вклада подростков с неизвестным социальным статусом. Однако вывод о социальном векторе суицидальных потерь

среди подростков – от студентов ВУЗов до неработающих подростков, а также о минимальном вкладе суицидальной смертности в общую у студентов и максимальном – у неработающих можно считать универсальным для России, поскольку он актуален для территорий и с низким, и со средним, и с высоким уровнем суицидальной смертности.

7. Проблемы недоучета смертности от суицидов и подходы к реконструкции ее реальных масштабов

В предыдущих разделах основные аспекты подростковой суицидальной смертности исследовались, исходя из ее официально объявленных уровней (форма С51). При этом, однако, в стороне остал-

ся вопрос о том, насколько полно официальные показатели отражают реальные масштабы подростковой смертности от самоубийств. К сожалению, этот вопрос представляется далеко не праздным.

Существует ряд субъективных и объективных факторов, приводящих к недоучету потерь, обусловленных подростковыми самоубийствами.

К субъективным факторам следует отнести, с одной стороны, присутствующее в ряде случаев стремление близких скрыть истинную причину смерти. С другой стороны, это нежелание компетентных органов детально разбираться в причине смерти, тем более, что решающим в случае гибели от внешних причин является мнение не судебно-медицинского эксперта, а следователя, ведущего соответствующее дело.

Объективным фактором недоучета самоубийств в официальной статистике является система ее формирования: несмотря на то, что сроки расследования инцидента, предусмотренные законодательством, составляют 1 месяц, в российских реалиях они зачастую не выдерживаются, и в медицинском свидетельстве о смерти указывается «род смерти не установлен».

К сожалению, эта сложившаяся в 1990-е годы практика была узаконена: согласно приказу Минздрава РФ № 161 от 24.04.2003 г., подобный диагноз разрешен в окончательном свидетельстве о смерти. Вследствие этого результаты расследова-

ния подобного рода инцидентов либо вообще не сообщаются статистическим органам, либо сообщаются слишком поздно. В результате истинная причина смерти оказывается за рамками официальной статистики.

Парадоксальным образом недоучету смертей от социально значимых причин, к которым, безусловно, относятся и самоубийства, особенно подростковые, способствует внимание высшего руководства страны к демографическим проблемам: так, снижение потерь от самоубийств, наряду со снижением дорожно-транспортной и сердечно-сосудистой смертности, обозначено в числе национальных приоритетов здоровья. К сожалению, региональное руководство в подобной ситуации зачастую стремится не столько решить сложившиеся проблемы, сколько преуменьшить их масштабы.

Со своей стороны, действующая в настоящее время МКБ-10 (как и предшествующая ей МКБ-9) предоставляет в этом аспекте обширный спектр возможностей: в современных российских реалиях блок «повреждений с неопреде-

ленными намерениями» (Y10-Y34) широко используется для постановки размытых диагнозов, позволяющих переводить часть смертей (как насильственных, так и суицидальных) в латентную форму. Согласно МКБ-10, «этот блок включает случаи, когда

доступной информации недостаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным случаем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждений».

Существует мнение, что категория причины смерти «повреждения с неопределенными намерениями» не скрывает самоубийства, однако этого никак нельзя сказать о несчастных случаях и убийствах¹³². При этом опрос специалистов, участвующих в диагностике и кодировании причин смерти в странах постсоветского пространства, проведенный в 1989-1996 годах, показал, что если на-

дежность статистики самоубийств в Центральной Азии и Кавказских республиках вызывает сомнения, то данные о смертности в России, Украине, Беларуси, Эстонии, Латвии, Литве, Казахстане, Киргизии и Молдове являются надежными. К тому же, по оценкам экспертов, негативное отношение к самоубийству в мусульманских регионах, где самоубийство – табу, вносит существенный вклад в отчетность о самоубийствах¹³³.

Детальный анализ ситуации в отношении подростковых суицидов позволит показать, что приведенное мнение слишком оптимистично оценивает ситуацию, в частности, в России.

Выявить присутствующую в смертности от «повреждений с неопределенными намерениями» суицидальную компоненту возможно путем сравнительного анализа картины повреждений с неопределенными намерениями и самоубийств по механизму реализации этих инцидентов.

Подчеркнем границы предлагаемого подхода: он позволяет выявить потенциальные резервуары латентных потерь от самоубийств, но не дает точных значений реальных уровней подростковой суицидальной смертности. Таким образом, речь идет об оценке масштабов вероятного недоучета потерь, обусловленных подростковыми суицидами.

Первый вопрос, возникающий при подобном подходе: какова же структура подростковой смертности от суицидов по способу их реализации?

ВОЗ насчитывает 80 способов ухода из жизни. Большинство самоубийц во всем мире выбирает повешение. Способы суицида определяются традициями. У древних скандинавских племен существовала идеология альтруистического самоубийства стариков, освобождающих племя от забот о дряхлеющей старости, готы бросались со «скалы предков» из-за страха перед естественной смертью, в античном мире практиковались самоубийства римской аристократии по политическим мотивам¹³⁴. В японской культуре все виды самоубийств строго регламентированы и имеют свои названия: докюяку дзисацу – самоубийство ядом, или снотворным; дзисю дзисацу – утопление; тоосин дзисацу – прыжок с высоты; харакири (сэппуку), дословно «разрезание живота» - самый известный национальный вид ритуального

¹³² Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: hidden suicides? // Scand J Public Health. 2010. – 38(4). – P. 395-403

¹³³ Wasserman D, Värnik A. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970-1990 // Acta Psychiatr Scand Suppl. 1998 – 394 – P. 34-41

¹³⁴ Красненкова И.П. Философский анализ суицида // Электронная библиотека по психологии – история, учения, теории, личности. 17.02.2011 / URL: <http://psylib.net/filosofskij-analiz-suicida-ip-krasnenkova/>

самоубийства. Индийские вдовы практикуют ритуальное самосожжение (сати)¹³⁵. В Удмуртии, чтобы отомстить своему обидчику, нанести ему глубокую эмоциональную травму, удмурт готов повеситься в его сарае¹³⁶. Итальянцы выбирают наиболее радикальные способы самоубийства, такие, как вскрытие вен. В США, где разрешена продажа огнестрельного оружия, 60% всех самоубийц предпочитают расставаться с жизнью при его помощи. В Канаде, где оборот оружия законодательно жёстче ограничен, с его использованием происходит 30 % самоубийств. В Австрии, где торговля оружием запрещена, таких всего 4%. В России с помощью огнестрельного оружия нередко кончают с собой военнослужащие, работники правоохранительных органов, имеющие доступ к служебному оружию¹³⁷.

Анализ подростковых суицидов в России показал, что в последнее десятилетие из 18 способов реализации суицидов, приведенных в МКБ-10, сколько-нибудь часто реализовывались 8 (включая суицид неуточненным способом). При этом и в мужской и в женской популяции доминирующим механизмом в течение всего десятилетия были повешения (X70): у юношей 88,2%, у девушек – 77,2% (табл. 12).

На втором месте у юношей были выстрелы из огнестрельного оружия (X72-X74): 5,4% всех суицидов. На 3-м месте находились прыжки с высоты (падения) (X80), вклад которых составил в среднем за десятилетие 1,8% всех суицидов. В начале 2000-х годов значимыми были «Преднамеренные самоповреждения посредством неуточненных действий» (X84), доля которых в 2000-2001 гг. составила 4,8%; однако, начиная с 2002 г. диагностика подобной точности становится крайне редкой, и на суициды, реализованные неизвестным способом, приходится не более 0,1%-0,3% всех инцидентов¹³⁸. Характеризуя суициды у юношей, следует выделить также «Преднамеренное самоповреждение острым предметом» (X78), следствием чего яв-

ляются травмы верхнего плечевого пояса (S40-S69) (на бытовом уровне этот способ реализации суицида звучит как «перерезать себе вены»). В среднем за десятилетие на него пришлось 0,6% всех суицидов у юношей.

Пятым способом реализации суицидов являются разного рода отравления (X60-X69). Все отравления были разделены на 6 групп: отравления разного рода медикаментами (X60, X63, X64). При этом в отдельную группу было выделено «преднамеренное самоотравление и воздействие противосудорожными, седативными, снотворными, противопаркинсоническими и психотропными средствами (X61). Отдельно рассматривались отравления наркотиками (X62), органическими растворителями, галогенсодержащими углеводородами и их парами (X66), а также другими газами и парообразными веществами (X67). Последнюю группу составили отравления разного рода химическими веществами (X68-X69).

Подобное подробное разделение отравлений показало, что сколько-нибудь значимыми у юношей являются отравления лекарствами, за исключением седатив-

¹³⁵ Гомзикова С. Россия остается страной самоубийц – Свободная пресса. 30 января 2011 года /

URL: <http://svpressa.ru/society/article/37979/>

¹³⁶ Самоубийства в современном мире. http://www.memoid.ru/node/Samoubijstva_v_sovremennom_mire

¹³⁷ Сайт ВОЗ «Mental health», Suicide prevention (SUPRE) / URL: <http://www.iasp.info/>

¹³⁸ Судя по изменению структуры самоубийств в 2002-2003 гг., они распределяются между повешениями, доля которых за год возрастает с 83,6% до 88,1%, и огнестрельными ранениями, вклад которых также увеличивается, хотя и не столь значительно (с 5,6% до 6,3%)

ных препаратов: в среднем за десятилетие их доля у юношей составила 1,2%. Доля отравлений седативными препаратами в течение всего десятилетия была крайне незначительной, составив в среднем 0,1% всех суицидов. Что касается отравлений разного рода химикатами, то их доля составила в среднем за десятилетие 0,4%. Крайне редкими являются самоубийства путем отравления органическими растворителями, газообразными веществами и наркотиками: их доля в среднем за десятилетие не превысила 0,1%.

У юношей значимыми являются такие способы реализации суицидов, как повешения, прыжки с высоты, огнестрельные ранения и ранения острым предметом, а также лекарственные отравления.

Сравнение структуры суицидов у юношей и девушек позволяет отметить существенную гендерную специфику по способам их реализации, которая зачастую нивелируется за счет повешений (напомним, что у девушек, как и у юношей, этот способ является доминирующим).

Однако у девушек существенно большую, нежели у юношей, значимость, представляют разного рода отравления. Так, вклад отравлений медикаментами

(X60, X63, X64) в среднем за десятилетие составил 7,9%, отравления седативными препаратами (X61), крайне редкие у юношей, у девушек встречаются гораздо чаще (0,1% против 3,4% в среднем за десятилетие). Возрастает также частота отравлений разного рода химикатами (X68-X69) (3,4% против 0,4% у юношей). Однако отравления наркотиками (X62), органическими растворителями, галогенсодержащими углеводородами и их парами (X66), а также другими газами и паробразными веществами (X67) у девушек, как и у юношей, носят единичный характер (не более 0,2%).

Помимо отравлений, существенно более значимыми у девушек являются прыжки с высоты (X80), которыми было обусловлено 5,8% самоубийств девушек против 1,8% у юношей.

С другой стороны, девушки гораздо реже прибегают к огнестрельному оружию: на огнестрельные ранения (X72-X74) у девушек приходится 1% самоубийств против 5,4% их у юношей.

Однако, несмотря на отмеченную гендерную специфику, и у юношей и у девушек наиболее распространенными способами самоубийств являются повешение, разного рода отравления, прыжки с высоты, огнестрельные ранения и ранения острым предметом.

Психиатры связывают женские попытки суицида с истерией, демонстративным поведением и врожденной осторожностью. Они выбирают более лояльные пути ухода из жизни (таблетки, алкоголь) по сравнению с мужчинами, поэтому попытки самоубийств у женщин заканчиваются отравлениями¹³⁹. Однако жительницы Юго-Восточной Азии предпочитают себя сжигать. Мужчины для самоубийства выбирают радикальные способы (повешение или с помощью огнестрельного оружия).

¹³⁹ Солодова А. Склонность к самоубийству зависит от развитости интеллекта – Infox.ru, 4 июня 2010 года.
<http://infox.ru/science/enlightenment/2010/06/03/Pryedraspolozhyennos.phtml>

Таблица 12. Распределение российских подростков, погибших в 2000–2009 гг., по способу реализации суицида (в %).

Способы реализации суицида	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2000–2009
ЮНОШИ											
Повешение (X70)	83,2	83,6	88,1	89,3	88,2	89,5	90,3	90,9	90,9	92,1	88,2
Прыжок с высоты (X80)	2,0	1,9	1,8	1,4	2,6	1,9	1,0	1,9	1,6	1,6	1,8
Огнестрельные ранения (X72–X74)	5,7	5,6	6,3	6,4	6,4	5,4	4,8	4,4	4,2	3,7	5,4
Контакт с острым предметом (X78)	0,7	0,7	0,5	0,5	0,5	0,4	0,7	0,4	0,6	0,9	0,6
Неуточенные действия (X84)	4,8	4,8	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	1,2
Отравления лекарствами (X60, X63, X64)	1,6	1,8	1,4	0,8	0,8	1,3	1,4	1,2	1,2	0,1	1,2
Отравления психотропными препаратами (X61)	0,4	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1
Отравления химикатами (X68, X69)	0,3	0,5	0,4	0,3	0,5	0,4	0,4	0,3	0,1	0,2	0,4
Другие способы (X62, X65–X67, X71, X75–X77, X81–X83)	1,3	0,9	1,1	0,8	0,9	0,9	1,2	0,8	1,1	1,2	0,9
Всего (X60–X84)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
ДЕВУШКИ											
Повешение (X70)	65,8	69,8	71,1	78,6	78,2	78,6	81,9	84,2	86,4	82,3	77,2
Прыжок с высоты (X80)	6,4	6,2	6,8	7,0	7,1	6,7	5,2	3,5	4,2	4,8	5,8
Огнестрельные ранения (X72–X74)	2,5	0,8	0,8	1,6	1,1	1,2	0,7	0,0	0,2	0,3	1,0
Контакт с острым предметом (X78)	1,0	0,4	0,8	0,5	1,3	0,7	0,7	0,2	0,2	0,3	0,6
Неуточенные действия (X84)	4,7	4,4	1,0	0,5	0,0	0,7	0,2	0,9	0,2	0,5	1,4
Отравления лекарствами (X60, X63, X64)	11,9	9,9	11,0	6,3	6,5	6,7	6,0	7,3	5,8	6,5	7,9
Отравления психотропными препаратами (X61)	2,1	2,4	1,8	0,9	0,9	1,2	1,0	0,9	0,9	0,5	1,3
Отравления химикатами (X68, X69)	3,3	3,4	5,6	3,6	3,9	3,7	3,7	2,0	1,4	3,2	3,4
Другие способы (X62, X65–X67, X71, X75–X77, X81–X83)	2,1	2,8	1,2	1,1	1,1	0,7	0,5	1,1	0,5	1,6	1,3
Всего (X60–X84)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Если проанализировать рубрики, входящие в число повреждений с неопределенными намерениями, становится очевидным, что все перечисленные инциденты с пометкой «с неопределенными намерениями» присутствуют среди «повреждений с неопределенными намерениями» (Y10-Y34). В этот же блок, помимо латентных самоубийств, входят и убийства и несчастные случаи.

Проведенные ранее исследования отечественных авторов показали, что повешение (X91) и столкновение с высоты (Y01), наиболее типичные для самоубийств, крайне редко являются механизмом убийства.

Однако возникает вопрос: не являются ли такие инциденты, как повешение,

отравления, прыжки с высоты, огнестрельные ранения и ранения острым предметом, несчастными случаями?

Представляется, что менее всего несчастным случаем может быть повешение: для этого необходимо предпринять целый ряд совершенно осознанных, не носящих случайного характера действий. Безусловно, повешение с летальным исходом может быть следствием неудавшейся попытки демонстративного суицида, перешедшего в заверченный, тем не менее, преднамеренный характер суицидальной попытки, завершившейся летальным исходом, отрицать трудно. Это позволяет с высокой степенью обоснованности рассматривать повешения с неопределенными намерениями как суициды.

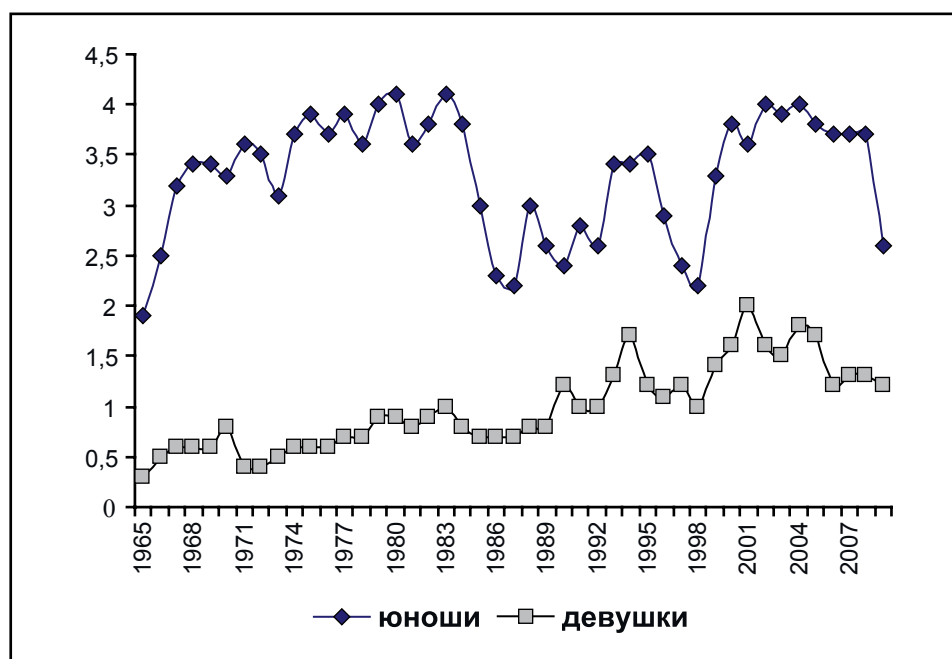


Рисунок 15. Динамика смертности российских подростков (на 100 тыс.) вследствие случайных падений (W10-W19) в 1965-2009 гг.

Менее определенной выглядит ситуация с падениями с высоты, которые могут быть следствием либо случайного падения, либо столкновения, либо прыжка с высоты. Первый вариант (случайное падение) заставляет детально проанализировать динамику подростковой смертности от инцидентов, официально квалифицированных как случайные падения (W00-W19). Поскольку речь идет о случайных событи-

ях, можно предположить, что траектория смертности от них будет либо стабильной (при допустимых случайных флуктуациях) либо определяться постепенно меняющимися трендами, но ни в коем случае не должна характеризоваться резкими изменениями, совпадающими с социальными сдвигами (рис. 15).

Однако, изменение подростковой смертности от инцидентов, официально

отнесенных к случайным падениям, выявляет обратную ситуацию: во-первых, подростковая смертность от случайных падений резко меняется (1984, 1987, 1992, 1998, 2008 гг.), во-вторых, эти изменения совпадают с изменениями социально-экономическими (начало антиалкогольной кампании и негласное ее свертывание, начало гайдаровских реформ, экономический кризис). Это заставляет предположить, что эти события вряд ли носили исключительно случайный характер, в них, безусловно, присутствовала вполне «преднамеренная» компонента. В контексте настоящего исследования особо следует подчеркнуть, что резкое снижение подростковой смертности от случайных падений в последний год исследования происходило на фоне формирования негативных тенденций подростковой смертности от суицидов.

Возвращаясь к падениям (прыжкам, сталкиваниям) с высоты с неопределенными намерениями, отметим, что в 2009 г. в структуре суммарных падений (W00-W19, X80, Y30), независимо от намерений, доля падений с неопределенными намерениями оказывается максимальной за десяти-

летие, составив 33,3% у юношей и 43,4% у девушек (рис. 16).

Подчеркнем, что, с одной стороны, при всех издержках работы российских правоохранительных органов и нежелании их обременять себя излишними исследованиями, они не были отнесены к случайным событиям, с другой – как уже указывалось, сталкивание с высоты является крайне редким способом убийства.

Это позволяет, с высокой степенью вероятности, отнести эти инциденты к латентным самоубийствам.

Обсуждая разного рода отравления с неопределенными намерениями как возможный резервуар самоубийств, укажем, что в их число не следует включать отравления наркотиками (Y12), седативными и психотропными препаратами (Y11), а также органическими растворителями и галогенсодержащими углеводородами и их парами (Y16) – в этих 3 случаях слишком велика вероятность случайных наркотических отравлений и, тем более, отравления алкоголем (Y15) – последнее в российских реалиях может выглядеть только стремлением улучшить показатели той или иной территории по алкогольным отравлениям.

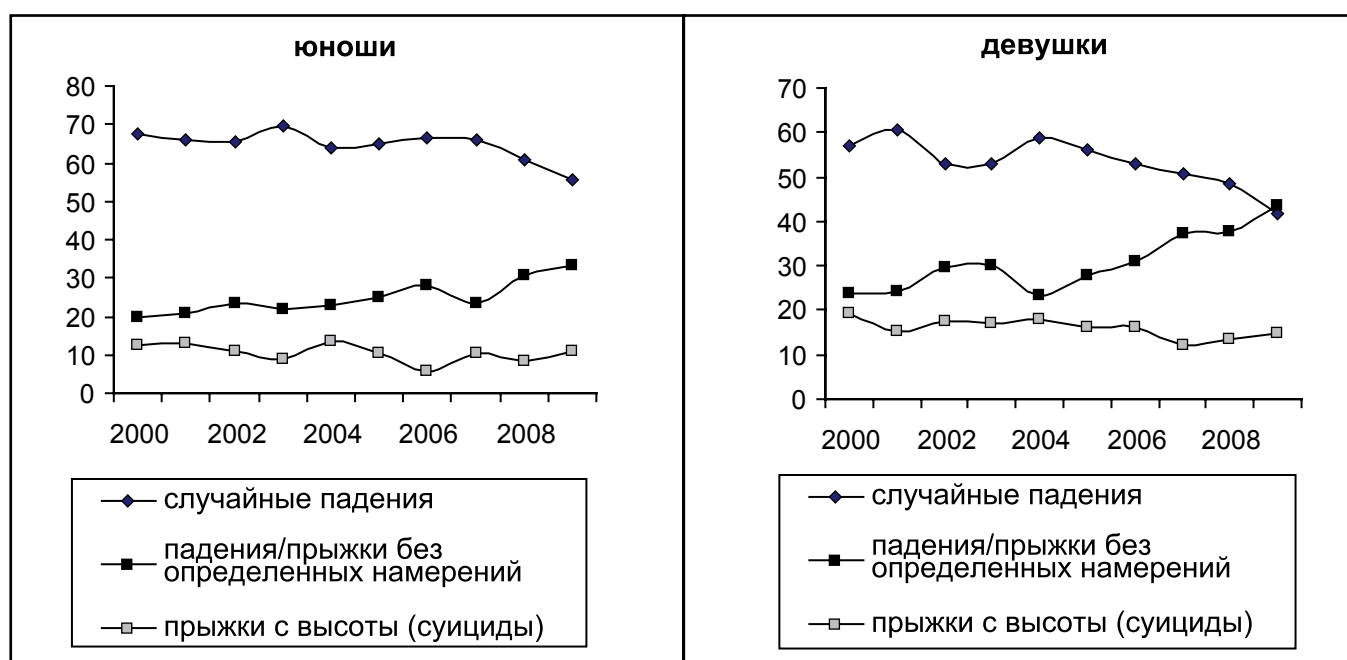


Рисунок 16. Динамика значимости основных инцидентов, определяющихся падениями с высоты в 2000-2009 гг. (в %).

Однако в числе вероятного резервуара самоубийств могут рассматриваться отравления другими лекарственными препаратами (Y10, Y13, Y14), а также разного рода химическими веществами (Y18, Y19): напомним, что речь идет не о маленьких детях, по условию не могущих осознать последствия своих поступков, и не о стариках, могущих допустить передозировку того или иного лекарства в силу старческой забывчивости.

Обсуждая огнестрельные ранения с неопределенными намерениями (Y22-Y24), укажем, что, несмотря на 2-е место по частоте реализации суицидов подобным образом у юношей, мы не сочли возможным включить их в число по-

тенциальных суицидов: с одной стороны, самоубийство подобным образом сопряжено с нахождением рядом оружия или же следов пороховых частиц на руках, с другой – слишком очевидной представляется вероятность убийства. В любом случае, квалификация его по механизму реализации на уровне анализа статистической информации представляется сомнительной.

Говоря о контактах с острым предметом с неопределенными намерениями (Y28), отметим, что в качестве вероятного резервуара латентных самоубийств они могут рассматриваться только в том случае, когда они приводят к типичным для суицидов ранениям верхнего плечевого пояса (S40-S69).

68

68

Остальные инциденты в качестве резервуара латентных самоубийств представляются либо маловероятными, либо малозначимыми.

При этом, однако, далеко не все инциденты, отнесенные к повешениям, падениям и отравлениям, были отнесены к латентным самоубийствам. Чтобы надежнее верифицировать эти события, анализ проводился не только по внешней причине, но и по характеру повреждений, и, в случае несоответствия инцидента и характера повреждений, инцидент из вероятного самоубийства исключался¹⁴⁰.

Если рассмотреть картину отобранных в соответствии с этими критериями латентных суицидов, то становится очевидно, что определялась она и у юношей и у девушек в течение всех нулевых годов отравлениями химикатами (Y18-Y19), повешениями (Y20) и прыжками с высоты (Y30), однако значимость этих инцидентов менялась в этот период достаточно существенно (табл. 13): так, если в 2000 г. латентные суициды у юношей определялись почти наполовину отравлениями химикатами, то в 2009 г. их вклад снизился до 9,9% на фоне роста значимости прыжков

с высоты (Y30) с 15,7% до 26,7% и повешений (Y20) с 31,9% до 61,8%. У девушек наблюдались сходные процессы: в латентных суицидах доля отравлений химикатами снижается с 42,1% до 21,1% на фоне роста вклада прыжков с высоты (с 27% до 37,3%) и повешений (с 19,7% до 32,4%) (табл. 13). Интересно, что сходное возрастание значимости повешений наблюдается и в структуре официальных суицидов (ср. с табл. 12).

Следует отметить также, что только в 2 инцидентах – падениях/прыжках с высоты и отравлениях химикатами число погибших «с неопределенными намерениями» превышает число подростков, покончивших таким образом с собой, причем максимальное (31,1- и 28-кратное) превышение наблюдается у юношей в первый и последний год исследования. Наибольшие вопросы вызывает тот факт, что из 1070 отравлений подростков химикатами «с неопределенными намерениями», происшедшими в 2000-2009 гг., в 935 случаях (87,4%) в свидетельстве о смерти после судебно-медицинской экспертизы стоит код T65.9, т.е. «токсическое действие неуточненного вещества» (табл. 14).

¹⁴⁰ Так, были исключены комбинации

«огнестрельное ранение (Y24) – асфиксия (T71)»,

«падение (Y30) – любое токсическое действие»,

«отравления лекарствами и химикатами – любые травмы и асфиксия»,

«повешение (Y20) – утопление (T75)»,

«отравление химикатами (Y19) – токсическое действие органических растворителей (T52)»,

«отравление химикатами (Y19) – отравление наркотиками и психодиспептиками [галлюциногенами] (T40)»,

«отравление седативными и психотропными средствами (Y11) – асфиксия (T71)».

С другой стороны, в число потенциальных самоубийств были включены инциденты, закодированные как Y33-Y34 (уточненные и неуточненные повреждения с неопределенными намерениями), если смерть наступила вследствие асфиксии (T71), токсического воздействия ненаркотических веществ (как правило, в этом качестве выступали другие и неуточненные вещества (T65.9)), отравления лекарственными препаратами (как правило, неуточненными (T50.9)), а также вследствие ранений сосудов верхнего плечевого пояса (S41, S45, S55).

Таблица 14. Соотношение сходных по способам реализации инцидентов, квалифицированных как суициды и повреждения с неопределенными намерениями, среди российских подростков в 2000-2009 гг.

Год	Контакт с острым предметом		Отравления лекарствами		Отравления химикатами		Прыжок с высоты		Повешение	
	юноши	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки
2000	0,07	0,20	0,39	0,26	31,14	3,76	1,56	1,24	0,08	0,09
2001	0,11	0,50	0,31	0,22	9,54	2,76	1,57	1,58	0,07	0,07
2002	0,08	0,00	0,47	0,29	6,67	1,32	2,11	1,71	0,07	0,06
2003	0,17	0,00	0,56	0,54	7,14	2,00	2,44	1,74	0,09	0,06
2004	0,09	0,17	0,38	0,37	4,70	1,78	1,65	1,30	0,08	0,09
2005	0,43	0,00	0,20	0,31	5,88	1,44	2,41	1,72	0,09	0,10
2006	0,15	0,00	0,20	0,54	6,25	1,67	5,11	1,90	0,10	0,12
2007	1,00	1,00	0,62	0,42	7,60	2,89	2,25	3,06	0,11	0,10
2008	0,10	0,00	0,26	0,44	28,00	3,67	3,76	2,78	0,11	0,09
2009	0,31	0,00	26,00	0,54	23,33	2,50	7,04	2,94	0,20	0,15

Предложенная нами верификация инцидента механизмом его реализации позволяет с высокой степенью вероятности предположить, что в России наблюдается систематический недоучет подростковых самоубийств, составивший в целом за 2000-е годы 13,8% в мужской и 22,1% в женской популяции: латентным остается каждый 7-й суицид у юношей и 5-й – у девушек (табл. 15). При этом недоучет суицидов вырос в последний год исследования, особенно заметно у девушек, среди которых в 2009 г. доля латентных самоубийств выросла до 27,6%, т.е. была максимальной за последнее десятилетие; у юношей она составила 15,8% – более высокий вклад латентных самоубийств наблюдался только в 2000 г.

Таблица 15. Оценка реального числа суицидов (в абсолютных значениях), латентная суицидальная компонента среди реальных суицидов – недоучет (в %), превышение реального числа суицидов над официальным у российских подростков в 2000-2009 гг.

Год	Официальные суициды		Латентные суициды		Реальные суициды		Недоучет реальных суицидов		Превышение числа реальных суицидов над официальными	
	юноши	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки
2000	2238	512	445	152	2683	664	16,6	22,9	1,20	1,30
2001	2443	504	356	134	2799	638	12,7	21,0	1,15	1,27
2002	2409	502	319	133	2728	635	11,7	20,9	1,13	1,26
2003	2209	444	314	123	2523	567	12,4	21,7	1,14	1,28
2004	2074	464	293	119	2367	583	12,4	20,4	1,14	1,26
2005	1946	434	302	116	2248	550	13,4	21,1	1,16	1,27
2006	1821	403	315	119	2136	522	14,7	22,8	1,17	1,30
2007	1701	455	293	128	1994	583	14,7	22,0	1,17	1,28
2008	1588	428	281	117	1869	545	15,0	21,5	1,18	1,27
2009	1397	372	262	142	1659	514	15,8	27,6	1,19	1,38
2000-09	19826	4518	3180	1283	23006	5801	13,8	22,1	1,16	1,28

Возникает вопрос: насколько типичной является эта ситуация для России?

Чтобы ответить на этот вопрос, для всех регионов России была рассчитана доля латентных суицидов в их

оценочных реальных уровнях в среднем в 2000-2003, 2004-2006 и 2007-2009 гг. (усреднение было проведено, чтобы элиминировать случайные флуктуации).

Таблица 16. Латентная суицидальная компонента в реальных суицидах подростков (в %) в российских регионах в 2000-2009 гг.

Территории	юноши			девушки		
	2000-2003	2004-2006	2007-2009	2000-2003	2004-2006	2007-2009
РФ	13,5	13,1	15,3	21,7	21,6	23,8
Адыгея	10,0	0,0	0,0	14,3	25,0	0,0
Алтай	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Башкортостан	9,2	72,4	13,6	12,1	16,3	23,8
Бурятия	0,8	1,1	1,4	3,4	4,3	0,0
Дагестан	3,3	1,3	0,0	9,1	0,0	0,0
Кабардино-Балкария	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Калмыкия	2,3	0,0	0,0	0,0	6,3	0,0
Карачаево-Черкессия	37,5	50,0	60,0	0,0	100,0	100,0
Карелия	8,2	7,9	23,5	8,3	10,0	38,5
Коми	4,2	5,7	1,8	4,5	4,8	5,3
Марий Эл	1,0	0,0	0,0	10,5	4,5	11,8
Мордовия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Саха (Якутия)	2,9	1,6	2,0	8,8	4,8	0,0
Северная Осетия	61,1	18,9	42,9	72,7	0,0	50,0
Татарстан	17,1	68,2	9,4	17,1	29,2	3,3
Тыва	11,8	2,2	12,8	9,3	10,7	23,1
Удмуртия	5,8	17,6	3,4	14,0	19,5	21,2
Хакасия	0,0	5,0	11,4	6,9	20,0	20,0
Чувашия	1,0	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0
Алтайский край	13,9	0,4	5,8	16,1	12,8	11,8
Краснодарский край	11,1	8,5	11,6	29,4	34,5	20,5
Красноярский край	23,8	24,4	26,8	40,6	35,6	34,5
Пермский край	2,1	3,6	1,7	6,2	1,8	2,2
Приморский край	22,3	15,9	21,6	37,8	15,0	26,1
Ставропольский край	28,4	18,5	30,0	38,1	40,9	45,0
Хабаровский край	2,7	6,3	5,6	11,5	7,4	8,3
Амурская область	0,0	4,1	1,7	5,7	0,0	15,4
Архангельская область	3,4	1,6	7,2	4,5	0,0	5,3
Астраханская область	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0
Белгородская область	0,0	4,0	10,7	10,0	14,3	28,6
Брянская область	17,4	3,6	18,4	36,4	16,7	30,8
Владимирская область	3,9	0,0	2,5	11,1	0,0	0,0
Волгоградская область	22,3	31,6	26,2	40,9	36,7	43,8
Вологодская область	12,5	15,7	17,1	25,0	38,5	46,2
Воронежская область	33,7	19,1	12,5	33,3	12,5	16,7
г. Москва	34,8	94,0	58,5	38,8	44,2	69,6
г. Санкт-Петербург	47,7	71,4	56,3	63,5	62,1	63,6
Ивановская область	7,9	6,2	19,4	40,0	0,0	42,9
Иркутская область	0,3	0,0	0,5	0,0	0,0	1,8
Калининградская область	11,5	1,7	10,8	30,0	36,4	41,7

Таблица 16. Латентная суицидальная компонента в реальных суицидах подростков (в %) в российских регионах в 2000-2009 гг.

Территории	юноши			девушки		
	2000-2003	2004-2006	2007-2009	2000-2003	2004-2006	2007-2009
Калужская область	16,7	3,6	8,3	14,3	0,0	0,0
Камчатская область	2,0	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Кемеровская область	2,5	22,9	3,8	5,6	17,4	5,0
Кировская область	4,3	2,7	7,0	12,5	23,5	10,0
Костромская область	15,3	4,5	17,9	22,2	20,0	33,3
Курганская область	1,0	3,6	1,7	10,0	10,7	14,3
Курская область	18,9	8,2	52,4	25,0	14,3	42,9
Ленинградская область	20,0	22,4	15,9	33,3	55,6	25,0
Липецкая область	10,0	4,1	21,9	55,6	36,4	55,6
Магаданская область	5,6	5,3	20,0	-	0,0	-
Московская область	7,3	13,5	11,0	5,9	0,0	11,5
Мурманская область	18,9	11,1	21,1	30,0	76,9	75,0
Нижегородская область	17,8	33,8	21,8	56,0	15,4	42,3
Новгородская область	4,9	0,0	4,5	25,0	25,0	0,0
Новосибирская область	7,3	20,0	3,6	19,0	11,1	8,7
Омская область	13,7	19,0	21,2	26,2	32,1	34,5
Оренбургская область	1,9	5,1	5,6	0,0	12,9	12,1
Орловская область	31,0	4,7	40,0	75,0	75,0	25,0
Пензенская область	7,1	9,1	4,3	22,2	0,0	8,3
Псковская область	2,7	0,5	6,3	0,0	20,0	50,0
Ростовская область	41,2	69,6	62,0	54,0	67,7	70,4
Рязанская область	56,6	26,9	56,3	50,0	83,3	100,0
Самарская область	38,2	66,2	49,0	47,4	60,9	70,0
Саратовская область	40,0	71,1	11,0	48,8	40,0	11,5
Сахалинская область	41,4	16,0	55,2	16,7	33,3	37,5
Свердловская область	12,4	73,3	26,3	21,0	33,3	31,3
Смоленская область	9,1	1,0	13,0	16,7	42,9	20,0
Тамбовская область	4,2	18,6	33,3	0,0	44,4	20,0
Тверская область	3,4	13,5	0,0	0,0	0,0	20,0
Томская область	10,5	5,0	26,1	16,7	11,8	50,0
Тульская область	28,9	18,9	20,6	37,5	20,0	25,0
Тюменская область	15,3	46,5	21,9	22,1	24,4	23,9
Ульяновская область	52,6	18,7	51,2	64,0	75,0	66,7
Челябинская область	8,1	43,9	17,4	19,3	24,3	22,7
Забайкальский край	10,6	8,1	3,8	10,0	7,7	16,7
Ярославская область	20,8	26,3	30,8	31,3	0,0	20,0
Чукотский АО	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Еврейская АО	0,0	1,8	0,0	16,7	0,0	0,0

Из таблицы 16 видно, что региональный профиль доли латентных суицидов в течение всего десятилетия выглядел весьма гетерогенным: показатели варьировали в мужской популяции от нуля до 61,1% в начале, 94% и 75% в середине и 62% в конце десятиле-

тия; у женщин максимальные вклады латентных самоубийств в реальные оказались 100%-ными – такая ситуация возникала, когда не было зарегистрировано ни одного официального суицида у девушек при определенном количестве суицидов латентных.

В течение 2000-х годов сформировалась достаточно стабильная группа территорий с низким (ниже 5%) вкладом латентных самоубийств в реальные.

В начале и середине 2000-х годов у юношей эта группа превысила 40%, снизившись к концу десятилетия до 34,6% российских территорий; у девушек в начале десятилетия она составляла 19,2%, в середине – треть, в конце десятилетия – четверть российских территорий (табл. 17).

К полюсной группе были отнесены территории, где латентные самоубийства превышают половину их реального уровня. Эти территории были в явном меньшинстве: в начале 2000-х годов их доля составляла 3,8% в мужской и 12,8% в женской популяции, в середине – 11,5% и у юношей и у девушек, в конце десятилетия – соответственно 10,3% и 15,4%.

Таблица 17. Распределение российских регионов по масштабам недоучета подростковой суицидальной смертности в 2000-2009 гг.

Латентная суицидальная компонента	юноши			девушки		
	2000-2003	2004-2006	2007-2009	2000-2003	2004-2006	2007-2009
0%	11,5	15,4	15,4	15,4	26,9	20,5
0,1-4,9%	29,5	26,9	19,2	3,8	6,4	5,1
5-9,9%	10,3	15,4	10,3	12,8	3,8	7,7
10-14,9%	14,1	3,8	12,8	14,1	12,8	9,0
15-15,9%	10,3	14,1	7,7	10,3	7,7	3,8
20-24,9%	6,4	5,1	11,5	5,1	9,0	14,1
25-29,9%	2,6	2,6	5,1	6,4	3,8	6,4
30-34,9%	3,8	2,6	3,8	6,4	5,1	6,4
35-39,9%	2,6			6,4	6,4	2,6
40-44,9%	3,8	1,3	2,6	3,8	6,4	6,4
45-49,9%	1,3	1,3	1,3	2,6		2,6
50-54,9%	1,3	1,3	2,6	2,6		3,8
55-59,9%	1,3		5,1	2,6	1,3	1,3
60-64,9%	1,3		2,6	2,6	2,6	1,3
65-69,9%		3,8			1,3	2,6
70-74,9%		5,1		2,6	0,0	2,6
75-79,9%				1,3	3,8	1,3
80-84,9%					1,3	
85-89,9%						
90%+		1,3		1,3	1,3	2,6

При этом в 2000-2003 гг. латентных самоубийств юношей не наблюдалось на 11,5%, девушек – на 15,4%, в 2004-2006 гг. – на 15,4% и 26,9%, в 2007-2009 гг. – на 15,4% и 20,5% российских территорий соответственно.

Настораживающим представляется тот факт, что за десятилетие доля территорий с низкой латентной суицидальной компонентой снизилась на фоне роста вклада территорий с их высокой компонентой.

Вторым важным обстоятельством представляется тот факт, что эти полюсные группы являются весьма устойчивыми. Так, в группу с низкой латентной компонентой и у юношей и у девушек входили республики Коми, Мордовия, Чувашия, Дагестан, Кабардино-Балкария, Алтай, Бурятия и Саха (Якутия), Пермский край, Архангельская, Владимирская, Тверская, Астраханская, Иркутская, Камчатская и Еврейская автономная области, а также Чукотский автономный округ.

В группу с крайне высокой латентной суицидальной компонентой и среди юношей и среди девушек входили Москва и Санкт-Петербург, Рязанская, Ульяновская, Самарская и Ростовская области, а также Карачаево-Черкессия.

Таким образом, можно констатировать, что отмеченная среднероссийская латентная компонента суицидов не является универсальной для российских регионов, более того – не менее чем на трети российских территорий она, как минимум, вдвое ниже среднероссийской. При этом территории с очень высокой (не менее 50%) суицидальной компонентой оказались в явном меньшинстве (к ним относятся не более 10%-15% российских территорий), однако в их число входят территории

с высокой численностью населения, в первую очередь, Москва и Санкт-Петербург.

Приводя эти результаты, еще раз подчеркнем: речь идет о потенциальном, вероятном резервуаре латентной суицидальной смертности.

Может возникнуть вопрос: насколько объективны сформулированные нами оценки недоучета суицидальной смертности подростков? В частности, не слишком ли смелым является наше предложение об учете всех прыжков с высоты (падений) в числе потенциальных суицидов, а также всех отравлений разного рода химикатами?

Мы допускаем, что в этих двух случаях (скорее в первом, чем во втором) может быть некоторая гипердиагностика. Однако нельзя забывать, что при формировании резервуара недоучета суицидов из него были полностью исключены огнестрельные ранения, несмотря на явно имеющуюся в них суицидальную компоненту (напомним, что выстрелы из огнестрельного оружия являются 2-м по значимости способом реализации суицидов у юношей). Кроме того, были исключены все отравления седативными и психотропными препаратами, что также, мягко говоря, не исключает самоубийств.

Более того, в расчет абсолютно не принимались подростковые смерти от «Симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний». Между тем, последний блок этих причин содержит такие рубрики, как «Другие виды внезапной смерти по неизвестной причине» (R96), «Смерть без свидетелей» (R98), «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти» (R99). Канонически в этот блок не должны включаться смерти от внешних причин, однако недавние работы отечественных исследователей указывают, что в дей-

ствительности это правило в России не выполняется, что, несомненно, указывает на эти причины как на еще один резервуар суицидальной смертности. Между тем, нельзя забывать, что, начиная с 1993 г. до 2005 г. по уровню смертности у юношей неточно обозначенные состояния занимали, как правило, 2-е место, иногда опускаясь на 3-е, и только после 2005 г. их ранг снизился до 4-го места.

Учитывая эти неиспользованные в настоящем исследовании, но несомненные резервуары суицидальной смертности, можно с уверенностью утверждать, что возможная гипердиагностика в отношении прыжков (падений) с высоты и отравлений химикатами компенсируется недоучетом их среди огнестрельных ранений, отравлений седативными препаратами и неточно обозначенных состояний.

В целом следует констатировать, что предложенная нами оценка уровней суицидальной смертности с высокой степенью вероятности ближе к реальным, нежели ее официально объявленные уровни.

Выявленное в 2000-е годы превышение оценочной реальной суицидальной смертности над ее официальными уровнями, в среднем составившее 16% у юношей и 28% у девушек, является актуальным для всего постсоветского периода (во всяком случае, опережающий рост смертности от повреждений с неопределенными намерениями, отмеченный в 1990-е годы не позволяет надеяться на меньшую латентную компоненту).

Завершая этот раздел, укажем, что официальные уровни суицидальной смертности у подростков по условию не могут быть заниженными, т.к. часть самоубийств оказывается замаскированной среди «повреждений с неопределенными намерениями».

В качестве наиболее вероятного резервуара недоучета суицидальной смертности подростков целесообразно рассматривать повешения, отравления медикаментами (кроме психотропных и седативных), прыжки (падения) с высоты и контакты с острыми предметами, приведшие к ранам верхнего плечевого пояса, с неопределенными намерениями. Возможная гипердиагностика компенсируется исключением из этого перечня смертей вследствие выстрела из огнестрельного оружия и отравлений седативными и психотропными средствами с неопределенными намерениями, а также вследствие смертей по неизвестным причинам (R96-R99). Наиболее часто из приведенного перечня недоучитывались

отравления химикатами и прыжки (падения) с высоты.

Если использовать предложенный потенциальный резервуар латентной суицидальной смертности, то в среднем в 2000-2009 гг. суицидальная смертность подростков в России увеличиваются на 16% у юношей и 28,4% у девушек.

Латентная суицидальная компонента отличалась выраженным региональным разбросом – от нулевых значений в 15,4% российских территорий у юношей и в 21% у девушек до 50% и выше в 10,3% и 15,4% регионов соответственно.

Как правило, латентная компонента была минимальной на территориях с высокими уровнями официальной смертности, ее максимальные уровни фиксировались в регионах с низкими официальными уровнями показателя. К таковым в 2000-2009 гг. стабильно относились Москва и Санкт-Петербург, Рязанская, Ульяновская, Самарская и Ростовская области, а также Карачаево-Черкессия.

8. Факторы смертности подростков от самоубийств

Эксперты насчитали около 800 причин, по которым люди решаются на добровольную смерть, при этом более чем в 40% случаев причина суицида остается неизвестной, а среди выясненных причин доминируют страх перед наказанием (19%), душевные болезни (18%) и душевные огорчения (18%). Страсти, денежные потери, пресыщенность жизнью и физические болезни, вместе взятые, отнимают не более 10% жизней¹⁴¹.

Генетические факторы

Наследственность частично является фактором риска суицидального поведения. По статистике, в 6% случаев один из родителей самоубийц также покончил с собой; у 25% склонных к суициду детей один из родителей предпринимал попытку суицида; у 44% - близкий родственник¹⁴².

Специальные семейные и «близнецовые» исследования свидетельствуют о генетически обусловленной природе суицидального поведения. Так, у первого поколения потомков самоубийц частота попытки и завершеного суицида примерно в 4 раза выше, чем в «несуицидных» семьях¹⁴³. В ряду родители-дети вероятность наследования суицидального поведения составляет 12-18%, у сибсов – 10-15%¹⁴⁴. Вероятность завершеного суицида у монозиготных близнецов примерно в 20 раз выше, чем у дизиготных, но у последних – в 3,5 раза выше среднего уровня в по-

пуляции¹⁴⁵. Если усыновленные дети, в семейном анамнезе которых были сведения о суициде, попадают в «несуицидную» семью, у них наблюдается повышение в 6 раз частоты суицидальных попыток по сравнению с контрольными усыновленными детьми, чьи биологические родители не совершали таких попыток¹⁴⁶.

Ученые сумели выделить два гена-маркера, ответственных за возникновение суицидальных мыслей¹⁴⁷. Гены, регулирующие гипоталамо-гипофизарно-адреналовую систему, которая обеспечивает адаптацию организма к стрессорным воздействиям, формируют эндофенотипы суицидального поведения¹⁴⁸. С самоубийствами и попытками самоубийства ассоциированы три подмножества аллелей этих генов у мужчин и одно – у женщин¹⁴⁹.

Л.А. Радкевич с соавторами связывают склонность человека к самоубийству с активностью одного из ферментов системы детоксикации организма – арилалкил

¹⁴¹ Сайт ВОЗ «Mental health», Suicide prevention (SUPRE) / URL: <http://www.iasp.info/>

¹⁴² Федосова И.В., Белозерцева И.Н. Обеспечение эколого-психологической безопасности детей группы суицидального риска // Фундаментальные исследования – 2005 – № 3 – С. 98-100 / URL: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=7779966 (дата обращения: 26.06.2011)

¹⁴³ Roy A, Rylander G, Sarchiapone M. Genetic studies of suicidal behavior // Psychiatr Clin North Am. 1997 – 20(3) – P. 595-611

¹⁴⁴ Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims // Arch Gen Psychiatry. 1996 – 53(12) – P. 1145-1152

¹⁴⁵ Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims // Am J Psychiatry. 1995 – 152(7) – P. 1075-1076.

¹⁴⁶ Wender PH, Kety SS, Rosenthal D, Schulsinger F, Ortman J, Lunde I. Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders // Arch Gen Psychiatry. 1986 – 43(10) – P. 923-929

¹⁴⁷ Гайсина Д. А., Халилова З. Л., Хуснутдинова Э.К. Генетические факторы риска суицидального поведения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008. Т. 108 (1). С. 87-91

¹⁴⁸ Wasserman D, Terenius L. The role of genetics in promoting suicide prevention and the mental health of the population. // Eur Psychiatry. 2010 – 25(5) – P. 249

¹⁴⁹ Wasserman D, Wasserman J, Sokolowski M. Genetics of HPA-axis, depression and suicidality // Eur Psychiatry. 2010 – 25(5) – P. 278-280

N-ацетилтрансферазы (NAT2)¹⁵⁰. Наряду с обезвреживания ксенобиотиков, фермент NAT2 регулирует в эпифизе синтез мелатонина из серотонина. Активность NAT2 разграничивает популяции на медленных и быстрых N-ацетиляторов. Люди медленного фенотипа NAT2 в несколько раз чаще совершают самоубийство, чем люди быстрого фенотипа. У подростков в период полового созревания активность NAT2 резко падает, и мелатонина в эпифизе очень мало. В таком возрасте молодые люди часто подвержены депрессиям и самоубийствам. Увеличение смертности от суицида и у мужчин, и у женщин в пожилых возрастах объясняется снижением активности эпифиза в период менопаузы, и, следовательно, угнетением активности фермента NAT2 и снижением синтеза мелатонина.

Не только серотонинергическая система среди всех нейрохимических механизмов мозга играет роль в предрасположенности к суициду¹⁵¹. С биохимических позиций суицид рассматривается как трехкомпонентная система: 1) моноаминергическая медиация¹⁵² и гипоталамо-гипофизарно-кортикоидная система как путь

срочной реализации стрессового напряжения и связанного с ним возбуждения и беспокойства¹⁵³; 2) серотонинергическая система как механизм контроля агрессивных импульсов и формирования депрессии¹⁵⁴; 3) иммунная система¹⁵⁵ и липидный обмен¹⁵⁶ как «системный контекст», способный усиливать патохимические процессы, на фоне которых возникают нейробиологические нарушения. Генетически обусловленные изменения в этих системах могут быть причиной формирования агрессивности, импульсивности, неустойчивости при стрессах, ангедонии, депрессии или акцентуированной циклоидности¹⁵⁷. Эти заложенные в генетическую программу черты поведения с возрастом деформируются вследствие развития тех или иных гормональных нарушений, под воздействием внешней среды, химических факторов зависимости, при стрессовых ситуациях и кризисных состояниях. Механизм формирования внутри личности суицидальной направленности разный, но итогом является устойчивая суицидальность, в основе которой лежит определенное сочетание биохимических особенностей мозга.

¹⁵⁰ Радкевич Л.А., Гюльязизова, И.С. Николаева, Нечаев Д.С., Сошинский И.С., Крылов Е.Н., Пирузян Л.А. Исследование взаимосвязи полиморфизма фенотипа NAT2 с предрасположенностью к суициду в этнических популяциях / Доклады Академии наук – 2005. т. 404, N 1 – С. 117-121

¹⁵¹ Serretti A, Calati R, Mandelli L, De Ronchi D. Serotonin transporter gene variants and behavior: a comprehensive review // *Curr Drug Targets*. 2006 – 7(12) – P. 1659-1669.

¹⁵² Gerra G, Garofano L, Santoro G, Bosari S, Pellegrini C, Zaimovic A, Moi G, Bussandri M, Moi A, Brambilla F, Donnini C. Association between low-activity serotonin transporter genotype and heroin dependence: behavioral and personality correlates // *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2004 – 126B(1) – P. 37-42

Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S, Brent DA, Champagne FA, Clayton P, Currier D, Dougherty DM, Haghighi F, Hodge SE, Kleinman J, Lehner T, McMahon F, Mościcki EK, Oquendo MA, Pandey GN, Pearson J, Stanley B, Terwilliger J, Wenzel A. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior // *Biol Psychiatry*. 2009 – 65(7) – P. 556-563

¹⁵³ Janelidze S, Mattei D, Westrin A, Träskman-Bendz L, Brundin L. Cytokine levels in the blood may distinguish suicide attempters from depressed patients // *Brain Behav Immun*. 2011 – 25(2) – P. 335-339

Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Möller-Leimkühler AM, Giupponi G, Girardi P, Tatarelli R, Lester D. The hypo-thalamic-pituitary-adrenal axis and serotonin abnormalities: a selective overview for the implications of suicide prevention // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2010 – 260(8) – P. 583-600

¹⁵⁴ Mann JJ, Arango V, Hentleff RA, Lagattuta TF, Wong DT. Serotonin 5-HT₃ receptor binding kinetics in the cortex of suicide victims are normal // *J Neural Transm*. 1996 – 103(1-2) – P. 165-171

¹⁵⁵ Westrin A, Engström G, Ekman R, Träskman-Bendz L. Correlations between plasma-neuropeptides and temperament dimensions differ between suicidal patients and healthy controls // *J Affect Disord*. 1998 – 49(1) – P. 45-54

Nässberger L, Träskman-Bendz L. Increased soluble interleukin-2 receptor concentrations in suicide attempters // *Acta Psychiatr Scand*. 1993 – 88(1) – P. 48-52

¹⁵⁶ Boston PF, Dursun SM, Reveley MA. Cholesterol and mental disorder // *Br J Psychiatry*. 1996 – 169(6) – P. 682-689

Maes M, Smith R, Christophe A, Vandoolaeghe E, Van Gastel A, Neels H, Demedts P, Wauters A, Meltzer HY. Lower serum high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) in major depression and in depressed men with serious suicidal attempts: relationship with immune-inflammatory markers // *Acta Psychiatr Scand*. 1997 – 95(3) – P. 212-221

¹⁵⁷ Нейробиологические основы суицидальности 13.10.2007 // Сайт Tools of Death - Энциклопедия орудий смерти! /

URL: <http://www.tools-of-death.ru/>

Кроме того, одним из факторов, оказывающих влияние на склонность к самоубийству, являются мутации в трех генах, отвечающих за работу мозга¹⁵⁸.

Генетическая предрасположенность к суицидальному поведению не является достаточной причиной для формирования такого поведения.

Суицидальное поведение заметно для окружающих только на конечном этапе его формирования (внешние формы суицидального поведения – суицидальные попытки и завершённые суициды), тогда как внутреннее суицидальное поведение индивида (пассивные суицидальные мысли и суицидальные тенденции) для большинства окружающих людей незаметно¹⁵⁹.

Для формирования суицидальных тенденций кроме генетической предрасположенности необходимы другие факторы риска, которые иногда и сами по себе могут служить причинами суицида безотносительно к наследственности. Влияние генетических факторов на суицидальное поведение может опосредоваться психологическими и социально-средовыми факторами¹⁶⁰.

У генетически отягощенных индивидов часто отмечается склонность к социальному поведению, провоцирующему возникновение специфических стрессовых ситуаций, которые, в свою очередь, могут вызывать депрессию и суицидальные реакции¹⁶¹.

Факторы риска формирования суицидальной тенденции можно разделить на две группы – интраперсональные и экстраперсональные¹⁶².

Интраперсональные факторы включают:

- *психические заболевания,*
- *злоупотребление психоактивными веществами,*
- *соматические заболевания, сопровождающиеся сильной болью или существенным ограничением жизнедеятельности¹⁶³.*

Экстраперсональные факторы риска формирования суицидальной тенденции включают:

- *проблемы взаимоотношения с другими людьми и обществом,*
- *подверженность насилию и получение психических травм,*
- *социальные стрессы,*
- *бедность и безработицу.*

¹⁵⁸ Baca-Garcia E, Vaquero-Lorenzo C, Perez-Rodriguez MM, Gratacòs M, Bayés M, Santiago-Mozos R, Leiva-Murillo JM, de Prado-Cumplido M, Artes-Rodriguez A, Ceverino A, Diaz-Sastre C, Fernandez-Navarro P, Costas J, Fernandez-Piqueras J, Diaz-Hernandez M, de Leon J, Baca-Baldero E, Saiz-Ruiz J, Mann JJ, Parsey RV, Carracedo A, Estivill X, Oquendo MA. Nucleotide variation in central nervous system genes among male suicide attempters // Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet – 2010 – 153B(1) – P. 208-213

¹⁵⁹ Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей – Л.: Медицина, 1985 – 416 с.

¹⁶⁰ van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality // Can J Psychiatry. 2003 – 48(5) – P. 292-300

¹⁶¹ Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments? // Arch Gen Psychiatry. 1992 – 49(9) – P. 716-722

¹⁶² Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., Пути становления и перспективы развития превентивной суицидологической судьбы // Тез. докл. IV Всес. съезда невропатологов и психиатров – М.: 1980 – Т. 1. – С. 22-25

¹⁶³ Wasserman D. A stress vulnerability model and the development of the suicidal process – In.: Suicide – an unnecessary death – Martin Dunitz: London – 2001 – P. 13-27

Психические заболевания

Суицидальный риск среди больных, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах, в 35 раз выше, чем в популяции психически здоровых лиц¹⁶⁴. Среди городских жителей, страдающих

психическими заболеваниями, показатель самоубийств является одним из самых высоких среди отдельных групп населения и составляет 95,2 человека на 100 тыс. населения¹⁶⁵.

Психически больные относятся к наиболее социально дезадаптированным группам населения, поэтому кризисное состояние общества способствует вынужденно-добровольному уходу их из жизни как наиболее слабых, социально незащищенных индивидов. При хронических психических заболеваниях заметно нарушаются мотивационно-волевые компоненты личности, ухудшаются аналитические способности, соответственно снижается и возможность правильной оценки ситуации и моделирования адекватного поведения¹⁶⁶.

По данным некоторых зарубежных исследователей почти 90-95% больных, совершающих суицидальные попытки, диагностируются как психические больные¹⁶⁷. Данные американских исследователей отличаются: личностные расстройства диагностируются примерно у 30% лиц, погибших в результате суицида, и у 40% лиц, совершивших попытки самоубийства¹⁶⁸. В странах СНГ среди суицидентов отмечается меньшая доля больных, большая доля психически неуравновешенных лиц¹⁶⁹. В России на долю психически больных приходится приблизительно третья часть

от общего числа случаев завершенных суицидов¹⁷⁰. Уровень суицидов среди лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, превышает уровень самоубийств в общей популяции от 2,5¹⁷¹ до 5 раз¹⁷².

Наибольший риск суицидального или парасуицидального поведения отмечается у психопатических личностей возбудимого круга¹⁷³, пациентов с эмоционально неустойчивым (импульсивный и пограничный типы) и диссоциальным расстройствами личности¹⁷⁴. Наибольшее число самоубийств случается среди

¹⁶⁴ Аброумова А.Г. Непатологические ситуационные реакции у подростков в суицидологической практике // Журн. невропатологии и психиатрии – 1980 – № 4 – С. 632-634

¹⁶⁵ Гомзикова С. Россия остается страной самоубийц – Свободная пресса, 30 января 2011 года / URL: <http://svpressa.ru/society/article/37979/>

¹⁶⁶ Войцехович В.А., Редько А.Н. Самоубийства с позиций социальной медицины // Пробл. соц. Гигиены и история медицины – 1996 – № 2 – С. 16-19

¹⁶⁷ Ковалев В.В., Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения – М.: Смысл, 1980 – 341 с.

¹⁶⁸ Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality // Am J Psychiatry. 2006 – 163(1) – Р. 20-26.

¹⁶⁹ Ильяшенко О.А. Социально-психологические аспекты суицидального поведения у лиц зрелого возраста // Украинский медицинский альманах – 2007, т. 10, №4 – С. 59-63.

¹⁷⁰ Лапицкий М.А., Ваулин С.В. Психопатологическая характеристика лиц, госпитализированных в психиатрические стационары в связи с суицидальной попыткой // Соц. и клин. психиатр. – 1997 – № 1 – С. 128-129

Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей – М.: Когито, 2005 – 367 с.

¹⁷¹ Агафонов С.К. Анализ динамики суицидов в Ростовской области за период 1993-2003 гг. // Материалы XIV съезда психиатров России 2005. М. С. 34

¹⁷² Гладышев М.В., Положий Б.С. Суицидальное поведение больных с психическими расстройствами // Материалы XIV съезда психиатров России. М. – 2005 г. С. 437

¹⁷³ Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально- психологической дезадаптации личности. Актуальные проблемы суицидологии. М. 1978, с. 6-28.

¹⁷⁴ Soloff PH, Fabio A. Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up // J Pers Disord. 2008 – 22(2) – Р. 123-134

Pollock LR, Williams JM. Problem-solving in suicide attempters. // Psychol Med. 2004 – 34(1) – Р. 163-167

больных депрессией – до 70% депрессивных больных всерьёз задумываются о самоубийстве, а 15% из них совершают самоубийства¹⁷⁵. Например, в Японии почти каждый пятый из 32,8 тыс. человек, покончивших жизнь самоубийством в 2009 году, ушёл из жизни на фоне обострения депрессивного состояния. При этом к психиатрам обращаются лишь 12,5%

страдающих депрессией¹⁷⁶. Около 10% больных шизофренией кончают жизнь самоубийством, среди больных маниакально-депрессивным психозом с жизнью расстаётся 10-15%¹⁷⁷. В целом, нет единого мнения по вопросу о том, при каком из психических заболеваний отмечается наибольшая частота суицидальных действий.

Злоупотребление психоактивными веществами

Повышенный риск суицида также связывают со злоупотреблением психоактивными веществами¹⁷⁸. Их длительное воздействие приводит к нарушению механизмов нейрохимической регуляции и нарушению процессов нейропластичности, что может стимулировать суицидальное поведение¹⁷⁹.

Треть самоубийц в момент совершения акта суицида находятся под непосредственным воздействием наркотических веществ. Самые высокие показатели самоубийств наблюдаются среди наркоманов – 178 человек на 100 тыс. населения¹⁸⁰.

Лечение антидепрессантами также способно спровоцировать самоубийство. Молодежь до 25 лет, принимающая антидепрессанты, чаще кончает жизнь самоубийством, нежели люди более старшего возраста. Пациенты, которые имели проблемы со сном и при этом принимали седативные и снотворные препараты,

в четыре раза чаще уходили из жизни добровольно¹⁸¹. Антидепрессант нортриптилин повышает риск самоубийства среди мужчин в 10 раз¹⁸². Исследователи выявили гены, связанные с повышенным риском суицида при приёме антидепрессантов. Три комбинации нескольких независимых мутаций в локусе гена, кодирующего высокоаффинный рецептор мозгового нейротрофического фактора у больных депрессией, связаны с повышенным риском суицидальных попыток. Носители всех трех наиболее достоверных генетических маркеров имеют риск совершения суицида в среднем в 4,5 раза выше (от 2,1 до 9,8 раза) по сравнению с больными депрессией, не имеющими хотя бы одного из этих трех маркеров риска¹⁸³.

Тесная взаимосвязь между алкогольными злоупотреблениями и суицидальным поведением зафиксирована во мно-

¹⁷⁵ Аброумова А.Г. Непатологические ситуационные реакции у подростков в суицидологической практике // Журн. невропатологии и психиатрии, 1980. № 4, с. 632-634. Pfeffer CR, Newcorn J, Kaplan G, Mizruchi MS, Plutchik R. Subtypes of suicidal and assaultive behaviors in adolescent psychiatric inpatients: a research note // J Child Psychol Psychiatry. 1989 – 30(1) – P. 151-163

¹⁷⁶ Сайт Самоубийства в современном мире / URL: http://www.memoid.ru/node/Samoubijstva_v_sovremennom_mire

¹⁷⁷ Pfeffer CR, Newcorn J, Kaplan G, Mizruchi MS, Plutchik R. Subtypes of suicidal and assaultive behaviors in adolescent psychiatric inpatients: a research note // J Child Psychol Psychiatry. 1989 – 30(1) – P. 151-163

¹⁷⁸ Sanchez HGT. Risk factor model for suicide assessment and intervention. Professional Psychology: Research and Practice, 2001, 32: 351-358.

¹⁷⁹ Нейробиологические основы суицидальности 13.10.2007 // Сайт Tools of Death – Энциклопедия орудий смерти! / URL: <http://www.tools-of-death.ru/>

¹⁸⁰ Гомзикова С. Россия остается страной самоубийц – Свободная пресса, 30 января 2011 года / URL: <http://svpressa.ru/society/article/37979/>

¹⁸¹ Фиккер В. (Ficker F.) Значение медикаментозной интоксикации при суицидальных действиях в детском и подростковом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1978. – Т. 78 – № 12 – С. 1850-1852

¹⁸² Roy A. Characteristics of drug addicts who attempt suicide. // Psychiatry Res. 2003 - 121(1). – P. 99-103.

¹⁸³ Морозов П.В. Суицидальность при депрессии: влияние генетических факторов и антидепрессантов // Психиатрия и психофармакотерапия, Том 12, №1 – 2010 – С. 4-7

гих специальных исследованиях¹⁸⁴. Среди хронических алкоголиков показатели самоубийств составляют 91 человек на 100 тыс. населения. Фактор алкоголизма неодинаково влияет на уровень самоубийств в разных странах¹⁸⁵. Частота употребления алкоголя среди населения европейских стран

является прогностическим признаком для частоты самоубийств молодежи в возрасте 15-29 только для женской популяции, но не для мужской, где прогностическими факторами являются социальный стресс, связанный с насилием в отношении молодежи¹⁸⁶.

Взаимосвязь между алкогольными злоупотреблениями и суицидальным поведением не носит прямого причинного характера. Влияние алкоголя на совершаемость самоубийств опосредовано рядом факторов и, прежде всего, степенью социальной аномии и общим уровнем девиантности общества¹⁸⁷.

Соматические заболевания

Соматические заболевания, такие как неврологические болезни, рак¹⁸⁸, СПИД¹⁸⁹, часто служат причиной самоубийств. Разные формы органического поражения головного мозга, нарушения, возникающие у детей на ранних стадиях онтогенеза, влекут за собой своеобразие развития и могут послужить «пусковым» механизмом формирования суицидального поведения¹⁹⁰. Высокий уровень самоубийств наблюдается среди инвалидов, самоубийство

весьма распространено среди ВИЧ-инфицированных. После инсульта 19% пациентов находятся в депрессии и склонны к самоубийству¹⁹¹. Посттравматический стресс, рецидивы и обострения тяжелых хронических заболеваний также повышают риск суицида¹⁹². Проблема эвтаназии явилась логическим продолжением объективности возникновения у больных желания добровольно уйти из жизни из-за непреодолимого физического страдания.

¹⁸⁴ Norström T. Alcohol and suicide in Scandinavia // British Journal of Addiction. 1988. Vol. 83. № 4. P. 553-559; Skog O.-J. Alcohol and suicide – Durkheim revisited // Acta Sociologica. 1991. Vol. 34. № 2. P. 193-206;

Conner K.R., Beautrais A.L., Conwell Y. Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: Analysis of Canterbury suicide project data // Journal of Studies on Alcohol. 2003. Vol. 64. № 4. P. 551-554; Older alcoholics face greater risk of suicide // Psychiatric Times. 2003. Vol. 20. № 8. P. 26.

¹⁸⁵ Wasserman D. Alcohol and suicidal behavior. // Nordic Journal Psychiatry. 1999. - № 47. - P. 265 - 271.

¹⁸⁶ Innamorati M., Lester D., Amore M., Girardi P., Tatarelli R., Pompili M. Alcohol consumption predicts the EU suicide rates in young women aged 15-29 years but not in men: analysis of trends and differences among early and new EU countries since 2004. // Alcohol. 2010 – 44(5). – P. 463-469.

¹⁸⁷ Skog O.-J., Elekes Z. Alcohol and the 1950-90 Hungarian suicide trend – is there a causal connection // Acta Sociologica. 1993. Vol. 36. № 1. p. 44

¹⁸⁸ Шутценбергер А.А. Драма смертельно больного человека. 15 лет работы в психодраме с больными раком // Психодрама: вдохновение и техника. М., 1997. С. 217-243.

¹⁸⁹ Бусыгина Н. Психологическая помощь онкологическим больным в свете холистической модели болезни // Московский психотерапевтический журнал, 2000. – № 1 (24). – С. 77-100.

¹⁹⁰ Белозерцева И.Н. Детский суицид: профилактика и коррекция – Иркутск: ООО «Сантай», 2001. – 47 с.; Задворнова М.К. и др. О суицидной ситуации у детей и подростков в Удмуртской республике // Образование в Удмуртии: аналитические и тематические сообщения. – 1997

¹⁹¹ Suicide Prevention. SUPRE. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Management of Mental and Brain Disorders. Department of Mental Health and Substance Dependence/ World Health Organization. – Geneva, 2002 – WHO/MSD/MBD/02.197 p.

¹⁹² Sanchez HGT. Risk factor model for suicide assessment and intervention. Professional Psychology: Research and Practice, 2001, 32: 351-358.

Проблемы взаимоотношения с другими людьми и обществом

Проблемы взаимоотношения с другими людьми и обществом формируются специфическими особенностями личности и особенностями характера (преимущественно шизоидного, сенситивного, эпилептоидного и психастенического типов). Стилиевые особенности мышления могут препятствовать адаптационным возможностям к окружающей среде и социуму, препятствовать выработке социальных навыков и методов преодоления жизненных трудностей, способствовать формированию стойкой неуверенности в себе и низкой ценностной оценки своей личности. Конфликтные взаимоотношения человека

с обществом могут стать фактором формирования суицидального поведения¹⁹³.

Резкое нарушение сложившейся модели социальных взаимосвязей личности, когда внезапно и шокирующе меняются отношения человека с обществом, также может стимулировать принятие решения о добровольном уходе из жизни у лиц с определенным складом психики¹⁹⁴. Выявлена прямая зависимость между суицидом и потерей социального статуса. Высок уровень самоубийств среди демобилизованных офицеров, молодых солдат, людей, взятых под стражу, недавних пенсионеров¹⁹⁵.

Социальные стрессы, бедность и безработица

Социальные стрессы, бедность и безработица являются социальными аспектами самоубийства, согласно социологической теории самоубийства Э.Дюркгейма¹⁹⁶.

Периоды развития общества с низкой интегрированностью социальных отношений, разобщенностью людей в результате экономических кризисов, их невостребованностью в результате безработицы всегда сопровождаются ростом показателей самоубийств¹⁹⁷.

Социальные стрессы, бедность и безработица – взаимозависимые фак-

торы. Статистически доказано, что в период 1991-2002 гг. в регионах России и странах СНГ определяющим фактором роста интенсивности социального стресса явилось снижение доходов, рассчитанных на душу населения, которые оказывались на порядок ниже реального прожиточного минимума. Вторым по своей значимости фактором, определяющим повышение интенсивности социального стресса, было значительное увеличение безработицы в результате банкротства большого числа предприятий¹⁹⁸.

Подверженность насилию и получение психических травм также являются фактором формирования суицидаль-

¹⁹³ Полякова И.В. Особенности системных реакций и психогенных депрессий в суицидологической практике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 20 с.

¹⁹⁴ Тихоненко В.А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 3. – С.21-24

¹⁹⁵ Sanchez HGT. Risk factor model for suicide assessment and intervention. Professional Psychology: Research and Practice, 2001, 32. – P. 351-358.

¹⁹⁶ Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд: Пер. с фр. А.Н. Ильинского. М.: Мысль, 1994. – 412 с.

¹⁹⁷ Гроллман Э. (Grollman Earl A.) Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М.: «Когито-Центр», 2001. С. 270-353.

¹⁹⁸ Шафиркин А.В., Штемберг А.С. Анализ основных тенденций, касающихся состояния здоровья населения различных регионов России за период 1965-2005 гг. и прогноз их изменения до 2010 г. с учетом экологической обстановки и мер по улучшению качества жизни населения в этих регионах / Тезисы докладов Конференции «Фундаментальные науки – медицине» Москва, 3-4 декабря 2007 г. – С. 32-34

ного поведения. Среди совершивших самоубийство подростков в 80% случаев можно было бы поставить диагноз посттравматического стресса или последствий перенесенных насилия и агрессии¹⁹⁹. У подростков, переживших сексуальное насилие, значительно чаще наблюдались суицидальное поведение, депрессия и

другие виды пограничных психических расстройств, чем у их сверстников без травматического опыта²⁰⁰. У женщин, госпитализированных с попытками самоотравления, значительно чаще отмечалось пережитое в прошлом сексуальное насилие, чем у женщин, госпитализированных по другим причинам²⁰¹.

Стрессовые факторы

Кроме причин возникновения мыслей о суициде требуются также стрессовые факторы, которые служат стимуляторами перехода суицидальных замыслов в суицидальные намерения и суицидальные попытки. Большинство тех, кто совершает самоубийство, испытали стрессовое событие в жизни за три месяца до самоубийства.

Показатели самоубийств увеличились на 13,8% в течение четырех лет после наводнения, на 31,0% в течение двух лет после ураганов, на 62,9% в течение года после землетрясения; рост самоубийств наблюдался для обоих полов и для всех возрастных групп²⁰². К стрессовым факторам относятся чувство одиночества, конфликты межличностных отношений, финансовые проблемы, различные жизненные трагедии и травмы, рецидивы или обострения болезни, «нарциссические» травмы²⁰³.

Риск самоубийства повышает социальная изоляция, чрезмерная рабочая нагрузка, сложности на работе или ее отсутствие, финансовые трудности. Люди, имеющие долги, чаще наносят себе умыш-

ленные повреждения, имеют более четкие суицидальные намерения и чаще страдают от депрессии, пациенты, пытавшиеся покончить с собой путём передозировки лекарств, чаще имели финансовые проблемы²⁰⁴. Смерть близкого человека, конфликты, несчастная любовь, отсутствие семьи, разводы способствуют суициду²⁰⁵. Среди состоящих в браке процент самоубийств вдвое ниже, чем среди одиноких²⁰⁶. Анализ связи между семейным положением и самоубийствами выявил высокий уровень самоубийств среди одиноких или никогда не вступавших в брак людей, ещё более высокий – среди тех, кто овдовел, и самый высокий – среди людей, которые пережили развод или разрыв семейных отношений²⁰⁷.

¹⁹⁹ Blumenthal S. Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicide patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 1990, 12: 511-556.

²⁰⁰ Garnefsky N., Kraaij V., Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. // *Pers Individual Differences* 2001 – 30. – P. 1311-1327.

²⁰¹ Coll X, Law F, Tobias A, Hawton K, Tomás J. Abuse and deliberate self-poisoning in women: a matched case-control study. // *Child Abuse Negl.* 2001 – 25(10). – P. 1291-1302.

²⁰² Krug EG, Kresnow M, Peddicord JP, Dahlberg LL, Powell KE, Crosby AE, Annett JL. Suicide after natural disasters. // *N Engl J Med.* 1998 – 338(6). – P 373-378.

²⁰³ Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang YY, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. // *J Affect Disord.* 2010 – 124(1-2). P.134-140.

²⁰⁴ Гомзикова С. Россия остается страной самоубийц. – Свободная пресса, 30 января 2011 года. / URL: <http://svpressa.ru/society/article/37979/>

²⁰⁵ Старшенбаум Г.В. Психотерапия острого горя // *Социальная и клиническая психиатрия.* 1994. – № 3 – С. 73-77

²⁰⁶ Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. – М.: Медицина, 2002. – Т. 1. – с. 315-366

²⁰⁷ Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. // *Lancet.* 2002 – 360(9339). – P. 1083-1088

Решение уйти из жизни редко является кратковременной и преходящей реакцией на стресс. Прошлые попытки суицида или парасуицидальные эпизоды являются одним из наиболее достоверных показателей риска самоубийства.

Зарубежные авторы отмечают, что у лиц с суицидальными попытками наблюдается 20-30-кратное увеличение риска самоубийства по сравнению с общей картиной для всего населения²⁰⁸. По дан-

ным отечественных исследователей, каждый второй суицидент повторяет попытку самоубийства в течение года, и каждый десятый умирает в результате самоубийства²⁰⁹. Согласно американским исследованиям, 1-3% лиц, совершивших суицидальную попытку, погибают в результате суицида в течение первого года, около 9% – в течение следующих 5 лет, и около 11% – спустя 5 лет после суицидальной попытки²¹⁰.

Внешние ситуационные факторы

Ряд факторов способствует переходу суицидальных намерений в суицидальные попытки. Кроме глубокой депрессии и чрезмерной импульсивности к ним относятся внешние ситуационные факторы риска суицида.

Легкая доступность средства для совершения самоубийства является важным фактором в принятии решения о совершении самоубийства, нередко стимулирует людей переходить от намерений к их воплощению.

Так, в США частным лицам разрешено легально приобретать и хранить оружие, как итог – в большинстве самоубийств используется огнестрельное оружие²¹¹. Легкая доступность медикаментов для врачей, ветеринаров, фармацевтов, доступность ядохимикатов для фермеров обуславливают формирование профессиональных групп риска.

Немаловажным эксперты считают стимулирование неуверенности в завтрашнем дне, тревожности, стрессов со стороны современной массовой культуры и СМИ²¹².

Особую роль в формировании «культы» самоубийства играет Интернет. Существует множество виртуальных «клубов самоубийств», где даются подробные рекомендации и советы тем, кто хочет уйти из жизни. Даются конкретные рекомендации по самому безболезненному и быстрому уходу из жизни. В Интернете появляется всё больше тематических сетевых ресурсов, пропагандирующих самоубийство. В апреле 2008 года британские медики провели исследование, которое показало, что поисковые сервисы при обработке запросов, содержащих слова, которые имеют отношение к суициду, чаще всего выдают ссылки на сайты, пропагандирующие самоубийства²¹³.

²⁰⁸ Gunnell D, Middleton N, Whitley E, Dorling D, Frankel S. Influence of cohort effects on patterns of suicide in England and Wales, 1950-1999 // Br J Psychiatry. 2003 – 182 – P. 164-170

²⁰⁹ Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. М.: Когито, 2005. 367 с.

²¹⁰ Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment // Gen Hosp Psychiatry. 2000 – 22(6) – P. 445-451.

²¹¹ Hawton K, van Heeringen K. Suicide // Lancet. 2009 – 373(9672) – P. 1372-1381

²¹² Тарасов К.А. К поискам выхода из ловушки экранного насилия // Мир психологии. 2000 – № 2 (22) – С. 118-128

²¹³ Самоубийства в современном мире. http://www.memoid.ru/node/Samoubijstva_v_sovremennom_mire

Особенности факторов риска у подростков

Для каждой возрастной группы характерна разная актуализация факторов риска.

Суицидальное поведение у детей и подростков, имея сходство с действиями взрослых, отличается естественным возрастным своеобразием.

Детям характерна повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать, склонность к колебаниям настроения, слабость критических способностей, эгоцентрическая устремленность, импульсивность в принятии решения. При переходе к подростковому возрасту возникает повышенная склонность к самоанализу, пессимистической оценке окружающего и своей личности. Эмоциональная нестабильность, часто ведущая к суициду, в настоящее время считается вариантом временного видоизменения характера и встречается почти у четверти здоровых подростков²¹⁴.

По сравнению со взрослыми, молодые люди особенно уязвимы и подвержены опасности развития психических расстройств при столкновении с многочисленными проблемами в их повседневной жизни. В детском и подростковом возрасте депрессивные состояния проявляются иначе, чем у взрослых. В этом возрасте часто возникает депрессия, проявляется шизофрения, возникает пристрастие

к психоактивным веществам²¹⁵. У половины подростков в возрасте 14-18 лет суицидальные действия совершаются на фоне острой аффективной реакции, которая развивается по механизму «короткого замыкания», когда малозначительный повод может стать «последней каплей» и спровоцировать суицидальное действие²¹⁶. Психологические трудности воспринимаются ребёнком как безвыходные в силу ограниченности его жизненного опыта. Дети и подростки особенно чувствительны к малейшим изменениям жизни, происходящим вне зависимости от их собственного выбора²¹⁷. Поэтому подростковый возраст дает большое количество суицидов. Наибольшая их частота наблюдается в возрасте от 15 до 24 лет.

Специфика подросткового возраста заключается в существенном расширении сфер социальной активности и изменении их значимости для молодого человека. В процессе социализации возможны сбои, неудачи²¹⁸. С диагнозом расстройство личности совершается в 10 раз больше самоубийств, чем без такого диагноза²¹⁹. Исследовательская группа ВОЗ отмечает, что привычки, связанные с риском для здоровья, являются характерной неотъемлемой чертой процесса взросления. Особенности адаптационного поведения и состояния здоровья подростков во многом связаны с противоречием между ужесточением агрессивности внешней среды (экономической, социальной, экологической), предъявляющей повышенные требования

²¹⁴ Креславский Е.С. Кризис. Кризисная интервенция. / Материалы к семинару – тренингу. Центр социального и психологического консультирования, 1998

²¹⁵ The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope. Geneva, World Health Organization.

²¹⁶ Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. СПб.: Изд-во ЭКСМО-пресс, 1999. 416 – с. 57

²¹⁷ Божович Л. И. Проблемы формирования личности / Под ред. Фельдштейна Д.И. М.: Ин-т практической психологии, Воронеж, МО-ДЭК, 1995.-352 с.

²¹⁸ Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. 316 с.

²¹⁹ Blumenthal S. Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicide patients. Psychiatric Clinics of North America, 1990, 12: 511-556

к адаптационным механизмам молодого организма, и пониженной способностью к адекватным реакциям в этом возрасте²²⁰. Проблемы, возникающие в подростковом

возрасте, являются результатом взаимодействия нескольких факторов и не могут определяться лишь одним единственным фактором.

Большинство авторов отмечают, что суицидальное поведение в подростковом возрасте редко бывает связано с психическими заболеваниями, в подавляющем большинстве случаев это ситуационно-личностные реакции²²². Конфликты с окружающими – ведущая причина подростковых самоубийств. В связи с особенностями переходного возраста меняются отношения подростков с родителями, сверстниками, учителями, противоположным полом²²³.

Ключевыми проблемами подростков в современном обществе являются:

- агрессивность и асоциальное поведение;
- высокие риски формирования состояний зависимости от психоактивных веществ (алкоголь, никотин, наркотики);
- экстремальность отдельных форм молодежных субкультур с ксенофобией;
- аутоагрессивное поведение с суицидами;
- социальная инфантильность, эгоцентричность;
- слабо выраженная ориентированность позитивной личностной активности²²⁴.

В разные периоды жизни суицидальное поведение детей имеет свои особенности. У детей недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий. Подростки фактически отрицают для себя смерть, будучи вовлеченными в рискованную активность. Дети, а нередко и многие подростки, совершая суицид, прямо не предусматривают смертельного исхода.

В отличие от взрослых, у них отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно – шантажирующим аутоагрессивным поступком, что заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения. Мысли о самоубийстве и периодические спады настроения сами по себе рассматриваются

как возрастные особенности поведения: частота законченных суицидов среди детей и подростков не превышает 1% от всех суицидальных действий²²⁵.

Характерной особенностью суицидального поведения подростков является выраженное количественное преобладание суицидальных попыток над завершенными суицидами (в 8-10 раз)²²⁶. Суицидальные идеи и суицидальные по-

²²⁰ Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» / ВОЗ. – Копенгаген, 2005. 23 с.

²²¹ Flay B. Positive youth development requires comprehensive health promotion programs // American Journal of Health Behavior, 2002 – 6 – Р. 407-424.

²²² Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996 – Т.6, вып. 4. С.14-20

²²³ Реан А.А. Психология изучения личности: Учеб. пособие. – СПб.: Изд-во В.А. Михайлова, 1999. 288 с.

²²⁴ Вострокнутов Н.В. Клинико-социальные проблемы детей и подростков в современном обществе и междисциплинарное взаимодействие специалистов различных социальных практик / Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств». Белгород, 2009. С. 2-4

²²⁵ Таранова Е.И. Социально-психиатрические аспекты аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте / Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств». Белгород, 2009. С. 14-17

²²⁶ Скроцкий Ю.А. Демонстративность как язык поступков в структуре психопатического поведения у подростков // Нарушения поведения у детей и подростков (особенности клиники, терапии и социальной адаптации): Сб. трудов МНИИ психиатрии и Ленинградского НИПИ им. В.М. Бехтерева. М., 1981. С. 69-80

пытки предопределяются особенностями характера (преимущественно шизоидного, сенситивного, эпилептоидного и психастенического типов); сниженной толерантностью к эмоциональным нагрузкам; неполноценностью коммуникативных контактных систем; неадекватными личностными возможностями самооценки; отсутствием или утратой целевых установок, лежащих в основе ценности жизни²²⁷. Суицид может возникнуть как следствие подростковой зависимости, глубоко укоренившихся чувств неполноценности или из-за возникновения у человека чувства несоответствия стандартам, ожидаемым обществом²²⁸.

Уровень значений показателя депрессии у подростков 14-18 лет, совершивших суицид, высок, присутствует переживание недостаточной ценности собственной личности, пессимистическая оценка перспективы, импульсивность в ситуациях принятия решений и межличностного взаимодействия носит ситуационный характер, отношения с родителями воспринимаются как конфликтные, воспитательные приемы родителей рассматриваются как агрессивные, излишне строгие с резкой сменой стилей взаимодействия с ребенком²²⁹.

Для случаев завершеного суицида характерна семейная отягощенность: низкий уровень родительского тепла, коммуникации и эмоциональной отзывчивости, а также высокий уровень насилия, неодобрения, суровой дисциплины, плохого общения, конфликтности²³⁰.

Семейная дисфункция и негативный детский опыт часто встречаются также среди подростков, пытавшихся покончить с собой²³¹. Воспринимаемое отсутствие поддержки со стороны родителей является значимым предиктором подростковых суицидальных мыслей²³². Более 60% суицидентов воспитывались в неполных семьях, распад которых происходил, когда они находились в дошкольном возрасте, при этом родительские семьи характеризовались обилием явных и скрытых конфликтов²³³.

Определены семейные модели, в которых дети и подростки довольно часто, но далеко не всегда, пытаются или совершают самоубийство²³⁴. Проблемные семьи: один или оба родителя могут страдать от психического расстройства, злоупотребления алкоголем и наркотиками или имеют антиобщественное поведение; есть семейная история самоубийства и попыток самоубийства; насильственные и оскорбительные отношения в семье, включая физическое и сексуальное насилие ребенка; частые ссоры между родителями, их развод, раздельное проживание или смерть родителей или опекунов; приемный ребенок. Внешне благополучные семьи: родители имеют очень высокие или очень низкие ожидания в отношении ребенка, как и излишнюю или недостаточную власть над ребенком; родители тратят слишком мало времени на ребенка, не наблюдают его эмоциональное состояние; семьи часто переезжают в другую местность.

²²⁷ Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 367 с.

²²⁸ Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М.: Айрис-Пресс. 2004. 464 с.

²²⁹ Ромицына Е.Е., Алюшина А.О. Особенности проявлений тревожности и депрессивности в связи с родительским отношением у подростков, совершивших попытку суицида // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. 2005. Том 1, N 4. С. 27-30

²³⁰ Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. М.:Знание, 1994. 320 с.

²³¹ Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Access to firearms and the risk of suicide: a case control study // Aust N Z J Psychiatry. 1996 – 30(6). P. 741-748.

²³² Harter S, Marold DB, Whitesell NR, Cobbs G. A model of the effects of perceived parent and peer support on adolescent false self behavior // Child Dev. 1996 – 67(2). P. 360-374

²³³ Зиновьев С.В. Суицид. Попытка системного анализа. 2002 – СПб.: СОТИС. 144 с.

²³⁴ Предотвращение самоубийств: справочное пособие для консультантов. 2006. ВОЗ, Департамент психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами. 30

В совершенных самоубийствах молодежи отмечаются суицидальные идеи или суицидальное поведение в прошлом, проблемы с соблюдением дисциплины или с правоохранительными органами и наличие в доме заряженного огнестрельного оружия²³⁵. В большинстве случаев смерти детей и подростков в результате самоубийства диагностируются злоупотребление психоактивными веще-

ствами и деструктивное поведение²³⁶.

Фактором риска для подростков становится самоубийство известных личностей или лиц, которых подросток знал лично. Однако часть самоубийц, которые сталкивались с самоубийствами в реальной жизни или подвергались негативному воздействию через средства массовой информации, невелика²³⁷.

Значимым фактором является влияние подростковой субкультуры²³⁸. Хорошо рекламированные попытка самоубийства или совершенное самоубийство могут привести к членовредительству в группе сверстников, отражающей стиль жизни или качества личности суицидента²³⁹. Массовые самоубийства появляются на сексуальной, религиозной, социальной базе, а также импульсивно и в форме подражания «идеалу»²⁴⁰.

Фактором суицидального риска у подростков может быть тенденция «подражания», свойственная этому возрасту²⁴¹. Фактор «внушающего влияния самоубийцы в качестве примера» был отмечен у 40% мальчиков и 50% девочек, где в качестве примера служили суицидальные попытки родителей, соседей, сотрудников учреждения, в котором воспитывались дети и т.д.²⁴²

В странах Европы найдена статистически достоверная связь роста самоубийств среди подростков со злоупотреблением психоактивными веществами, представленности темы насилия в масс-медиа, социально-экономическим статусом и легкостью доступа к огнестрельному оружию. Среди юношей более выражена связь с преступностью и злоупотреблением

психоактивными веществами, среди девушек – с расстройством пищевого поведения и депрессиями²⁴³.

На первом месте из проблем, характерных для подростков с суицидальным поведением, находятся отношения с родителями, на втором месте – трудности, связанные со школой, на третьем – проблемы взаимоотношений с друзьями, в основном противоположного пола. А.Е. Личко к числу наиболее частых причин суицидов среди российских подростков относит: потерю любимого человека; состояние переутомления; уязвленное чувство собственного достоинства; разрушение защитных механизмов личности в результате употребления алкоголя, гипногенных психотропных средств и наркотиков; отождеств-

²³⁵ Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges. WHO report. World Health Organization, 2008 – P. 191

²³⁶ Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. // Journal of Clinical Psychiatry, 1999, 60 (Suppl. 2). – P. 70-74.

²³⁷ Предотвращение самоубийств: справочное пособие для консультантов. 2006. - ВОЗ, Департамент психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами. – 30

²³⁸ Змановская Е.В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 233 с.

²³⁹ Предотвращение самоубийств: справочное пособие для консультантов. 2006. ВОЗ, Департамент психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами. – 30.

²⁴⁰ Шутц В. Глубочайшая простота. Базы социальной философии. Перевод с британского. СПб, Роза мира, 1993. 218 с.

²⁴¹ Чомарян Э.А. Особенности суицидального поведения при различных типах алкогольного опьянения // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 239.

²⁴² Федосова И.В., Белозерцева И.Н. Обеспечение эколого-психологической безопасности детей группы суицидального риска // Фундаментальные исследования. 2005. № 3 – С. 98-100 / URL: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=7779966 (дата обращения: 26.06.2011)

²⁴³ Kirkcaldy BD, Siefen GR, Urkin J, Merrick J. Risk factors for suicidal behavior in adolescents // Minerva Pediatr. 2006. 58(5) – P. 443-450

ление себя с человеком совершившим самоубийство; различные формы страха, гнева и печали по разным поводам²⁴⁴. Среди других факторов суицидальности у подростков отмечают заниженную самооценку и попытку разобраться с собственной сексуальной идентификацией²⁴⁵. Г.В.Старшенбаум²⁴⁶ выделяет четыре главных фактора, предрасполагающих к истинному суициду в подростковом возрасте: насилие, особенно сексуального характера, посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия и дисморфобия (глубокая озабоченность мнимыми или незначительными недостатками собственной внешности, отталкивающих окружающих). По мнению Л.Я. Жезловой²⁴⁷, в предпубертатном возрасте преобладают «семейные» проблемы, а в пубертатном – «сексуальные» и «любовные». Основной процент самоубийств «из-за любви» происходит потому, что детская влюбленность – не что иное, как отражение потребности быть нужным хоть кому-то. Большая часть суицидов – это попытка подростка вести диалог: самоубийцы хотели вовсе не умереть, а только достучаться до кого-то, обратить внимание на свои проблемы родителей и педагогов, протестуя таким образом против бездушия, безразличия и жестокости взрослых. Это демонстративный суицид²⁴⁸.

Риск суицида среди российских подростков повышается из-за ранней алкоголизации и употребления наркотиков.

Подростки начинают употреблять пиво в среднем с 13 лет²⁴⁹. По данным посмертной судебно-химической экспертизы в городе Уфа, в момент совершения самоубийства наличие алкогольного опьянения было установлено у 54,2% суицидентов в возрасте 15-18 лет и у 36,4% детей-суицидентов в возрасте до 15 лет. При этом в обеих возрастных группах наиболее распространенной формой суицида было повешение (81,8% и 47,5% соответственно)²⁵⁰. За период 1996-2006 гг. количество официально зарегистрированных наркоманий среди детей в возрасте 15-17 лет увеличилось в 1,2 раза, токсикоманий – в 2,3 раза, алкоголизма – 2,4 раза²⁵¹. Неблагоприятные тенденции в распространенности алкоголизма обостряют проблему профилактики суицидов в нашей стране.

Три четверти детей, покушавшихся на самоубийство, проживали во внешне благополучных семьях, а 58% – в полных семьях, что свидетельствуют о заметном снижении воспитательных функций учреждений образования.

Моральное и физическое насилие, порочные методы воспитания, унижение человеческого достоинства сопутствуют жизни многих российских подростков в семье, школах, интернатах.

Анализ материалов уголовных дел и проверок обстоятельств причин самоубийств несовершеннолетних, проведенный

²⁴⁴ Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983. 123 с.

²⁴⁵ Предотвращение самоубийств: справочное пособие для консультантов. 2006. ВОЗ, Департамент психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами. – 30.

²⁴⁶ Старшенбаум Г.В. Психотерапия лиц с суицидоопасными кризисными состояниями: Автореф. дис. канд.мед.наук. М., 1991 – 18 с.

²⁴⁷ Жезлова Л.Я. К вопросу о самоубийствах детей и подростков. В кн.: Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 93-104.

²⁴⁸ Креславский Е.С. Кризис. Кризисная интервенция / Материалы к семинару – тренингу. Центр социального и психологического консультирования, 1998

²⁴⁹ Самоубийства в современном мире. http://www.memoid.ru/node/Samoubijstva_v_sovremennom_mire

²⁵⁰ Шарафутдинова Н.Х., Валитова Г.М., Калининская А.А. Социально-гигиеническая оценка завершённых суицидов среди детей в г. Уфе // Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения», №2 2011 (18) / URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/287/27/lang.ru/> (обращение 06.06.2011)

²⁵¹ Здравоохранение в России, 2008 // Статистический сборник – М., 2009. С. 46-49

Генеральной Прокуратурой России, показывает, что в 62% случаях самоубийство связано семейными конфликтами и неблагополучием, боязнью насилия со стороны взрослых, бестактным поведением отдельных педагогов, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих²⁵².

На основе рассмотренных данных литературы можно сделать заключение, что в нашей стране сложилась крайне неблагоприятная

ситуация с самоубийствами детей и подростков: и факторы формирования суицидального поведения, и стрессовые факторы, и внешние ситуационные факторы риска суицида распространены достаточно широко. При этом, психическое состояние детей с девиантным поведением существенно отягощено педагогической запущенностью, запущенностью профилактического внимания к их соматическому здоровью и физическому развитию.

²⁵² О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков. Письмо Минобразования России от 26.01.2000, №22-06-86

9. Пути снижения смертности подростков от самоубийств

Факторы, способствующие защите от суицидального поведения

Кроме различных факторов риска, существуют и защитные факторы, которые способствуют профилактике суицидального поведения, достоверно снижая риск самоубийства²⁵³. В целом, акт самоубийства зависит от наличия факторов риска и отсутствия защитных факторов.

Шведский суицидолог D.Wasserman²⁵⁴ предложил модель стресс-уязвимости

– схему влияния общества на развитие суицидального поведения у индивида (рис. 17). В разработанной им модели обозначены упомянутые выше факторы риска формирования мыслей о самоубийстве и их перехода к намерениям и активным действиям, а также факторы, способствующие защите от суицидального поведения.

Защитные факторы разбиты на четыре группы: когнитивный стиль и индивидуальность, модель семейных отношений, культурные, социально-демографические и экологические факторы.

Когнитивный стиль – относительно устойчивые типические особенности познавательных процессов человека, которые выражаются в используемых им познавательных стратегиях²⁵⁵. Стилиевые особенности мышления неразрывно связаны с особенностями восприятия и личности в целом, отражают не только специфику логического, но и образного мышления, характеризуя тенденцию к целостности или дифференцированности образных обобщений. Стилиевые особенности мышления находятся в динамике и изменении (особенно они зависят от технологий обучения), но в то же время выступают как достаточно устойчивая характеристика индивидуальности на определенном этапе ее развития. Когнитивный стиль, как достаточно устойчивая когнитивная стра-

тегия, складывается в младшем школьном возрасте.

Индивидуальность – своеобразие психики и личности человека, ее неповторимость. Она проявляется через чувство собственного достоинства, уверенность в себе и в собственных силах, хорошие социальные навыки, готовность обращаться за помощью при возникновении трудностей и за советом при принятии важных решений, восприятие опыта и советов других людей, открытость к новым знаниям и восприимчивость знаний, способность к взаимодействию.

Модель семейных отношений как защитный фактор предполагает хорошие отношения с членами семьи и получение поддержки с их стороны, конструктивное и последовательное воспитание.

²⁵³ Collins B.G., Collins T.M. Crisis and trauma: Developmentalecological intervention. Boston: Houghton Mifflin, 2005
Sanchez H.G.T. Risk factor model for suicide assessment and intervention // Professional Psychology: Research and Practice, 2001, 32. P. 351-358.

²⁵⁴ Wasserman D. A stress vulnerability model and the development of the suicidal process. In.: Suicide – an unnecessary death – Martin Dunitz: London. 2001. P. 13-27

²⁵⁵ Словарь основных психологических и физиологических понятий: <http://soulsick.ru/content/view/421/110/>

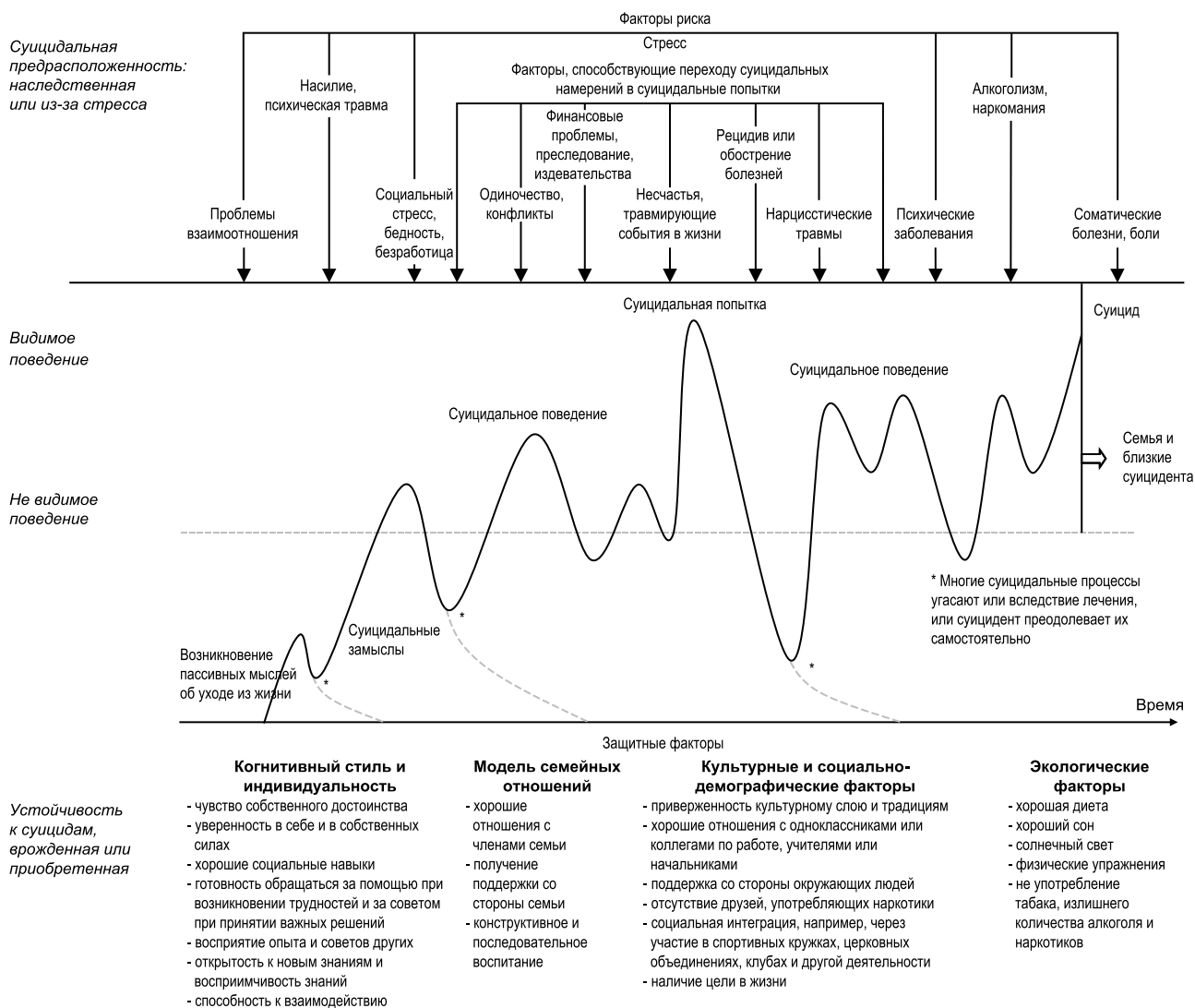


Рисунок 17. Схема влияния общества на развитие суицидального поведения у индивида – модель стресс-уязвимости и развития суицидального процесса от идеи суицида до самоубийства (Wasserman D, 1999)²⁵⁶.

Культурные и социально-демографические факторы защиты включают приверженность культурному слою и традициям, наличие цели в жизни, хорошие отношения с одноклассниками или коллегами по работе, хорошие отношения с учителями или начальниками, поддержка со стороны соответствующих людей, отсутствие друзей, употребляющих наркотики. Социальная интеграция, например, через участие в спортивных кружках, церковных объединениях,

клубах и другой деятельности. К антисуицидальному барьеру относятся социально-юридические и культурно-религиозные базы мировоззрения человека. Религиозное мировоззрение как нравственная сила личности может считаться одним из принципиальных критериев отношения личности к самоубийству и имеет реальную антисуицидальную направленность²⁵⁷. Главные мировые религии – христианство, ислам, буддизм – осуждают добровольный уход из

²⁵⁶ Source: Wasserman D (editor). Suicide: An Unnecessary Death. London. Martin Dunitz. 2001. P. 20.

²⁵⁷ Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Социальные и клиничко-психологические аспекты самоубийств в современном мире // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.Ю. Бехтерева, 1991, № 1. С. 26-38

жизни. Экологические факторы – это хорошая диета, хороший сон, солнечный свет, физические упражнения, не употребление табака, излишнего количества алкоголя и наркотиков.

Формирование и усиление действия защитных факторов является целью про-

грамм профилактики самоубийств. Только при контроле и организации действия экологических факторов требуется участие системы здравоохранения. Для остальных защитных факторов роль здравоохранения сводится к обеспечению информационной поддержки.

Стратегии предотвращения самоубийств

Множественность разнонаправленных факторов риска обуславливает возможность предотвращения большинства самоубийств. Многоуровневость факторов риска и защитных факторов определяет необходимость комплексной профилактики самоубийств, включение в нее и медицинского аспекта, и культурно-образо-

вательного аспекта, и разрешение ряда социальных проблем²⁵⁸.

Поскольку под самоубийством понимается как индивидуальный поступок личности, так и социально-психологическое явление, система профилактической работы должна строиться в двух направлениях – общая и частная профилактика.

Основным содержанием общей профилактики является ослабление и устранение социальных и социально-психологических причин и условий, способствующих формированию и проявлению суицидального поведения личности. Частная профилактика направлена на своевременное выявление людей, находящихся в суицидоопасном состоянии, и оказание им психологической помощи²⁵⁹. Общая профилактика помогает человеку на стадии развития суицидальной тенденции, частная – на стадии обратимой фазы внешнего суицидального поведения.

Выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику самоубийств²⁶⁰, которые в суицидологии чаще всего носят название превенции, интервенции и поственции²⁶¹.

Превенция – это проявление общей заботы о психической гигиене: поиск стратегий элиминации любых условий, которые могут вызвать кризисные ситуации, угрозу самоубийства.

Укрепление психического здоровья молодежи является основным направле-

нием в общей профилактике формирования суицидального поведения подростков. ВОЗ признала психическое здоровье молодых людей одной из ключевых проблем, на которую специалисты и политики должны направить свое внимание, поскольку проблемы психического здоровья могут негативно сказаться на социальном, интеллектуальном и эмоциональном развитии молодых людей и привести к их гибели в результате самоубийства²⁶². Во всем мире до 20% детей и подростков имеют проблемы

²⁵⁷ Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Социальные и клиничко-психологические аспекты самоубийств в современном мире // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.Ю. Бехтерева, 1991, № 1. С. 26-38

²⁵⁸ Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998. Canberra: National Health and Medical Research Council

²⁵⁹ For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) July 2004. 19 p.

²⁶⁰ Caplan G. Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York, 1964. 346 p.

²⁶¹ Leenaars AA. Suicide notes and their implications for intervention // Crisis. 1991 – 12(1) – P. 1-20

²⁶² WHO (2005). Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Geneva, World Health Organization

психического здоровья, однако эти оценки могут быть выше, поскольку, как правило, психологические проблемы и расстройства в подростковом возрасте недооцениваются²⁶³. В России в последние годы отмечается рост числа людей с выявленными в детском возрасте психическими расстройствами. На одну тысячу детей ежегодно приходится 6-7 человек с впервые выявленными психическими расстройствами, к 16-18 годам каждый десятый молодой человек имеет то или иное психическое расстройство²⁶⁴. Наблюдаемое в последние годы в нашей стране сокращение работников социально-психологических служб в образовательных учреждениях обостряют проблему психических расстройств молодежи.

Профилактика включает активность как в направлении общей, так и в направлении частной профилактики. Частная профилактика направлена на то, чтобы как можно скорее выявить людей, переживающих кризис, и как можно раньше начать корректирование кризисных переживаний. Большинство жертв суицида не хотят умирать и сообщают о своем намерении совершить самоубийство, прежде чем это сделать. Поведенческие предвестники суицида у детей и подростков встречаются в 90% случаев завершенных суицидов, но, как правило, являются косвенными, носят характер намеков и часто недооцениваются окружающими²⁶⁵.

Профилактика суицидального поведения у подростков с психическими нару-

шениями заключается в своевременном выявлении эндогенного характера расстройств настроения и поведения, адекватной медицинской реабилитации²⁶⁶, а также мерах, направленных на коррекцию нарушенных семейных отношений, учебных и социальных трудностей²⁶⁷.

Первая помощь должна остановить негативное развитие психологического кризиса, помочь человеку собрать силы и преодолеть кризис. Такую помощь оказывают службы преодоления кризисов, команды преодоления кризисов. Создание как можно более широкой и доступной сети таких служб является задачей федерального уровня.

Кроме того, стратегия профилактики самоубийств на государственном уровне включают в себя совершенствование социальных условий, образование (улучшение навыков преодоления жизненных трудностей, привлечение СМИ к профилактике суицидов), а также сокращение доступности средств для самоубийства²⁶⁸.

Интервенция – это поддержка лиц, переживающих кризисы. Вторичный уровень профилактики ориентирован на решение актуальных проблем человека, возникших в связи с кризисом, применяется активная терапия – интервенция кризисов.

В настоящее время в литературе можно найти много принципов кризисной интервенции²⁶⁹, основными из которых являются безотлагательность помощи, самоопределение пациентом жизненного курса и активное участие высококвалифициро-

²⁶³ The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope. Geneva, World Health Organization

²⁶⁴ Балабанова Т.В. Проблема психических расстройств среди молодежи // Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств» - Белгород, 2009 – С. 1-2

²⁶⁵ Креславский Е.С. Кризис. Кризисная интервенция / Материалы к семинару-тренингу. Центр социального и психологического консультирования, 1998

²⁶⁶ Войцехович В.А., Редько А.Н. Самоубийства с позиций социальной медицины // Пробл. соц. Гигиены и история медицины – 1996. № 2 – С. 16-19

²⁶⁷ Цупрун В.Е. Вопросы диагностики психических заболеваний у суицидентов // Вопросы ранней диагностики психических заболеваний: Сб. науч. тр. М.: Изд-во МНИИ психиатрии, 1982 - С. 54-56. 95.

²⁶⁸ Абрамова Г.С. Практическая психология. Екатеринбург: «Деловая книга», 1998. 368 с.

²⁶⁹ Овчинникова Ю. Г. К проблеме интервенций в ситуации кризиса личности: от теории к практике // Культурно-историческая психология. 2010. №3. С. 93-98

ванного специалиста совместно с подростком в преодолении кризиса²⁷⁰. Главная роль при интервенции отводится специалистам (психологам, психиатрам, социальным работникам, специалистам по уходу, работникам и добровольцам центров преодоления кризисов и т.д.). Специфической формой интервенция кризисов является телефонное консультирование²⁷¹.

Стратегии вмешательства на государственном уровне включают профессиональную подготовку медицинских работников и других заинтересованных специалистов, координацию сотрудничества сообщества и центров по предотвращению самоубийств²⁷². В рамках глобальной инициативы ВОЗ по предотвращению самоубийств SUPRE, подготовлена серия справочных пособий, специально адресованных группам специалистов и социальных работников, имеющих отношение к работе по предотвращению самоубийств²⁷³.

Поственция – это помощь, которая оказывается людям, уцелевшим после самоубийства. Понятие «уцелевшие после самоубийства» (англ. – survivor) распространяется не только на пытавшихся покончить с собой, но чаще всего и на их род-

ственников и близких, переживающих горе. В помощи нуждаются и свидетели самоубийств²⁷⁴. Исследования показывают, что переживания, связанные с самоубийством близких, особенно тяжелы: испытываются очень глубокое чувство вины, стыда, скорбь обычно бывает более длительной, чем в случаях других причин смерти, например, по сравнению с насильственной или скоропостижной смертью²⁷⁵. Считается, что, в среднем, после каждого случая окончания жизни самоубийством, остается, самое малое, от 5-ти до 10-ти свидетелей самоубийства²⁷⁶. Устраняются остаточные эффекты кризиса: применяется психотерапия, проводится работа в специальных группах поддержки и взаимопомощи.

Стратегии поственции: психологическое консультирование; кризисная психотерапия; поиск систем поддержки личности и жизнеобеспечения в обществе; образовательная стратегия, направленная на повышение осознания роли и значимости саморазрушающего поведения; поддержание контактов со СМИ для соблюдения этических принципов при информировании об актах аутоагрессии в обществе²⁷⁷.

Тамар Крон. Кризисная интервенция. // Вестник РАТЭПП, вып. 1, 1995.

Кристенсон Т. Модель решения проблемы. // Вестник РАТЭПП. СПб.. 1993. №1-2. с. 36.

Телефон доверия. Служба экстренной психологической помощи для подростков и молодежи. Серия: Государственная молодежная политика в Российской Федерации., М.: 1999. – 204 с.

²⁷⁰ Помощь детям, подросткам и молодежи, переживающим кризисные жизненные ситуации / Методический сборник.

(Ред. И.В. Краснов, Е.А. Лапина, Н.М. Струц, Е.Ю. Антонова). 2007. Ижевск – 91 с.

²⁷¹ Креславский Е.С. Телефонная экстренная психологическая помощь в Содружестве Независимых Государств // Вестн. РАТЭПП. 1992. № 1. С. 18-25.

Скворцов А.В., Меновщиков В.Ю., Алексеева Л.С., Шадура А.Ф. Содержание и организация деятельности центров экстренной психологической помощи «Телефон доверия»: Науч.-метод. пособие / М.: Государственный НИИ семьи и воспитания, 1999. 208 с.

²⁷² For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) July 2004. 19 p.

²⁷³ WHO – Suicide Prevention. SUPRE. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Management of Mental and Brain Disorders. Department of Mental Health and Substance Dependence / World Health Organization – Geneva, 2002 – WHO/MSD/MBD/02.197 p.

²⁷⁴ Litman GK. Stress, affect and craving in alcoholics. The single case as a research strategy // Q J Stud Alcohol. 1974. 35(1). P. 131-146

²⁷⁵ Calhoun LG, Selby JW, Abernathy CB. Suicidal death: social reactions to bereaved survivors // J Psychol. 1984. 116(2d Half). P. 255-261

²⁷⁶ Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future. World Health Organization 2010. Eija Stengård and Kaija Appelqvist-Schmidlechner. 8 p.

²⁷⁷ For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) July 2004. 19 p.

Межведомственное сотрудничество

Для охраны психического здоровья молодежи и противодействия самоубийствам на государственном уровне должно быть организовано межведомственное сотрудничество, поскольку оптимальная система превенции, интервенции и поственции психологических кризисов и самоубийств на практике должна объединять системы образования, здравоохранения, социальной защиты, внутренних дел, религиозных учреждений, усилия негосударственных организаций и финансовые ресурсы, а также гарантировать налаженную связь между ними²⁷⁸.

Системы, оказывающие срочную помощь в случаях кризисов и самоубийств, способны также выполнять и превентивную функцию. Все более часто в обществе полицейские структуры выполняют превентивные функции. Традиционные функции охраны общественного порядка все чаще дополняются функциями превенции преступности, наркомании, других социальных проблем, в том числе и превенции кризисов и самоубийств или сотрудничества с другими организациями, выполняющими такую работу. Полицейские, работники службы спасения, работники скорой медицинской помощи, пожарные одними из первых отправляются на места массовых кризисов (катастроф, аварий), полиция и работники скорой медицинской помощи очень часто участвуют в оказании помощи людям, находящимся в кризисе или на грани самоубийства. В таких случаях им нередко приходится выполнять роль спасателей быстрого реагирования (такую же роль приходится выполнять и пожарным, армейским структурам, участвующим в операциях массового спасения). Поэтому важно, чтобы работники этих структур также были ознакомлены с основами превен-

ции кризисов и самоубийств, сами после проведения тяжелых спасательных работ могли рассчитывать на психологическую поддержку²⁷⁹. Очевидна потребность выработки четких установочных принципов разработки практических мероприятий в кризисной ситуации, доступных и информативных инструкций их применения на практике, особенно в развивающихся странах²⁸⁰.

В практической работе суицидологов сегодня остро необходимо тесное междисциплинарное взаимодействие различных специалистов – детских психиатров, психотерапевтически ориентированных детских медицинских и школьных психологов, педиатров, работников социальных служб, а также усиление взаимодействия разных уровней охраны психического здоровья детей – детской поликлиники по месту проживания; региональных детских консультативно-диагностических центров, занимающихся охраной здоровья; региональных программно-целевых разработок, предпринятых в интересах детей²⁸¹. Следовательно, необходима постоянная координационная деятельность учреждений разных ведомств.

²⁷⁸ Гейер М. Междисциплинарные аспекты психотерапии // Базисное руководство по психотерапии / Под ред. А. Хайгл-Эверс и др. СПб., 2001. С. 605-666.

²⁷⁹ Она Кристина Полукордене. Психологические кризисы и их преодоление: основные знания о превенции, интервенции и поственции кризисов и самоубийств. Практическое руководство. Вильнюс – 2003 – 69 с.

²⁸⁰ Westefeld J.S., Range L.M., Rogers J.R. Maples M.R., Bromley J.L., Alcorn J. Suicide: An overview // The counseling psychologist, 2000. 28. P. 445-510.

²⁸¹ Вострокнутов Н.В. Клинико-социальные проблемы детей и подростков в современном обществе и междисциплинарное взаимодействие специалистов различных социальных практик / Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств» - Белгород, 2009 – С. 2-4

Сокращение доступа к средствам самоубийства также является эффективной стратегией профилактики самоубийств, доказательства чего были получены при наблюдаемом снижении показателя самоубийств в ряде стран в результате сокращения доступности седативных препаратов и токсических веществ (пестицидов), детоксикации газа (то есть удалении окиси углерода из бытового газа и выхлопных труб автомобилей). Законодательные акты, регулирующие продажу, владение и хранение оружия, раздельное хранение оружия и боеприпасов также доказали свою эффективность в снижении самоубийств²⁸².

Для эффективного противодействия суицидам необходимо разработать не только систему общественного воздействия на предотвращение самоубийств, но и систему контроля проявлений суицидального

поведения, иметь строгую систему учета, регистрации и анализа суицидальных происшествий²⁸³.

Следовательно, на государственном уровне необходимо использовать все функциональные ресурсы и привлекать практически все ведомства к решению задачи противодействия распространению самоубийств среди населения. Разные ведомства решают свои задачи, и без координации их действий эффективность работы будет минимальной. По-видимому, ведущая роль в координации противосуицидальной деятельности не может принадлежать системе здравоохранения. По функциональной направленности необходимых для решения задач эта деятельность ближе к обеспечению национальной безопасности или предотвращению чрезвычайных ситуаций.

Здравоохранение

Здравоохранение функционирует оптимально, когда оно направлено на реальную охрану здоровья и на профилактику проблем, вызывающих болезни, а не только на лечение болезней. Однако услуги предотвращения кризисов и самоубийств практически не оплачиваются из средств системы здравоохранения, хотя именно в системе здравоохранения находятся службы, нужные для предотвращения психологических кризисов и самоубийств и способные оказывать услуги интервенции кризисов: центры психического здоровья; специализированные стационары; действующие на их базе или при них телефоны анонимной психологической помощи.

Лица, находящиеся в предсуицидальном периоде, нуждающиеся в индивидуальной, групповой и (или) семейной психотерапии. Выделяют способы предотвращения суицидальных попыток у подростков: снятие психологического напряжения в психотравмирующей ситуации; уменьшение психологической зависимости от причины, повлекшей суицидальное поведение; формирование компенсаторных механизмов поведения; формирование адекватного отношения к жизни и смерти²⁸⁴. Наряду с краткосрочной интенсивной индивидуальной психотерапией, практикуются различные методы индивидуальной, групповой и семейно-кризисной психотерапии. Кризисную терапию проводят про-

²⁸² WHO – Suicide Prevention. SUPRE. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Management of Mental and Brain Disorders. Department of Mental Health and Substance Dependence / World Health Organization – Geneva, 2002 – WHO/MSD/MBD/02. 197 p.

²⁸³ Popenhagen M.P., Qualley R.M. Adolescent suicide. Detection, intervention, and prevention // Professional school counseling, 1998. 1 – P. 30-35

²⁸⁴ France K. Crisis intervention. A Handbook of Immediate Person- to-Person Help. 2-nd ed.-USA, Illinois, Springfield: Charles Thomas Publisher, 1990. 262 p.

фессиональные специалисты психического здоровья (кризисная психотерапия) и добровольцы, работники преодоления

кризисов (психологическая и другая поддержка во время кризисов).

По оценкам специалистов ВОЗ, только 10-15% молодых людей с проблемами психического здоровья получали специализированную медицинскую помощь²⁸⁵. Особенно часто вне досягаемости медицинских и социальных услуг находятся подростки с широким спектром психосоциальных проблем, среди которых наибольшая доля лиц, нуждающихся в помощи специалистов²⁸⁶. Юноши реже девушек обращаются за профессиональной помощью при депрессии, злоупотреблении психоактивными веществами, физических недостатках и стрессовых жизненных событиях²⁸⁷.

После попытки суицида психологическая помощь может быть оказана специальными командами работников в больницах, когда в процессе оказания помощи участвует врач, младший медицинский персонал, психолог и др. Это могут быть и работники специализированных служб, посещающие склонных к самоубийству пациентов в больницах. Помощь на стадиях шока, острого горя или восстановления отличается разными подходами, но во всех случаях требует очень высокой квалификации²⁸⁸. После госпитализации подростку необходимы реабилитационные услуги, предоставляемые соответственно подготовленными для этого медицинскими работниками и консультантами²⁸⁹, при выписке их следует снабдить актуальной информацией о центрах по предотвращению самоубийств; центрах помощи в кризисных ситуациях; заинтересованных работников здравоохранения; волонтерских организациях; телефонах экстренной помощи или кризисной линий, возможности получения

консультации по телефону; возможностях медицинских, психологических и социальных мер помощи; реабилитационных программ и других полезных ресурсах²⁹⁰.

В нашей стране этот порядок пока не утвержден. Отсутствует также система диспансерного психологического наблюдения подростков из групп риска суицидального поведения, как и системы формирования таких групп в общеобразовательных учреждениях. Внедрение такого подхода назрело, поскольку разработаны лабораторные методы выявления наследственной предрасположенности к суициду. С помощью биологических предикторов можно более точно выделить группы лиц повышенного риска суицида еще до первых признаков суицидального поведения и принять превентивные меры²⁹¹. В ряде случаев, при наличии суицидальности, биохимические показатели могут быть важным аргументом в пользу госпитализации или срочной фармакокоррекции.

Государственного внимания требует

²⁸⁵ Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Geneva, World Health Organization

²⁸⁶ Hüsler, G, Werlen, E. & Blakeney, R. (2005). Effects of a national indicated preventive intervention program. Journal of Community Psychology, 6, 705-725.

²⁸⁷ Sourander A., Multimäki P. & Santalahti P. Mental health service use among 18-year old boys: A prospective 10 year follow-up study // Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry. 2004 – 43 (10) – P. 1150-1158.

Biddle L., Gunnell D., Sharp D. & Donovan J. Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey // British Journal of General Practice, 2004. 54. P. 248-253.

²⁸⁸ Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. С-Пб, Речь, 2007. 256 с.

²⁸⁹ Popenhagen M.P., Qualley R.M. Adolescent suicide. Detection, intervention, and prevention // Professional school counseling, 1998. 1. P. 30-35.

Pfeffer C.R. Clinical perspectives on treatment of suicidal behavior among children and adolescents // Psychiatric Annals, 1990. 20. P. 143-150

²⁹⁰ Голан Н. Вмешательство в кризисную ситуацию // Энциклопедия социальной работы. М., 1994. Т. 1. С. 110-116.

²⁹¹ Нейробиологические основы суицидальности 13.10.2007 // Сайт Tools of Death – Энциклопедия орудий смерти! /

URL: <http://www.tools-of-death.ru/>

организация важной структуры в системе здравоохранения — команды преодоления кризисов — группы профессиональных специалистов психического здоровья (психиатров, психологов, психотерапевтов, социальных работников), добровольных работников преодоления кризисов, группа других нужных специалистов, которая организует и оказывает помощь людям, переживающим кризисы. В их составе следует организовать мобильные команды преодоления кризисов, которые задействуются при оказании скорой помощи. В нашей стране отсутствует постоянно действующая

система проверки и повышения квалификации и обмена опытом среди специалистов экстренной помощи.

Профессиональная деятельность работников сферы психического здоровья несет потенциальную угрозу развития синдрома эмоционального выгорания (более 70% респондентов имеют различной степени выраженности признаки синдрома выгорания)²⁹². Поэтому необходима разработка и реализация практических программ психологической защиты сотрудников кризисных центров от стресса и выгорания²⁹³.

Система образования

В работе по предотвращению самоубийств подростков на систему образования ложится основная нагрузка. Раннее выявление психических расстройств являются важными стратегиями для предотвращения самоубийств, при этом успешное предотвращение самоубийств зависит от распознавания окружающими симптомов психических расстройств. Трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев обусловлены несерьезностью, мимолетностью и незначительностью (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства, что подчеркивает значимость разработки четких методических рекомендаций и организации обучения методам распознавания поведенческих предвестников суицида у детей и подростков²⁹⁴.

До недавнего времени ответственность за распознавание признаков и симптомов самоубийства было исключительной прерогативой специалистов в области психического здоровья. Последнее время были предприняты усилия для обучения других эффективно реагировать на суицидальное поведение, включая специалистов первичной медицинской помощи, операторов горячей линии, учителей и т.д.²⁹⁵. Разработаны алгоритмы работы добровольцев с детьми, попавшими в кризисную ситуацию²⁹⁶, определены требования к специалистам, оказывающим экспресс психологическую помощь людям, пережившим трагедию.

²⁹² Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. 2001. Т.22, №1 — С. 90-101.

²⁹³ Лешукова Е.Г. Синдром сгорания. Защитные механизмы. Меры профилактики // Вестник РАТЭПП — №1 — 1995 — С. 36-47

²⁹⁴ Креславский Е.С. Кризис. Кризисная интервенция / Материалы к семинару-тренингу. Центр социального и психологического консультирования, 1998

²⁹⁵ Mental Health Promotion in Young People — an Investment for the Future. World Health Organization 2010. Eija Stengård and Kaija Appelqvist-Schmidlechner. 8 p.

²⁹⁶ В помощь руководителю подросткового волонтерского отряда. Методическое пособие. И., 2005.

Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М., 1993

В рамках партнерства систем здравоохранения и образования почти во всех странах охрана психического здоровья интегрирована в школьные учебные программы, которые включают обучение социальным навыкам, программы по борьбе с хулиганством, снижению агрессивности и информацию о последствиях злоупотребления алкоголем и наркотиками, борьбу со стигмой и дискриминацией.

Многие программы, будучи направлены на улучшение психического здоровья детей и подростков, а также их воспитание, сосредоточены на всем населении²⁹⁷. Было выявлено, что программы консультирования равных (сверстников, ровесников) улучшают знания учащихся о факторах суицидального риска, о том, как звонить в кризисный центр или горячую линию и как порекомендовать другу обратиться к консультанту. Несмотря на то, что только около четверти учащихся рассказывают взрослым, что у их друга возникла идея суицида, вовлечение родителей является действенной мерой профилактики²⁹⁸.

Школьное обучение должно способствовать развитию у детей анитисуицидальных барьеров: выраженную эмоциональную привязанность к близким; родственные обязанности; чувство общественного долга, понятие о чести, дружеские привязанности; зависимость от общественного мнения, особенно от мнения товарищей; представление о трусости, позорности суицида; наличие планов, определяющих цель в жизни²⁹⁹. Следует учитывать, что все эти факторы формируются годами, поэтому работа по выстраиванию анитисуицидальных барьеров должна вестись планомерно на протяжении всей сознательной жизни ребенка. Ведущая роль

в этом направлении, безусловно, принадлежит родителям. Но их необходимо этому научить, что вполне по силам специалистам служб социально-психологического сопровождения образовательных учреждений³⁰⁰. Для развития конструктивного отношения к жизни все дети должны вовлекаться в творческую деятельность: заниматься в спортивных секциях, посещать музыкальные или художественные школы, культурно-исторические клубы и т.д.³⁰¹

В обязанности школьного психолога следует включить обучение школьников методам психологической защиты, а их родителей – методам бесконфликтного взаимодействия с детьми, методам распознавания поведенческих ключей суицидального поведения и формирования анитисуицидальных барьеров. Возможно, в задачу школьных психологов должен входить вызов специалистов в семью школьника в случае скоропостижной смерти одного из близких родственников³⁰². Кроме того, наблюдаемый рост распространенности психических расстройств среди детей диктует необходимость постоянной помощи психологов учителям в общении с «трудными» детьми³⁰³. Специалисты отмечают, что сегодня учителям нужно быть морально и методически готовыми к общению с психически неустойчивыми подростками,

²⁹⁷ Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges. WHO report. World Health Organization, 2008. 191 p.

²⁹⁸ Вроно Е.М. Несчастливые дети – трудные родители: Наблюдения детского психиатра. М.: Семья и школа, 1997. 108 с. 21

²⁹⁹ Кондратенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия. М.: Ин-т Психотерапии, 2003. 458 с.

³⁰⁰ Callahan J. Negative effects of school suicide prevention program – a case example / «Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention». Volume 17, No 3, 1996.

³⁰¹ Лактионова А. И., Махнач А. В. Жизнеспособность подростков-сирот. Проектная деятельность детей как ресурс развития жизнестойкости. М.: Благотворительный фонд «женщины и дети прежде всего», 2009. с. 6-33.

³⁰² Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. 1990. Л.: "Медицина" – 192 с.

³⁰³ Рубцов В.В. Служба практической психологии образования: современное состояние и перспективы развития. // Вопросы психологии. -2003. №6. С. 32-39

для чего необходимо в системе педагогической подготовки, переподготовки и повышения квалификации предусмотреть курсы для учителей предметников, классных руководителей, кураторов групп, социальных педагогов и психологов, на которых можно было бы обучить их первичным навыкам выявления и коррекционной помощи «трудным детям»³⁰⁴.

Целесообразно не только иметь в школе штатного психолога, но и на каждом потоке иметь воспитателя, в задачи которого кроме индивидуальной помощи ученикам в построении коммуникационных связей, организации учебного процесса и досуга входило бы формирование групп риска для проведения превентивных мероприятий по охране психического здоровья специалистами. Задачей воспитателей должно стать также мониторинг психического здоровья школьников: организация плановых профилактических осмотров психологами несколько раз в период школьного обучения и внеплановых – в случае накопления нескольких факторов риска суицидального поведения.

В ходе постоянного общения учитель и воспитатель могут у каждого ребенка выявить как появление признаков суицидального поведения, так и наличие противосуицидальных защитных мотивационных комплексов. Для своевременной диагностики суицидального поведения подростков можно опираться на ряд вербальных и невербальных показателей: уход в себя; капризность, привередливость; депрессия; агрессивность; нарушение аппетита; раздача подарков окружающим; психологическая травма; перемены в поведении, снижение энергетического уровня, угроза

уйти из жизни; активная предварительная подготовка: приобретение отравляющих веществ и лекарств, хранение боевых патронов, рисунки с гробами и крестами, разговоры о суициде как о легкой смерти, посещение кладбищ и красочные о них рассказы, частые разговоры о загробной жизни³⁰⁵.

Ю.Р. Вагин³⁰⁶ выделяет девять основных «противосуицидальных защитных мотивационных комплексов» у подростков: страх смерти, религиозные мотивы, этические мотивы (внутренняя психологическая неприемлемость самоубийства из-за нежелания делать больно родным и близким, хотя данный фактор более значим в зрелом возрасте), моральные мотивы (представление о самоубийстве как о слабости и трусости, «позорном бегстве», а также нежелание оставить о себе «плохую память»), эстетические мотивы, нарциссические мотивы, мотивы когнитивной надежды (уверенность в том, что что-то можно сделать, что, даже если сам не видишь выхода, его знает кто-то другой), мотивы временной инфляции (желание выждать какое-то время перед актом самоубийства), мотивы финальной неопределенности (опасение, что если выживешь, то на всю жизнь останешься инвалидом) и т. д. В случае появления у подростка признаков суицидального поведения это знание поможет воспитателю или учителю незамедлительно акцентировать внимание ребенка на его защитном мотивационном комплексе.

В тех школах, где самоубийство совершает ребенок или подросток, необходимо проводить превентивные мероприятия для предотвращения самоубийства из

³⁰⁴ Балабанова Т.В. Проблема психических расстройств среди молодежи // Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств» – Белгород, 2009 – С. 1-2.

³⁰⁵ Ковалев В.В., Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения – М.: Смысл, 1980. 341 с.

³⁰⁶ Вагин Ю.Р. Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков). Пермь: Изд-во ПРИПИТ, 2001. 292 с.

подражания (за компанию)³⁰⁷. Необходимо, чтобы школе, чей воспитанник, учитель или представитель администрации покончил с собой, сразу же была оказана поддержка извне (из системы образования, здравоохранения) и чтобы сама школа была готова к проведению работы по пре-

одолению кризисов и поственции³⁰⁸. Групповое консультирование для переживших смерть близкого человека, проводимое в школе, может быть успешным в оказании учащимся помощи адаптации к потере сверстника или друга, совершившего самоубийства³⁰⁹.

Информационная поддержка

Общество должно быть адекватно и доступно информировано о том, как оказывать помощь людям, переживающим кризис, думающим о самоубийстве; где искать помощь в таких случаях. Важно, чтобы первичные профилактические знания о самоубийствах, психологических кризисах были доступны как можно более широкому общественному кругу: через СМИ, распространение буклетов профилактического содержания, наклейки и т.п. Эту деятельность должны осуществлять учреждения образования, учреждения охраны общественного здоровья, организации, оказывающие психологическую и социальную поддержку, все службы поддержки общественного уровня³¹⁰. Задействованные профессиональные группы (учителя, преподаватели, медицинские работники, социальные работники, полицейские, пожарные, представители религиозных учреждений) должны получить основные

знания в области превенции кризисов и самоубийств, а также навыки их практического применения³¹¹.

Средства массовой информации должны быть ответственны за формирование отношения к самоубийству, распространение информации о службах помощи для людей, переживающих кризисы.

Сообщая информацию о кризисах или самоубийствах в СМИ, одновременно следует сообщить и о тех службах поддержки, которые могут помочь в таких случаях, конкретно указав адреса и телефоны. Освещая информацию о случаях кризисов и самоубийств, следует применять корректную тактику, отражающую лишь уровень нейтрального информирования о событиях, дабы не провоцировать новую волну самоубийств³¹².

³⁰⁷ Предотвращение самоубийств: справочное пособие для консультантов. 2006. ВОЗ, Департамент психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами. – 30.

³⁰⁸ France K. Crisis intervention. A Handbook of Immediate Person-to-Person Help. 2-nd ed.-USA, Illinois, Springfield: Charles Thomas Publisher, 1990. 262 p.

³⁰⁹ Емельянов Ю.М. Обучение общению в учебно-тренировочной группе. // Психол. журн. 1987. № 2. С. 13

³¹⁰ WHO – Suicide Prevention. SUPRE. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Management of Mental and Brain Disorders. Department of Mental Health and Substance Dependence / World Health Organization. Geneva, 2002 – WHO/MSD/MBD/02.197 p.

³¹¹ Гроллман Э. (Grollman Earl A.) Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М.: «Когито-Центр», 2001. С. 270-353.

³¹² Hassan R. Effects of newspaper stories on the incidence of suicide in Australia: a research note // Aust N Z J Psychiatry. 1995 – 29(3) – P. 480-483.

Социальная защита

В системе социальной защиты работы по профилактике самоубийств проводят службы социальной поддержки, специализированные центры преодоления кризисов, службы психологического-социального консультирования. Службы социальной поддержки могут предоставлять адекватную информацию и проводить консульта-

ции для людей, оказавшихся в кризисных ситуациях, по всем важнейшим вопросам (социальным, юридическим, вопросам устройства на работу, организации кратковременного приюта и получения помощи в других службах). Критическим фактором в системе социальной защиты является финансовое обеспечение.

Религиозные учреждения

Роль церкви в проведении профилактики самоубийств на общественном уровне в настоящее время возрастает. Функция духовной поддержки религиозных учреждений напрямую связана с оказанием помощи людям, переживающим кризисы, думающим о самоубийстве. В большинстве стран мира религиозные учреждения принимают значимое участие посредством организации групп взаимопомощи людям, пережившим утрату.

За рубежом социально-психологическую помощь оказывают также негосударственные организации, деятельность

которых поощряются гражданскими инициативами³¹³. Негосударственные организации быстрее всех реагируют на злободневные потребности общества. Наша страна пока не готова к развитию гражданских инициатив в значимых масштабах, не хватает критической массы числа членов общества, способных добровольно принять на себя ответственность в решении актуальных общественных проблем. Сотрудничество всех этих государственных и негосударственных систем – обязательное условие для проведения эффективной профилактики самоубийств в стране.

Возможности и инструменты укрепления психического здоровья молодежи

Во многих странах Европы, даже с низким уровнем самоубийств, существуют государственные программы по профилактике суицидов, и на это выделяются значительные средства. Опыт Дании и Венгрии, стран – «суицидальных рекордсменов» 1980-х годов, показал высокую эффективность разработанных в этих странах программ предотвращения суицидов³¹⁴. В развитых странах проблему роста само-

убийств пытаются решить на государственном уровне.

Так, в Японии при правительстве был организован штаб по предупреждению самоубийств, там разработан специальный сайт, адресованный тем, кто испытывает психологические затруднения, их семьям, друзьям и сослуживцам, и содержащий обучающий курс по улучшению атмосферы на рабочем месте и поддержке психо-

³¹³ Она Кристина Полукордене. Психологические кризисы и их преодоление: основные знания о превенции, интервенции и поственции кризисов и самоубийств. Практическое руководство. Вильнюс – 2003. 69 с.

³¹⁴ Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / Под ред. Этьенна Г. Круга / Пер. с англ. М: Издательство «Весь Мир», 2003. 376 с.

логического здоровья японцев. На улицах японских городов активисты общественных организаций раздавали брошюры и листовки с рекомендациями по диагностике депрессивного состояния членов семьи³¹⁵.

В Финляндии, Норвегии, Швеции, Австралии и Новой Зеландии разработаны комплексные национальные стратегии, направленные на сокращение самоубийств, особенно успешные – в Нидерландах и Соединенном Королевстве³¹⁶. В Эстонии, Франции, Канаде и США были созданы менее глобальные национальные программы.

Профилактика суицидов должна быть непрерывной и последовательной, поскольку психологические стрессы среди молодых людей, связанные с детскими невзгодами, отсутствием социальной поддержки, финансовыми трудностями, хроническими заболеваниями и высоким уровнем потребления алкоголя, часто весьма стойки³¹⁷. Так, для стран с низким и средним уровнем дохода оказались неэффективными краткосрочные образовательные вмешательства и последующие контакты для предотвращения самоубийств в течение полутора лет после выписки подростков из отделения неотложной помощи в снижении последующих попыток самоубийства³¹⁸.

Эффективные меры молодежных

программ должны затрагивать всех подростков³¹⁹. При этом подросток должен одновременно рассматриваться с различных точек зрения: психологического и физиологического благополучия, межличностных отношений, жизненной ситуации и планов на будущее, экономической ситуации, условий жизни, здорового образа жизни и проведения досуга³²⁰.

Установлено, что ни один фактор риска не может являться достаточной причиной самоубийства без комбинации с другими факторами³²¹. Требуется всесторонняя поддержка молодого человека с грузом накопленных проблем, а не коррекция только одного симптома или проблемного поведения³²².

Проблемы, связанные с психосоциальным благополучием, как правило, накапливаются с течением времени³²³. Именно накопление проблем представляет собой наибольшую трудность для реализации мероприятий, направленных на улучшение психического благополучия молодежи. Наиболее успешны подростковые программы, основанные на объединении двух направлений – укрепление психического здоровья молодежи и профилактику психических расстройств³²⁴.

Профилактические программы мо-

³¹⁵ Сайт ВОЗ «Mental health», Suicide prevention (SUPRE) / URL: <http://www.iasp.info/>

³¹⁶ Taylor S.J., Kingdom D., Jenkins R. How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies // Acta psychiatrica scandinavica, 1997. 95. P. 457-463.

³¹⁷ Kestilä L., Koskinen S., Kestilä L., Suvisaari J., Aalto-Setälä T. & Aro H. Nuorten aikuisten psyykinen oireilu: riskitekijät ja terveystalvelujen käyttö.

[English summary: Psychological distress among young adults – risk factors and use of health care services] // Suomen Lääkärilehti [Finnish Medical Journal]. 2007. 43. P. 3979-3986.

³¹⁸ Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, De Silva D, Schiebusch L, Nguyen VT, Sisask M, Bolhari J, Wasserman D. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study // Crisis. 2010. 31(4). P. 194-201.

³¹⁹ Hodgson R, Abbasi T. & Clarkson J. Effective mental health promotion: a literature review // Health Education Journal, 1996. 1. P. 55-74.

³²⁰ Catalalano R., Hawkins D., Berglund L., Pollard J. & Arthur M. Prevention science and positive youth development: Competitive or cooperative frameworks? // Journal of Adolescent Health. 2002. 31. P. 230-239.

³²¹ National Task Force on Suicide in Canada. Suicide in Canada. Update of the report of the Task Force on Suicide in Canada. Ottawa, Health Canada, 1994.

³²² Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future. World Health Organization 2010. Eija Stengård and Kaija Appelqvist-Schmidlechner. 8 p.

³²³ Deater-Deckard K., Dodge K., Bates J. & Petit G. Multiple risk factors in the development of externalizing behaviour problems: Group and individual differences. // Development and Psychopathology, 1998. 10. P. 469-493.

гут привести к позитивным изменениям в психологических и поведенческих установках, успеваемости и способности к обучению, что в свою очередь способствует профилактике проблем с психическим здо-

ровьем³²⁵. Однако практики отмечают, что среди программ по охране психического здоровья редко можно найти комплексные программы подготовки для осуществления контроля самоубийств³²⁶.

Информация о психических расстройствах, возможностях их корректировки и лечения должна быть легко доступной, ее получение не должно вызывать у молодых людей страх перед стигмой³²⁷. Однако практики отмечают, что многие профилактические программы подрывают мотивацию молодежи к участию или поддержке этих программ, поскольку ориентированы на негативные проблемы и не акцентируют внимание общества на положительных аспектах жизни молодежи³²⁸.

В результате практической деятельности по предотвращению самоубийств в мире разработано большое количество эффективных программ и методик, которые помогли добиться существенных результатов во многих странах.

Информация о современной практике и эффективных мерах укрепления психического здоровья сгруппирована в интерактивном ресурсе для молодежи стран ЕС – Компас психического здоровья³²⁹. Он включает в себя базу данных с алгоритмами современных практик³³⁰. Другим примером является база данных ProMenPol³³¹, которая представляет собой структурированный выбор инструментов укрепления психического здоровья в различных условиях, в том числе в школе.

Многие мероприятия направлены на улучшение жизненных или социальных навыков детей и подростков в целях справиться со стрессом и улучшить личные отношения с окружением. Этот вид вмешательства, как правило, применяется в школах. Программа «The Friends Programme»³³² (используется в школах и медицинских учреждениях Австралии, Новой Зеландии, Канады, Великобритании, Ирландии, Германии, Финляндии, Нидерландов, США, Мексики, Норвегии и Португалии) является одной из ведущих школьных программ профилактики тревоги, которая помогает детям в возрасте 7-11 и подросткам в возрасте 12-16 лет справиться с чувством страха, беспокойством и депрессией путем повышения устойчи-

³²⁴ Weissberg R., Kumpfer K. & Seligman M. Prevention that works for children and youth: an introduction // American Psychologist, 2003. 58 (6/7). P. 425-432.

Catalalano R., Hawkins D., Berglund L., Pollard J. & Arthur M. Prevention science and positive youth development: Competitive or cooperative frameworks? // Journal of Adolescent Health. 2002. 31. P. 230-239.

Durlak J.A. & Wells A.M. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review // American Journal of Community Psychology. 1997. 25. P. 115-152

³²⁵ Flay B. Positive youth development requires comprehensive health promotion programs // American Journal of Health Behavior, 2002. 6. P. 407-424.

Kellam S. & Anthony J. Targeting early antecedents to prevent tobacco smoking: Findings from an epidemiologically based randomized field trial // American Journal of Public Health, 1998. 88 (10). P. 1490-1495.

Durlak J.A. & Wells A.M. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review // American Journal of Community Psychology. 1997. 25. P. 115-152.

³²⁶ Patel V., Thara R. Meeting the mental health needs of developing countries: NGO innovations in India. New Delhi: Sage, 2003

³²⁷ Rickwood D., Deane F., Wilson C. & Ciarrochi J. Young people's help-seeking for mental health problems // Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 3 (supplement). 2005. / URL www.auseinet.com/journal/vol4iss3suppl/rickwood.pdf (посещение 25.06.2011)

³²⁸ Small S. & Memmo M. Contemporary models of youth development and problem prevention: Toward an integration of concepts, terms and models // Family Relations. 2004. 53. P. 3-11

³²⁹ Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future. World Health Organization 2010. Eija Stengård and Kaija Appelqvist-Schmidlechner. 8 p.

³³⁰ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_compass_en.htm

³³¹ <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.en>

³³² <http://www.friendsinfo.net/>

вости и самоуважения, обучения когнитивным и эмоциональным навыкам в простом, хорошо структурированном формате. Когнитивно-поведенческая коррекция этой программы включает в себя десять сессий для ребенка и три сессии для родителей. Программы, направленные на изменение поведения и обучение стратегиям решения проблем, приводят к снижению суицидальных тенденций среди школьников, улучшению идентификации эго и жизненных навыков. Программы, направленные на повышение уровня знаний и социальную поддержку, более эффективны в снижении факторов риска самоубийств и повышении защитных факторов среди студентов³³³.

Программа «Coolness training»³³⁴ в Германии направлена на молодых людей, которые стали изгоями в своей социальной среде, имеют риск вовлечения в правонарушения с применением насилия и риск стать социальными маргиналами. Тренировки направлены на улучшение социальной компетенции (например, обучение способам урегулирования конфликтов), содействие деэскалации насилия и поощрение действий по предотвращению насилия другими лицами.

Программа «Time Out! Getting Life Back on Track»³³⁵ была разработана в Финляндии и является примером оказания всесторонней поддержки, она найдена эффективной, целесообразной и перспективной³³⁶. Для юношей Программа предлагает личного советника, работающего в муниципальных учреждениях социальной и медицинской помощи, вместе с которым

обсуждаются планы на будущее и текущую жизненную ситуацию, возникшие проблемы с психическим здоровьем, злоупотреблением психоактивными веществами и общее благополучие. Участвующие в Программе юноши получают поддержку и помощь. Советник также поощряет использование других социальных и медицинских услуг, когда это необходимо.

В ряде стран разработана особая процедура отслеживания необходимости суицидальной интервенции при Телефонных психологической помощи, в которой помимо консультанта участвуют супервизор службы, сотрудники полиции, телефонной компании и мобильной помощи³³⁷. Постороннее вмешательство определяется необходимостью спасения жизни человека. В задачи консультанта входит оперативно получить сведения об адресе абонента, выяснить, не одинок ли он, есть ли желание получить помощь. Эти данные сообщаются супервизору службы, который информирует «Службу спасения» (911) и полицию. Ее сотрудники связываются с местным отделением телефонной компании для определения номера абонента. На место суицида выезжает команда в составе полицейских и сотрудников службы мобильной кризисной помощи³³⁸. Разработан эффективный алгоритм компьютерного анализа возможности повторной попытки суицида на основе предсмертной записки, что поможет ускорить принятие решения об актуальных методах кризисной помощи в процессе беседы³³⁹.

Ряд программ для молодежи работают с использованием сети Интернет, поскольку

³³³ For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). July 2004. 19 p.

³³⁴ <http://www.coolness-training.de/>

³³⁵ <http://info.stakes.fi/aikalisa/EN>

³³⁶ Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future. World Health Organization 2010. Eija Stengård and Kaija Appelqvist-Schmidlechner. 8 p.

³³⁷ Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future. World Health Organization 2010. Eija Stengård and Kaija Appelqvist-Schmidlechner. 8 p.

³³⁸ France K. Crisis intervention. A Handbook of Immediate Person-to-Person Help. 2-nd ed.-USA, Illinois, Springfield: Charles Thomas Publisher, 1990. 262 p.

ку некоторые дети и подростки предпочитают Интернет контактам «лицом к лицу». В Швеции веб-тренеры предоставляют свою помощь молодым людям через Интернет³⁴⁰. В Словении интернет основанная программа «THAT IS ME»³⁴¹ направлена на предоставление подросткам информации и оказание им помощи в решении их проблем путем получения советов от постоянно доступной команды из 30 экспертов. За рубежом существует несколько центров поддержки интернет-аддиктов – лиц, подверженных компьютерной зависимости. В Рунете на сегодняшний день есть Служба Анонимной помощи пользователям Интернета, предлагающая психологическую поддержку он-лайн с помощью ICQ – сетевого аналога службы неотложной телефонной помощи и «Виртуальной психологической службы»³⁴². В нашей стране тоже требуется подобная помощь подросткам³⁴³.

Подходы к профилактике и укреплению психического здоровья детей и подростков могут быть эффективными в снижении частоты симптомов психических расстройств³⁴⁴, агрессии и антиобщественного поведения³⁴⁵, употребления психоактивных веществ³⁴⁶, а также в повышении навыков преодоления жизненных трудностей³⁴⁷. Достигнутые эффекты стабильно сохраняются с течением времени³⁴⁸.

На основе принципов доказательной медицины было найдено, что эффективными мерами по предупреждению самоубийств достоверно являются образование врачей по распознаванию депрессии и ее лечению и ограничения доступа к средствам самоубийства. Другие методы, в том числе скрининговые программы факторов риска, медиаобразование, необходимо дополнительно тестировать для оценки их реальной эффективности³⁴⁹.

³³⁹ Pestian J, Nasrallah H, Matykiewicz P, Bennett A, Leenaars A. Suicide Note Classification Using Natural Language Processing: A Content Analysis // *Biomed Inform Insights*. 2010 – 2010(3). P. 19-28.

³⁴⁰ Soares-Lindberg M. Fryshuset's Nätvandrare (web coaches). Presentation in the thematic conference «Promotion of mental health and well-being of children and young people – Making it happen», 29-30.9.2009. Stockholm, Sweden.

³⁴¹ Braddick F., Carral V., Jenkins R., & Jané-Llopis E. Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes. Luxembourg: European Communities. 2009

³⁴² Она Кристина Полукардене. Психологические кризисы и их преодоление: основные знания о превенции, интервенции и поственции кризисов и самоубийств. Практическое руководство. Вильнюс. 2003. 69 с.

³⁴³ Гурьева Л.П. Психологические последствия компьютеризации: функциональный, онтогенетический и исторический аспекты // Вопросы психологии, 1993. № 3. С. 5-16. Пережогин Л.О. Зависимости от Интернет и компьютерных игр в детской психиатрической практике. Белгород // Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств». 2009. С.10-13.

³⁴⁴ Jané-Llopis E., Barry M.M., Hosman C. & Patel V. Mental health promotion works: A review. / In: E. Jané-Llopis, M.M. Barry, C. Hosman and V. Patel. (Eds.) The Evidence of Mental Health Promotion Effectiveness: Strategies for Action IUHPE Special Issue, Supplement 2. 2005.

³⁴⁵ P. 9-25. Durlak J. A. & Wells A.M. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review // *American Journal of Community Psychology*. 1997. 25. P. 115-152.

³⁴⁶ Gansle K. The effectiveness of school-based anger interventions and programs: A metaanalysis // *Journal of School Psychology*. 2005. 43. P. 321-341; Bor W. Prevention and treatment of childhood and adolescent aggression and antisocial behaviour: a selective review // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2004. 38. P. 373-380.

³⁴⁷ Tobler N., Roona M., Ochsborn P., Marshall D., Streke A. & Stackpole K. Schoolbased adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. // *The Journal of Primary Prevention*, 2000. 4. P. 275-336.

³⁴⁸ Jané-Llopis E. What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes. Nijmegen: Nijmegen University. 2002.

³⁴⁹ Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. // *JAMA*. 2005. 294(16). P. 2064-2074.

Доказано, что некоторые хорошо реализованные программы раннего вмешательства для молодежи дают значительно больше выгод, чем затрат³⁵⁰. Тем не менее, медицинские работники часто не рассматривают работу по профилактике и укреплению психического здоровья молодежи как свою первостепенную задачу, поскольку лечение болезней и корректирование психологических проблем позволяет получить положительные результаты существенно быстрее, что имеет принципиальное значение при текущей системе оценки работы³⁵¹.

Профилактика самоубийств в России

В России профилактика самоубийств малоэффективна, отличается не достаточной превентивной направленностью, ограничениями программного финансирования и слабо координируется.

На государственном уровне особое внимание уделяется профилактике детского и подросткового суицида³⁵².

Деятельность кризисной службы в нашей стране определяется приказом МЗ РФ от 06.05.98 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». Этим приказом определяется структура и взаимодействие структурных единиц специализированной суицидологической службы в нашей стране:

Первичное звено – врач-суицидолог при студенческой поликлинике и при городском (областном) психоневрологическом диспансере. Основная его задача – оказание консультативной и лечебно-диагностической помощи суицидентам и лицам, находящимся в состоянии психологического кризиса, суицидальной predisposition и осуществление преемственности с кабине-

том социально-психологической помощи и кризисным стационаром. Основной недостаток – помощь только тем пациентам, которые сами обратились к специалистам.

Кабинет социально-психологической помощи³⁵³ расположен вне стен психиатрических лечебных учреждений – традиционно при одной из поликлиник. В штат его входят: врач психиатр-психотерапевт, клинический (медицинский) психолог, социальный работник и медицинская сестра. Кабинет оказывает лечебно-диагностическую (психотерапевтическую, психокоррекционную), психопрофилактическую и социально-правовую помощь. В кабинет социально-психологической помощи суициденты обращаются самостоятельно, по направлению врача-суицидолога или сотрудников Телефона Доверия, что также позволяет охватить лишь малую часть из числа подростков, нуждающихся

³⁵⁰ Zechmeister I., Kilian R., McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. // BMC Public Health, 2008. 8. P. 20.

Foster E., Olchowski A., Webster-Stratton C. Is stacking intervention components cost-effective? An analysis of the Incredible Years Program. // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2007. 46. P. 1414-1424.

Bagley C., Pritchard C. The reduction of problem behaviours and school exclusion in at-risk youth: an experimental study of school social work with cost-benefit analyses. // Child and family Social Work, 1998. 3. P. 219-226.

³⁵¹ For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). July 2004. 19 p.

³⁵² Государственная молодежная политика в Российской Федерации. М.: Ин-т молодежи, 1999. 205 с.

³⁵³ Амбрумова А.Г. Психология одиночества и суицид // Актуальные проблемы суицидологии: Тр. Москов. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1981. Т. 92. С. 69-81.

в социально-психологической помощи.

Кризисный стационар³⁵⁴. Как правило, на 20 коек (для городов с населением свыше 300 тыс. человек). Размещается на базе одной из соматических больниц. Основная задача – оказание стационарной лечебно-диагностической, психотерапевтической, социальной и правовой помощи суицидентам и лицам, находящимся в состоянии психологического кризиса или суицидальной predisпозиции. В кризисный стационар пациенты поступают по направлению врача-суицидолога, специалистов кабинета социально-психологической помощи или (реже) сотрудников Телефона Доверия. Силами сотрудников психологических и кризисных центров в России нельзя решить имеющиеся проблемы оказания квалифицированной помощи детям «группы риска»³⁵⁵.

Телефон Доверия³⁵⁶ – наивысшее звено суицидологической службы. Организуется, как правило, в городах с населением свыше 500 тыс. человек, работает круглосуточно. В штате врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, клинические (медицинские) психологи. Задача Телефонов доверия – убедить позвонившего отложить свое намерение о самоубийстве и обратиться к психологу³⁵⁷. На практике работники служб психологической помощи по телефону часто выполняют и большее количество функций центров преодоления кризисов (образовательную), организует консульта-

ции специалистов для кризисных клиентов, проводят поственционную работу, участвуют в работе мобильных команд преодоления кризисов³⁵⁸.

Такая ситуация свидетельствует, что существующая организация кризисной службы в нашей стране не соответствует потребностям общества. О недостаточном объеме социально-психологической помощи свидетельствует также факт резкого снижения числа «телефонов доверия» в Центрах медицинской профилактики с 2977 в 2008 году до 320 в 2009 году при росте числа обращений населения по ним с 50771 до 61699 соответственно³⁵⁹. Как итог – практически во всех материалах по фактам попыток несовершеннолетних покончить жизнь самоубийством отсутствуют какие-либо сведения о психологической реабилитации и помощи³⁶⁰.

Первичным звеном в оказании психологической помощи является школьная психологическая служба во взаимодействии с психолого-медико-педагогическими консультациями и центрами социально-психологической и педагогической реабилитации Министерства образования России. Методологическая база оказания такой комплексной социально-психологической и социально - реабилитационной помощи разработана слабо. Число медицинских специалистов в этих учреждениях, ориентированных в социально-психиатрическом направлении, катастро-

³⁵⁴ Полеев А.М. Неотложная психотерапевтическая помощь в системе комплексной превенции сумоубийств. / Автореф. дис. канд. мед. наук. М. 1989. С. 14-16

³⁵⁵ Петрунин А.Г. Психолого-педагогические и медико-социальные центры России//Педагогика.-2003.-№10.-С.40-46.

Рубцов В.В. Психологическая поддержка современного образования.//Иzv.Рос.акад.образования.-1999.- N1.-С.49-58.

Холостова Е.И. Социальная работа с дезадаптированными детьми. М.: Дашков и Ко, 2010. – 272 с.

³⁵⁶ Телефон доверия. Служба экстренной психологической помощи для подростков и молодежи / Сер.: Государственная молодежная политика в Российской Федерации. М.: Ин-т молодежи, 1999. 205 с.

³⁵⁷ Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. - М.: Смысл, 1999. - 410 с.

³⁵⁸ Шадура А. Телефонная история с прологом и эпилогом, или записки психолога экстренной психологической помощи // Газета Школьный психолог. – 2005. - № 17.

³⁵⁹ Сабгайда Т.П., Павлов Н.Б.Возможность оценки результативности медицинской профилактики на основе данных статистической отчетности. // Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник. – 2011. - № 1 (17) – /URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/260/30/>

³⁶⁰ О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков. Письмо Минобразования России от 26.01.2000 №22-06-86

фически мало³⁶¹. Первичная антиалкогольная и антинаркотическая профилактическая работа сегодня сдвигается в более младшую возрастную группу, в школу и семью, что также не имеет достаточного методического обеспечения.

Сегодня нужно развитие круглосуточной службы преодоления кризисов, в которой работают профессиональные специалисты психического здоровья (психиатры, психологи, психотерапевты, социальные

работники) и добровольные консультанты (иногда называемые парапрофессионалами)³⁶². Требуется изучения влияния климатических, социальных и этнокультурных факторов на аутоагрессивное (суицидальное) поведение детей в разных регионах страны, создание областных антисуицидальные медико-психолого-социальных центров профилактической и реабилитационной направленности для детей школьного возраста³⁶³.

Российские суицидологи обозначили основные проблемы, требующие своего разрешения в текущих условиях³⁶⁴:

- *нужны новые подходы к социально-психологической поддержке семьи;*
- *нужны новые методы социотерапевтической помощи детям, находящимся в особо трудных жизненных обстоятельствах (беспризорность и отсутствие родительского контроля, криминальная среда, проживание в регионах экономического застоя);*
- *нужны новые личностно-ориентированные технологии консультативной и коррекционно-реабилитационной помощи детям;*
- *нужны новые подходы к социально-правовой защите законных интересов детей в семье и в социальной среде;*
- *нужна новая система профилактики, организации раннего выявления и контроля за детьми, приобщенными к употреблению психоактивных веществ;*
- *требуется интеграция усилий всех специалистов по детству в комплексной оценке возрастного психического и личностного развития детей групп риска формирования нарушений психического здоровья и поведения;*
- *требуется четкое методическое и нормативное обеспечение всей суицидологической деятельности, включая привлечение специалистов различных социальных практик и различных ведомств на основе принципов бригадного подхода к оказанию оздоровительной и реабилитационной помощи;*
- *требуется внедрять в программы последипломного образования специалистов различных социальных практик основы социально-медицинской, психиатрической, психологической помощи в детско-подростковой популяции, руководства по правовой поддержке детей, находящихся в трудных жизненных обстоятельствах.*

³⁶¹ Вострокнутов Н.В. Клинико-социальные проблемы детей и подростков в современном обществе и междисциплинарное взаимодействие специалистов различных социальных практик / Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств». Белгород, 2009. С. 2-4.

³⁶² Голан Н. Вмешательство в кризисную ситуацию // Энциклопедия социальной работы. В 3 т. М., 1994. Т. 1. С. 110-116.

³⁶³ Федосова И.В., Белозерцева И.Н. Экология семьи как условие формирования ценностных ориентаций детей бизнесменов. // Фундаментальные исследования. 2004. № 3. С. 89-92.

³⁶⁴ Вострокнутов Н.В. Клинико-социальные проблемы детей и подростков в современном обществе и междисциплинарное взаимодействие специалистов различных социальных практик / Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств». Белгород, 2009. С.2-4.

Следовательно, существует настоятельная необходимость резкого увеличения возможности общества в нашей стране противостоять отрицательной тенденции роста суицидов в молодеж-

ной среде. Накопленный за рубежом опыт позволяет использовать положительные примеры и применять подходы, прошедшие тестирование в реальных условиях.

Заключение

За последние 50 лет количество самоубийств в мире выросло приблизительно на 60%. Особенно выросла смертность от самоубийств среди подростков и молодых людей в ряде промышленно развитых стран. Всемирная организация здравоохранения признала важность проблемы самоубийств для общественного здоровья и в 1999 г. выступила с глобальной инициативой профилактики самоубийств.

Для России проблема самоубийств является особо актуальной, поскольку и по общему уровню смертности от суицидов, и особенно по показателям для подростков наша страна входит в число самых неблагоприятных стран мира.

По росту суицидов с девяностых годов прошлого века Россия и в целом страны бывшего СССР выделяются на фоне остальных в Европе и мире, что связано с общественными социально-экономическими катаклизмами. В качестве основной гипотезы, объясняющей сохраняющийся высокий уровень суицидального поведения в странах «постсоветского пространства», в большинстве научных публикаций рассматривается дезадаптация населения к новым социально-экономическим и социально-культурным условиям, сложившимся в результате распада Советского Союза. Произошла ломка в действиях и поведении людей, многие из которых не смогли вписаться в новые реалии. Резкий слом устоявшегося атеистического мировоззрения привел к социальной и идеологической дезадаптации, поскольку большая часть населения страны оторвана от корней религии как интеграционного фактора. Исследователи подчеркивали повышение суицидальной активности у мужчин в предпенсионном возрасте, а также у детей и подростков.

Отмеченный феномен дезадаптации имеет многоликие проявления.

Наиболее отчетливое из них – социально-экономическая дифференциация частоты самоубийств, т.е. различия ее в зависимости от исторического периода (советский период, период социальной трансформации, постреформенное десятилетие), места жительства, социального статуса и пр.

Современные уровни подростковой смертности от суицидов определяются трендами постсоветского периода. Исходя из динамики 1965-1984 гг., можно было предположить, что в 2009 г. показатели должны были составить 19 у юношей и 2 у девушек на 100 тыс. соответствующего населения. Тем не менее, в 2009 г. эти показатели соответствовали 30 у юношей и 8,5 у девушек на 100 тыс. лиц 15-19 лет. Это более чем на 60% у юношей и более чем 4-кратно у девушек выше прогнозных уровней.

Социальный профиль суицидентов оказался принципиально схож на территориях с разным уровнем социально-экономического развития и суицидальной смертности подростков (в Москве, Кировской и Тверской областях): он формируется прежде всего за счет неработающих, второе место занимают учащиеся. На 3-м месте – рабочие, вклад которых вдвое превысил долю студентов. В современной России студенты ВУЗов – это социальная группа молодежи с наиболее широкими жизненными перспективами, с одной стороны, и, в массе своей, относящиеся к среде, которую можно охарактеризовать как «средний слой». Противоположным полюсом являются «неработающие» подростки. Неработающий – это значит, что умерший подросток не был ни учащимся, ни студентом, ни рабочим, т.е. он не был занят

какой бы то ни было социально полезной деятельностью. Подобная ситуация могла сложиться либо в весьма состоятельных семьях, число которых в России крайне невелико, либо, что более распространено, в семьях, слабо социально адаптированных, маргинальных и полумаргинальных, со всеми присущими подобным слоям общества девиантными формами поведения и рисками, из них вытекающими (в том числе – злоупотребление спиртными напитками).

Зона повышенных рисков подростковых суицидов формируется за счет двух географических кластеров – территорий европейского Северо-запада и дальневосточных и восточносибирских регионов России. Несмотря на кардинальные общественные сдвиги 1990-2000-х годов в целом вектор «благополучный Запад – неблагоприятный Восток», сформировавшийся в конце советского периода, сохраняется.

Особо следует отметить высокую степень сходства ареала неблагоприятия среди юношей и девушек – это свидетельствует об отсутствии гендерной специфики факторов риска на экстремальных территориях.

Уровень суицидальной смертности в стране определяется не экстремальными территориями с максимальными уровнями показателя, но «ядром», т.е. регионами с наиболее распространенными уровнями смертности: полюсные территории, как правило, малонаселенные, определяют вариабельность показателя, мало влияя на ее общероссийский уровень.

Риск смерти от суицида зависит не только от региона, в котором живет подросток, но и от конкретного места жительства. Вектор «неблагополучные сельские поселения – благополучные областные центры», актуальный практически на всем пространстве российских территорий, од-

нозначно свидетельствует о детерминированности подростковой суицидальной смертности, прежде всего, социально-экономическими факторами.

Социально-экономические факторы – это, безусловно, одна из наиболее значимых детерминант, однако сводить мотивацию суицидентов только к этим факторам – значит чрезмерно упрощать крайне непростую проблему. Безусловно, в настоящее время в России наилучшие жизненные перспективы для молодежи на фоне наиболее благополучной в социально-экономическом отношении ситуации сложились в Москве и Санкт-Петербурге, и по уровню суицидальной смертности подростков эти мегаполисы входят в десятку наиболее благополучных российских регионов. Однако, если рассматривать эти города в ряду региональных центров (столиц областей, краев, республик), их ранг снижается до 24-го и 30-го места соответственно. Более низкие, чем в Москве, показатели, отмечены еще в 12, а более низкие, чем в Санкт-Петербурге – в 18 центрах субъектов Российской Федерации, несравнимо менее успешных в экономическом отношении.

Таким образом, помимо очевидных социально-экономических факторов, мегаполисы, к которым относятся обе столицы, формируют специфические риски суицидов среди подростков, не столь выраженные в менее крупных городах.

Еще одним проявлением дезадаптации, является сезонность самоубийств. Большинство авторов отмечают, что суицидальное поведение в подростковом возрасте в подавляющем большинстве случаев это ситуационно-личностные реакции. Конфликты с окружающими – ведущая причина подростковых самоубийств. В связи с особенностями переходного возраста меняются отношения подростков

с родителями, сверстниками, учителями, противоположным полом.

При анализе временных характеристик суицидальной смертности подростков отчетливо видна сезонность инцидентов. Ее характер позволяет сформулировать гипотезу о 2 факторах, повышающих частоту суицидов – праздники и экзамены, что в целом соответствует литературным данным.

Об объективности предположения о стрессогенности праздников свидетельствуют 2 обстоятельства.

Во-первых, частота суицидов возрастает в дни абсолютно всех праздников, сколько-нибудь значимых для подростков, независимо от сезона (Новый год, Валентинов день, 23 февраля и 8 марта, майские праздники).

Вторым обстоятельством, подтверждающим наличие «праздничного» фактора, является отсутствие выраженной гендерной специфики в праздничные дни: риски суицидов возрастают и у юношей и у девушек.

Поскольку речь идет о подростках, вряд ли стоит абсолютизировать алкогольный фактор; скорее, следует говорить об обострении восприятия всех личных неурядиц под влиянием алкоголя. Неурядицы эти могут быть двоякими: с одной стороны, одиночество в то время, когда сверстники отмечают праздник в больших и веселых компаниях, с другой – возможные конфликты и несбывшиеся надежды.

Гипотеза об экзаменах как факторе риска суицидов, представляется более дискуссионной. Тем не менее, повышенная частота суицидов в течение практически всего июня, когда идут выпускные экзамены у школьников и сессии у студентов, и у юношей и особенно у девушек, которые традиционно придают гораздо большее значение учебе и ее результатам,

является в России объективным фактом, который нельзя игнорировать.

Третьим важным проявлением дезадаптации является латентный, скрытый характер все возрастающей части самоубийств. Ряд авторов отмечает, что масштаб проблемы суицидов более значителен, чем об этом свидетельствует официальная статистика. В статистике учитываются только явные случаи суицида, тогда как нередко истинной причиной смерти от несчастного случая – например, передозировки лекарственных препаратов, падения с высоты, ДТП с единственным погибшим, часть железнодорожных происшествий и др. – на самом деле является суицид.

Существует ряд субъективных и объективных факторов, приводящих к недоучету потерь, обусловленных подростковыми самоубийствами.

К субъективным факторам следует отнести, с одной стороны, присутствующее в ряде случаев стремление близких скрыть истинную причину смерти. С другой стороны, это нежелание компетентных органов детально разбираться в причине смерти, тем более, что решающим в случае гибели от внешних причин является мнение не судебно-медицинского эксперта, а следователя, ведущего соответствующее дело.

Объективным фактором недоучета самоубийств в официальной статистике является система ее формирования: несмотря на то, что сроки расследования инцидента, предусмотренные законодательством, составляют 1 месяц, в российских реалиях они зачастую не выдерживаются, и в медицинском свидетельстве о смерти указывается «род смерти не установлен».

Парадоксальным образом недоучету смертей от социально значимых причин, к которым, безусловно, относятся и

самоубийства, особенно подростковые, способствует внимание высшего руководства страны к демографическим проблемам: так, снижение потерь от самоубийств, наряду со снижением дорожно-транспортной и сердечно-сосудистой смертности, обозначено в числе национальных приоритетов здоровья. К сожалению, региональное руководство в подобной ситуации зачастую стремится не столько решить сложившиеся проблемы, сколько преуменьшить их масштабы.

Была сделана попытка выявить маскированную часть самоубийств в популярной наиболее быстро растущей рубрике внешних причин смерти «повреждения с неопределенными намерениями». Подход предполагал сравнительный анализ картины повреждений с неопределенными намерениями и самоубийств по механизму реализации этих инцидентов.

Подчеркнем границы предлагаемого подхода: он позволяет выявить потенциальные резервуары латентных потерь от самоубийств, но не дает точных значений реальных уровней подростковой суицидальной смертности. Таким образом, речь идет об оценке масштабов вероятного недоучета потерь, обусловленных подростковыми суицидами.

Предложенная нами верификация инцидента механизмом его реализации позволяет с высокой степенью вероятности предположить, что в России наблюдается систематический недоучет подростковых самоубийств, составивший в целом за 2000-е годы 13,8% в мужской и 22,1% в женской популяции: латентным остается каждый 7-й суицид у юношей и 5-й – у девушек. При этом недоучет суицидов вырос в последний год исследования, особенно заметно у девушек, среди которых в 2009 г. доля латентных самоубийств выросла до 27,6%, т.е. была максималь-

ной за последнее десятилетие; у юношей она составила 15,8% – более высокий вклад латентных самоубийств наблюдался только в 2000 г.

В течение 2000-х годов сформировалась достаточно стабильная группа территорий с низким (ниже 5%) вкладом латентных самоубийств в реальные. В начале и середине 2000-х годов у юношей эта группа превысила 40%, снизившись к концу десятилетия до 34,6% российских территорий; у девушек в начале десятилетия она составляла 19,2%, в середине – треть, в конце десятилетия – четверть российских территорий.

К полюсной группе были отнесены территории, где латентные самоубийства превышают половину их реального уровня. Эти территории были в явном меньшинстве: в начале 2000-х годов их доля составляла 3,8% в мужской и 12,8% в женской популяции, в середине – 11,5% и у юношей и у девушек, в конце десятилетия – соответственно 10,3% и 15,4% территорий.

В группу с крайне высокой латентной суицидальной компонентой и среди юношей и среди девушек входили Москва и Санкт-Петербург, Рязанская, Ульяновская, Самарская и Ростовская области, а также Карачаево-Черкессия.

В целом следует констатировать, что предложенная нами оценка уровней суицидальной смертности с высокой степенью вероятности ближе к реальным, нежели ее официально объявленные уровни.

Кроме различных факторов риска суицидов, существуют и защитные факторы, которые способствуют профилактике суицидального поведения, достоверно снижая риск самоубийства. В целом, акт самоубийства зависит от наличия факторов риска и отсутствия защитных факторов.

Множественность разнонаправленных факторов риска обуславливает воз-

возможность предотвращения большинства самоубийств. Многоуровневость факторов риска и защитных факторов определяет необходимость комплексной профилактики самоубийств, включение в нее и медицинского аспекта, и культурно-образовательного аспекта, и разрешение ряда социальных проблем.

Установлено, что ни один фактор риска не может являться достаточной причиной самоубийства без комбинации с другими факторами. Требуется всесторонняя поддержка молодого человека с грузом накопленных проблем, а не коррекция только одного симптома или проблемного поведения.

Список литературы

1. Абрамова Г.С. Практическая психология. Екатеринбург: «Деловая книга», 1998. 368 с.
2. Абросимова М.Ю. Медико-статистические особенности смертности молодежи в Респ. Татарстан // Казанский медицинский журнал, 2005. Том 86, N1., с. 69-71.
3. Агафонов С.К. Анализ динамики суицидов в Ростовской области за период 1993-2003 гг. // Материалы XIV съезда психиатров России, 2005. М., с. 34.
4. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М., 1993.
5. Амбрумова А.Г. Непатологические ситуационные реакции у подростков в суицидологической практике // Журн. невропатологии и психиатрии, 1980. № 4, с. 632-634.
6. Амбрумова А.Г. Тихоненко В.А., Бергельсон Л.Л. Социально психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопросы психологии, 1981. № 4, с. 91-102.
7. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // В сб.: Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978, с. 44-59.
8. Амбрумова А.Г. Психология одиночества и суицид // Актуальные проблемы суицидологии: Тр. Москов. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1981. Т. 92, с. 69-81.
9. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия, 1996. Т. 6, вып. 4, с. 14-20.
10. Амбрумова А.Г. Постовалова Л.И. Семейная диагностика и профилактика суицидального поведения // В сб.: Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. М., 1984. С. 62-77.
11. Амбрумова А.Г. Постовалова Л.И. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном мире // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.Ю. Бехтерева, 1991. № 1, с. 26-38.
12. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Пути становления и перспективы развития превентивной суицидологической судьбы // Тез. докл. IV Всес. съезда невропатологов и психиатров. М., 1980. Т. 1, с. 22-25.
13. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид, как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии. В сб.: Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. М., 1978. С. 6-28.
14. Андрияшина О.Е. Социальное регулирование организационного поведения // Дисс. ... канд. соц. наук: 22.00.08. Орел, 2003. С. 230.
15. Антонюк В.В., Ермаков С.П., Семенова В.Г. «Смертность от неестественных причин – убийства, самоубийства, травмы и отравления». Web-Атлас: «Окружающая среда и здоровье населения России». URL: <http://sci.aha.ru/ATL/>
16. Балабанова Т.В. Проблема психических расстройств среди молодежи // Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств». Белгород, 2009. С.1-2.
17. Балановский О.П. Геногеографическое изучение полиморфных маркеров ДНК в популяциях восточно-европейских народов // Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. М., 2002.

18. Башкирова Г.А., Лабезник А.И. Динамика частоты завершенных суицидов среди детей и подростков в Удмуртии // Культурные и этнические проблемы психического здоровья. Вып 2. / Под ред. Б.С. Положего, А.А. Чуркина. Москва-Ижевск, 1997.
19. Белоглазов Г. «Социологический анализ самоубийств в России» (WWW вариант). <http://katatonia.narod.ru/ssuicide.html>
20. Белозерцева И.Н. Детский суицид: профилактика и коррекция. Иркутск: ООО «Сантай», 2001. С. 47.
21. Богданов С.В. Суицидальное поведение городских и сельских жителей России в условиях общественных трансформаций начала XXI века / Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств». Белгород, 2009. С. 51-53.
22. Божович Л. И. Проблемы формирования личности / Под ред. Фельдштейна Д.И. М.: Ин-т практической психологии, Воронеж, МО-ДЭК, 1995. С. 352.
23. Бусыгина Н. Психологическая помощь онкологическим больным в свете холистической модели болезни // Московский психотерапевтический журнал, 2000. № 1 (24), 77-100 с.
24. В помощь руководителю подросткового волонтерского отряда. Методическое пособие. И., 2005.
25. Вагин Ю.Р. Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков). Пермь: Изд-во ПРИПИТ, 2001. С. 292.
26. Ваулин С.В. Сравнительная характеристика суицидентов, госпитализированных в психиатрический стационар в 1994 и 2004 годах // Материалы XIV съезда психиатров России. М., 2005. С. 435.
27. Вожегова Н.П. Генетические маркеры клеток крови среди некоторых популяций населения Северо-Востока европейской части РСФСР // Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. Л., 1987.
28. Войцех В.Ф. Что мы знаем о суициде. Под редакцией профессора В.С.Ястребова. М.: РБОО «Семья и психическое здоровье», 2007. С. 20.
29. Войцехович В.А., Редько А.Н. Самоубийства с позиций социальной медицины // Пробл. соц. гигиены и история медицины, 1996. № 2, 16-19 с.
30. Вострокнутов Н.В. Клинико-социальные проблемы детей и подростков в современном обществе и междисциплинарное взаимодействие специалистов различных социальных практик / Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств». Белгород, 2009. С. 2-4.
31. Вроно Е.М. Несчастливые дети – трудные родители: Наблюдения детского психиатра. М.: Семья и школа, 1997. 108, с. 21.
32. Гайсина Д. А., Халилова З. Л., Хуснутдинова Э.К. Генетические факторы риска суицидального поведения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008. Т.108 (1), с. 87-91.
33. Гейер М. Междисциплинарные аспекты психотерапии // Базисное руководство

- по психотерапии / Под ред. А. Хайгл-Эверс и др. СПб., 2001. С. 605-666.
34. Генофонд и геногеография народонаселения / В кн. Генофонд населения России и сопредельных стран (Отв. ред. Ю.Г. Рычков, Ю.П. Алтухов). СПб: Наука, 2000. С. 611.
35. Гилинский Я., Гурвич И., Русакова М., Симпура Ю., Хлопушин Р. Девиантность подростков: Теория, методология, эмпирическая реальность. Учебно-научное издание. С.Пб.: Медицинская пресса, 2001.
36. Гладышев М.В., Положий Б.С. Суицидальное поведение больных с психическими расстройствами // Материалы XIV съезда психиатров России. М., 2005. С. 437.
37. Голан Н. Вмешательство в кризисную ситуацию // Энциклопедия социальной работы. В 3 т. М., 1994. Т. 1., с. 110-116.
38. Гомзикова С. Россия остается страной самоубийц. Свободная пресса, 30 января 2011 года / URL: <http://svpressa.ru/society/article/37979/>
39. Государственная молодежная политика в Российской Федерации. М.: Ин-т молодежи, 1999. С. 205.
40. Гроллман Э. (Grollman Earl A.) Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М.: «Когито-Центр», 2001. С. 270-353.
41. Гурьева Л.П. Психологические последствия компьютеризации: функциональный, онтогенетический и исторический аспекты // Вопросы психологии, 1993. № 3, с. 5-16.
42. Девяткова Г.И. Социально-гигиеническая характеристика самоубийств и пути совершенствования суицидологической помощи населению: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Оренбург, 1992. С. 26.
43. Дети в странах Содружества Независимых Государств: Статистический сборник / Межгосударственный статистический комитет СНГ. М., 2001.
44. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд: Пер. с фр. А.Н. Ильинского. М.: Мысль, 1994. С. 412.
45. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» / ВОЗ. Копенгаген, 2005. С. 23.
46. Емельянов Ю.М. Обучение общению в учебно-тренировочной группе // Психол. журн., 1987. № 2, с. 13.
47. Жариков Н.М., Иванова А.Е., Анискин Д.Б., Чуркин А.А. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1997. Т. 97, № 6, с. 9-15.
48. Жезлова Л.Я. К вопросу о самоубийствах детей и подростков. В кн.: Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 93-104.
49. Задворнова М.К. и др. О суицидной ситуации у детей и подростков в Удмуртской республике // Образование в Удмуртии: аналитические и тематические сообщения, 1997.
50. Здравоохранение в России, 2008 // Статистический сборник. М., 2009. С. 46-49.
51. Зиновьев С.В. Суицид. Попытка системного анализа, 2002. СПб.: СОТИС. С. 144.
52. Змановская Е.В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения. М.: Издательский центр «Академия», 2003. С. 233.

53. Ильяшенко О.А. Социально-психологические аспекты суицидального поведения у лиц зрелого возраста // Украинский медицинский альманах, 2007. Том 10, №4, с. 59-63.
54. Кажаров М.Х. Особенности суицидального поведения в КБР / В кн. Профилактика суицида в молодежной среде: информационно-методическое издание. Нальчик, 2008. С. 7-12.
55. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 2002. Т. 1, с. 315-366.
56. Ковалев В.В., Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. М.: Смысл, 1980. С. 341.
57. Козлов А.Б. Время суток как предиктор суицидального поведения // Российский психиатрический журнал, 2006. № 6, с. 55-60.
58. Кондратенко В.Т, Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия. М.: Ин-т Психотерапии, 2003. С. 458.
59. Кондричин С.В. Региональная дифференциация электоральных установок, уровня самоубийств и смертности от насильственных причин. К вопросу об этногенезе социального поведения // Социологический журнал, 2000. №№ 3/4, с. 98-117.
60. Красненкова И.П.Философский анализ суицида // Электронная библиотека по психологии – история, учения, теории, личности, 17.02.2011 / URL: <http://psylib.net/filosofskij-analiz-suicida-ip-krasnenkova/>
61. Креславский Е.С. Кризис. Кризисная интервенция / Материалы к семинару – тренингу. Центр социального и психологического консультирования, 1998.
62. Креславский Е.С. Телефонная экстренная психологическая помощь в Содружестве Независимых Государств // Вестн. РАТЭПП, 1992. № 1, с. 18-25.
63. Кристенсон Т. Модель решения проблемы // Вестник РАТЭПП. СПб., 1993. №№ 1-2, с. 36.
64. Крыжановская Л.А. Особенности суицидального поведения в США // Социальная и клиническая психиатрия, 2000. № 3, с. 97-105.
65. Куликов А.В. Суицидальное поведение у детей и подростков с эндогенными заболеваниями // Журнал неврологии и психиатрии, 2007. 107 (8), с. 15-23.
66. Лазебник А.И. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения детей и подростков в Удмуртии / Автореф. дис.канд.мед. наук. М., 2000. С. 24.
67. Лактионова А. И., Махнач А. В. Жизнеспособность подростков-сирот. Проектная деятельность детей, как ресурс развития жизнестойкости. М.: Благотворительный фонд «женщины и дети прежде всего», 2009. С. 6-33.
68. Лапицкий М.А., Ваулин С.В. Психопатологическая характеристика лиц, госпитализированных в психиатрические стационары в связи с суицидальной попыткой // Соц. и клин. психиатр, 1997. № 1, с. 128-129.
69. Лешукова Е.Г. Синдром сгорания. Защитные механизмы. Меры профилактики // Вестник РАТЭПП, 1995. №1, с. 36-47.
70. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. Л.: Медицина, 1985. С. 416.
71. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. СПб.: Изд-во

- ЭКСМО-пресс, 1999. С. 416.
72. Менингер К. Война с самим собой. М.: «ЭКСПО-Пресс», 2000. С. 480.
73. Морозов П.В. Суицидальность при депрессии: влияние генетических факторов и антидепрессантов // Психиатрия и психофармакотерапия, 2010. Том 12, №1, с. 4-7.
74. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. М.: Смысл, 1999. С. 410.
75. Мягков А.Ю. Темпоральные характеристики самоубийств // Социологические исследования, 2004. № 3, с. 83-92.
76. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / Под ред. Этьенна Г. Круга / Пер. с англ. М: Издательство «Весь Мир», 2003. С. 376.
77. Нейробиологические основы суицидальности, 13.10.2007 // Сайт Tools of Death – Энциклопедия орудий смерти! / URL: <http://www.tools-of-death.ru/>
78. Немцов А.В. Алкогольная смертность в России. 1980-90-е годы. М., 2001.
79. О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков. Письмо Минобразования России от 26.01.2000, №22-06-86.
80. Обидина Ю.С. Проблема суицида в современных научных исследованиях и в реальной жизни // Государственное управление: Центр-регион (проблемы экономики, социологии и права): Матер. Всеросс. школы-семинара «Национальные отношения и современная государственность». Йошкар-Ола, 28-29 июня 2000 г. Вып. 2. Йошкар-Ола: Марийский гос. пед. ин-т, 2000. С. 88-93.
81. Овчинникова Ю. Г. К проблеме интервенций в ситуации кризиса личности: от теории к практике // Культурно-историческая психология, 2010. №3, с. 93-98.
82. Она Кристина Полукордене. Психологические кризисы и их преодоление: основные знания о превенции, интервенции и поственции кризисов и самоубийств. Практическое руководство. Вильнюс, 2003. С. 69.
83. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал, 2001. Т. 22, №1, с. 90-101.
84. Пережогин Л.О. Зависимости от Интернет и компьютерных игр в детской психиатрической практике. Белгород // Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств», 2009. С. 10-13.
85. Петрынин А.Г. Психолого-педагогические и медико-социальные центры России // Педагогика, 2003. №10, с. 40-46.
86. Пирузян Л.А., Гюльязизова К.С., Николаева И.С., Кабанкин А.С., Кузнецова А.Р., Радкевич А.Д., Пинко А.Д., Сухина П.З., Радкевич Л.А. Исследование взаимосвязи смертности от суицида с фенотипом NAT2 и географическими координатами различных этнических популяций мира // Технологии живых систем, 2009. №8, с. 33-45.
87. Полеев А.М. Неотложная психотерапевтическая помощь в системе комплексной превенции самоубийств / Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1989. С. 14-16.
88. Полякова И.В. Особенности системных реакций и психогенных депрессий в суицидологической практике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1987. С. 20.
89. Помощь детям, подросткам и молодежи, переживающим кризисные жизненные ситуации / Методический сборник (Ред. И.В. Краснов, Е.А. Лапина, Н.М. Струц, Е.Ю. Антонова), 2007. Ижевск. С. 91.

90. Предотвращение самоубийств: пособие для консультантов. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2006. С. 31.
91. Прохоров Б.Б. Прикладная антропозкология. М.: Изд-во МНЭПУ, 1998. С. 312.
92. Радкевич Л.А., Гюльязизова, И.С. Николаева, Нечаев Д.С., Сошинский И.С., Крылов Е.Н., Пирузян Л.А. Исследование взаимосвязи полиморфизма фенотипа NAT2 с предрасположенностью к суициду в этнических популяциях / Доклады Академии наук, 2005. Т. 404, N 1, с.117-121.
93. Реан А.А. Психология изучения личности: Учеб. пособие. СПб.: Изд-во В.А. Михайлова, 1999. С. 288.
94. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. М.: Знание, 1994. С. 320.
95. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. С-Пб, Речь, 2007. С. 256.
96. Ромицына Е.Е., Алюшина А.О. Особенности проявлений тревожности и депрессивности в связи с родительским отношением у подростков, совершивших попытку суицида // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева, 2005. Том 1, N 4, с. 27-30.
97. Рубцов В.В. Психологическая поддержка современного образования // Изв. Рос. акад. образования, 1999. N1, с. 49-58.
98. Рубцов В.В. Служба практической психологии образования: современное состояние и перспективы развития // Вопросы психологии, 2003. №6, с. 32-39.
99. Рычков Ю.Г., Жукова О.В., Огрызко Е.В., Шнейдер Ю.В. Восточноевропейский генофонд и болезни сельского населения Европейской части России // Генетика. 1998. Т. 34, N 8, с. 1138-1150.
100. Сабгайда Т.П., Павлов Н.Б.Возможность оценки результативности медицинской профилактики на основе данных статистической отчетности // Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник, 2011. № 1 (17) / URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/260/30/>
101. Сайт ВОЗ «Fathers For Life» / URL: http://fathersforlife.org/health/who_suicide_rates.htm
102. Сайт ВОЗ «Mental health», Suicide prevention (SUPRE) / URL: <http://www.iasp.info/>
103. Сайт ВОЗ «Suicide.org. Suicide Prevention, Awareness, and Support» / URL: <http://www.suicide.org/international-suicide-statistics.html>
104. Самоубийства в современном мире. http://www.memoid.ru/node/Samoubijstva_v_sovremennom_mire
105. Самоубийства. Сайт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) / URL: <http://www.who.int/features/qa/24/ru/index.html>
106. Самоубийцы среди нас. Интерфакс, 10 сентября 2008 г. «Социология: Право на смерть». Психологическая газета, 1997. №11(26).
107. Скворцов А.В., Меновщиков В.Ю., Алексеева Л.С., Шадура А.Ф. Содержание и организация деятельности центров экстренной психологической помощи «Телефон доверия»: Науч.-метод, пособие / М.: Государственный НИИ семьи и воспитания, 1999. С. 208.
108. Скроцкий Ю.А. Демонстративность как язык поступков в структуре психопатического поведения у подростков // Нарушения поведения у детей и

- подростков (особенности клиники, терапии и социальной адаптации): Сб. трудов МНИИ психиатрии и Ленинградского НИПИ им. В.М. Бехтерева. М., 1981. С. 69-80.
109. Словарь основных психологических и физиологических понятий:
<http://soulsick.ru/content/view/421/110/>
110. Смедович С.Г. Самоубийство в зеркале статистики // Социологические исследования, 1990. № 4, с. 74-79.
111. Соловьева С.Л. Психология экстремальных состояний. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. С. 128.
112. Солодова А. Склонность к самоубийству зависит от развитости интеллекта. Infox.ru, 4 июня 2010 г.
<http://infox.ru/science/enlightenment/2010/06/03/Pryedraspolozhyennos.phtml>
113. Сорокин П.А. Самоубийство как общественное явление // Социол. исслед., 2003. № 2, с. 104-114.
114. Состояние исконной среды обитания коренного населения АЗРФ / В кн. Диагностический анализ состояния окружающей среды Арктической зоны Российской Федерации. М.: Научный мир, 2011. С. 62-64.
115. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. М.: Когито, 2005. С. 367.
116. Старшенбаум Г.В. Психотерапия лиц с суицидоопасными кризисными состояниями: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1991. С. 18.
117. Старшенбаум Г.В. Психотерапия острого горя // Социальная и клиническая психиатрия, 1994. № 3, с. 73-77.
118. Суицид в современном обществе: причины и способы борьбы // Электронный журнал РИА Новости, 16/06/2011 / URL: <http://www.rian.ru/society/20080911/151181400.html>
119. Тамар Крон. Кризисная интервенция // Вестник РАТЭПП, вып. 1, 1995.
120. Таранова Е.И. Социально-психиатрические аспекты аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте / Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств». Белгород, 2009. С.14-17.
121. Тарасов К.А. К поискам выхода из ловушки экранного насилия // Мир психологии, 2000. № 2 (22), с.118-128.
122. Телефон доверия. Служба экстренной психологической помощи для подростков и молодежи / Сер.: Государственная молодежная политика в Российской Федерации. М.: Ин-т молодежи, 1999. С. 205.
123. Тихоненко В.А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение // Российский психиатрический журнал, 1998. № 3, с. 21-24.
124. Трегубов Л.В., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. Пермь, 1993. С. 268.
125. Треть самоубийств в РФ происходят под воздействием наркотиков – ФСКН. РИА Новости, 02.12.2010 / Официальный сайт ФСКН России / URL: <http://www.fskn.gov.ru/includes/periodics/review/2010/1203/05399328/detail.html> (посещение 30.06.2011).
126. Федосова И.В., Белозерцева И.Н. Обеспечение эколого-психологической безопасности детей группы суицидального риска // Фундаментальные

исследования, 2005. № 3, с. 98-100 /

URL: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=7779966

(дата обращения: 26.06.2011).

127. Федосова И.В., Белозерцева И.Н. Экология семьи как условие формирования ценностных ориентаций детей бизнесменов // Фундаментальные исследования. 2004. № 3, с. 89-92.
128. Фиккер В. (Ficker F.) Значение медикаментозной интоксикации при суицидальных действиях в детском и подростковом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1978. Т. 78, № 12, с. 1850-1852.
129. Франкл В.Э. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. С. 368.
130. Фрейд З. Печаль и меланхолия // В кн.: Суицидология: прошлое и настоящее. М.: Когнито-центр, 2001. С. 255-270.
131. Холостова Е.И. Социальная работа с дезадаптированными детьми. М.: Дашков и Ко, 2010. С. 272.
132. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М.: Айрис-Пресс. 2004. С. 464.
133. Цупрун В.Е. Вопросы диагностики психических заболеваний у суицидентов // Вопросы ранней диагностики психических заболеваний: Сб. науч. тр. М.: Изд-во МНИИ психиатрии, 1982. С. 54-56, 95.
134. Чомарян Э.А. Особенности суицидального поведения при различных типах алкогольного опьянения // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 239.
135. Шадура А. Телефонная история с прологом и эпилогом, или записки психолога экстренной психологической помощи // Газета Школьный психолог, 2005. № 17.
136. Шарафутдинова Н.Х., Валитова Г.М., Калининская А.А. Социально-гигиеническая оценка завершенных суицидов среди детей в г. Уфе // Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения», 2011. №2 (18) / URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/287/27/lang.ru/> (обращение 6.06.2011).
137. Шафиркин А.В., Штемберг А.С. Анализ основных тенденций, касающихся состояния здоровья населения различных регионов России за период 1965-2005 гг., и прогноз их изменения до 2010 г. с учетом экологической обстановки и мер по улучшению качества жизни населения в этих регионах / Тезисы докладов Конференции «Фундаментальные науки – медицине». Москва, 3-4 декабря 2007 г. С. 32-34.
138. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. С. 316.
139. Шульга А.И., Сонник Г.Т. О суицидальных действиях психически больных // Журн. Невропатологии и психиатрии. № 8, с. 1216-1217.
140. Шутц В. Глубочайшая простота. Базы социальной философии. Перевод с британского. СПб, Роза мира, 1993. С. 218.
141. Шутценбергер А.А. Драма смертельно больного человека. 15 лет работы в психодраме с больными раком // Психодрама: вдохновение и техника. М., 1997. С. 217-243.
142. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия, 1990. Л.: «Медицина» – с. 192.
143. Baca-Garcia E, Vaquero-Lorenzo C, Perez-Rodriguez MM, Gratacòs M, Bayés M, Santiago-Mozos R, Leiva-Murillo JM, de Prado-Cumplido M, Artes-Rodriguez A,

- Ceverino A, Diaz-Sastre C, Fernandez-Navarro P, Costas J, Fernandez-Piqueras J, Diaz-Hernandez M, de Leon J, Baca-Baldomero E, Saiz-Ruiz J, Mann JJ, Parsey RV, Carracedo A, Estivill X, Oquendo MA. Nucleotide variation in central nervous system genes among male suicide attempters // *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2010. 153B(1). P. 208-213.
144. Bagley C., Pritchard C. The reduction of problem behaviours and school exclusion in at-risk youth: an experimental study of school social work with cost-benefit analyses // *Child and family Social Work*, 1998. 3. P. 219-226.
145. Batty G.D., Whitley E., Deary I.J., Gale C.R., Tynelius P., Rasmussen F. Psychosis alters association between IQ and future risk of attempted suicide: cohort study of 1 109 475 Swedish men // *BMJ*. 2010.340. P. 2506.
146. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Access to firearms and the risk of suicide: a case control study // *Aust N Z J Psychiatry*. 1996. 30(6). P. 741-748.
147. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998. Canberra: National Health and Medical Research Council.
148. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vi-jayakumar L, De Silva D, Schlebusch L, Nguyen VT, Sisask M, Bolhari J, Wasserman D. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study // *Crisis*. 2010. 31(4). P. 194-201.
149. Biddle L., Gunnell D., Sharp D. & Donovan J. Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey // *British Journal of General Practice*, 2004. 54. P. 248-253.
150. Blasco-Fontecilla H., Baca-Garcia E., Duberstein P., Perez-Rodriguez M.M., Dervic K., Saiz-Ruiz J., Courtet P., de Leon J., Oquendo M.A. An exploratory study of the relationship between diverse life events and specific personality disorders in a sample of suicide attempters // *J Pers Disord*. 2010. 24(6). P. 773-784.
151. Blumenthal S. Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicide patients. *Psychiatric Clinics of North America*. 1990. 12. P. 511-556.
152. Boston PF, Dursun SM, Reveley MA. Cholesterol and mental disorder // *Br J Psychiatry*. 1996. 169(6). P. 682-689.
153. Braddick F., Carral V., Jenkins R., & Jané-Llopis E. Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes. Luxembourg: European Communities. 2009.
154. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims // *Arch Gen Psychiatry*. 1996. 53(12). P. 1145-1152.
155. Breton JJ, Boyer R, Bilodeau H, Raymond S, Joubert N, Nantel MA. Is evaluative research on youth suicide programmes theory-driven? The Canadian experience // *Suicide and life threatening behaviour*. 2002. 32(2). P. 176-190.
156. Calhoun LG, Selby JW, Abernathy CB. Suicidal death: social reactions to bereaved survivors // *J Psychol*. 1984. 116 (2d Half). P. 255-261.
157. Callahan J. Negative effects of school suicide postvention program – a case example / «Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention». Volume 17, No. 3,

1996.

158. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York, 1964. P. 346.
159. Catalalano R., Hawkins D., Berglund L., Pollard J. & Arthur M. Prevention science and positive youth development: Competitive or cooperative frameworks? // Journal of Adolescent Health. 2002. 31. P. 230-239.
160. Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment // Gen Hosp Psychiatry. 2000. 22(6). P. 445-451.
161. Coll X, Law F, Tobías A, Hawton K, Tomàs J. Abuse and deliberate self-poisoning in women: a matched case-control study // Child Abuse Negl. 2001. 25(10). P. 1291-1302.
162. Collins B.G., Collins T.M. Crisis and trauma: Developmental ecological intervention. Boston: Houghton Mifflin, 2005.
163. Conner K.R., Beautrais A.L., Conwell Y. Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: Analysis of Canterbury suicide project data // Journal of Studies on Alcohol. 2003. Vol. 64. № 4. P. 551-554.
164. Cutcliffe JR. Research endeavours into suicide: a need to shift the emphasis. British journal of nursing. 2003. 12(2). P. 92-99.
165. Deater-Deckard K., Dodge K., Bates J. & Petit G. Multiple risk factors in the development of externalizing behaviour problems: Group and individual differences // Development and Psychopathology. 1998. 10. P. 469-493.
166. Dublin L. Suicide. N.Y.: The Ronald Press, 1963.
167. Durlak J. A. & Wells A.M. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review // American Journal of Community Psychology. 1997. 25. P. 115-152.
168. Eckersley R, Dear K. Cultural correlates of youth suicide // Soc Sci Med. 2002. 55(11). P. 1891-1904.
169. Edwards J.E., Whitlock F.A. Suicide and attempted suicide in Brisbane // Medical Journal of Australia. 1968. Vol. 1. № 6. P. 932-938.
170. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Show me the child at seven II: childhood intelligence and later outcomes in adolescence and young adulthood // J Child Psychol Psychiatr. 2005. 46. P. 850-858.
171. Fernquist R.M., Cutright P. Societal integration and age-standardized suicide rates in 21 developed countries, 1955-1989 // Social Science Research. 1998. Vol. 27. № 2. P. 109-127.
172. Flay B. Positive youth development requires comprehensive health promotion programs // American Journal of Health Behavior, 2002. 6. P. 407-424.
173. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) July 2004. P. 19.
174. Foster E., Olchowski A., Webster-Stratton C. Is stacking intervention components cost-effective? An analysis of the Incredible Years Program // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2007. 46. P. 1414-1424.
175. France K. Crisis intervention. A Handbook of Immediate Person- to-Person Help. 2-nd ed.-USA, Illinois, Springfield: Charles Thomas Publisher, 1990. P. 262.
176. Frankl VE. The feeling of meaninglessness: a challenge to psychotherapy // Am J Psychoanal. 1972. 32(1). P. 85-89.
177. Gansle K. The effectiveness of school-based anger interventions and programs:

- A meta-analysis // *Journal of School Psychology*. 2005. 43. P. 321-341.
- Bor W. Prevention and treatment of childhood and adolescent aggression and antisocial behaviour: a selective review // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004. 38. P. 373-380.
178. Garnefsky N., Kraaij V., Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems // *Pers Individual Differences*. 2001. 30. P. 1311-1327.
 179. Gerra G, Garofano L, Santoro G, Bosari S, Pellegrini C, Zaimovic A, Moi G, Bussandri M, Moi A, Brambilla F, Donnini C. Association between low-activity serotonin transporter genotype and heroin dependence: behavioral and personality correlates // *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2004. 126B (1). P. 37-42.
 180. Gunnell D, Middleton N, Whitley E, Dorling D, Frankel S. Influence of cohort effects on patterns of suicide in England and Wales, 1950-1999. // *Br J Psychiatry*. 2003. 182. P. 164-170.
 181. Harter S, Marold DB, Whitesell NR, Cobbs G. A model of the effects of perceived parent and peer support on adolescent false self behavior // *Child Dev*. 1996. 67(2). P. 360-374.
 182. Hassan R. Effects of newspaper stories on the incidence of suicide in Australia: a research note // *Aust N Z J Psychiatry*. 1995. 29(3). P. 480-483.
 183. Hassan R. Temporal variations in suicide occurrence in Australia: A Research Note // *Australian and New Zealand Journal of Sociology*. 1994. Vol. 30. № 2. P. 194-202.
 184. Hawton K, van Heeringen K. Suicide // *Lancet*. 2009. 373 (9672). P. 1372-1381.
 185. Hodgson R, Abbasi T. & Clarkson J. Effective mental health promotion: a literature review // *Health Education Journal*. 1996. 1. P. 55-74.
 186. Hüsler, G, Werlen, E. & Blakeney, R. (2005). Effects of a national indicated preventive intervention program. *Journal of Community Psychology*. 6. P. 705-725.
 187. Innamorati M, Lester D, Amore M, Girardi P, Tatarelli R, Pompili M. Alcohol consumption predicts the EU suicide rates in young women aged 15-29 years but not in men: analysis of trends and differences among early and new EU countries since 2004 // *Alcohol*. 2010. 44(5). P. 463-469.
 188. Janelidze S, Mattei D, Westrin Å, Träskman-Bendz L, Brundin L. Cytokine levels in the blood may distinguish suicide attempters from depressed patients // *Brain Behav Immun*. 2011. 25(2). P. 335-339.
 189. Jané-Llopis E. What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes. Nijmegen: Nijmegen University. 2002.
 190. Jané-Llopis E., Barry M.M., Hosman C. & Patel V. Mental health promotion works: A review / In: E. Jané-Llopis, M.M. Barry, C. Hosman and V. Patel. (Eds.) *The Evidence of Mental Health Promotion Effectiveness: Strategies for Action IUHPE Special Issue, Supplement 2*. 2005. P. 9-25.
 191. Jia C.X., Zhao Z.T., Hu M.H., Gao L.J., Wang X.T. A paired case-control study on related factors to attempted suicide // *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2005. 26(5). P. 339-343.
 192. Jiang G-X, Rasmussen F, Wasserman D. Short stature and poor psychological performance: risk factors for attempted suicide among Swedish male conscripts // *Acta Psychiatr Scand*. 1999. 100. P. 433-440.

193. Kellam S. & Anthony J. Targeting early antecedents to prevent tobacco smoking: Findings from an epidemiologically based randomized field trial // *American Journal of Public Health*. 1998. 88 (10). P. 1490-1495.
194. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments?// *Arch Gen Psychiatry*. 1992. 49(9). P. 716-722.
195. Kestilä L., Koskinen S., Kestilä L., Suvisaari J., Aalto-Setälä T. & Aro H. Nuorten aikuisten psyykkinen oireilu: riskitekijät ja terveystalvelujen käyttö. [English summary: Psychological distress among young adults – risk factors and use of health care services] // *Suomen Lääkärilehti [Finnish Medical Journal]*. 2007. 43. P. 3979-3986.
196. Kevan S. Perspectives on season of suicide: A review // *Social Science and Medicine*. 1980. Vol. 14. № 3. P. 369-378.
197. Kirkcaldy BD, Siefen GR, Urkin J, Merrick J. Risk factors for suicidal behavior in adolescents // *Minerva Pediatr*. 2006. 58(5). P. 443-450.
198. Krug EG, Kresnow M, Peddicord JP, Dahlberg LL, Powell KE, Crosby AE, Annett JL. Suicide after natural disasters // *N Engl J Med*. 1998. 338(6). P. 373-378.
199. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health // *Lancet*. 2002. 360(9339). P. 1083-1088.
200. Leenaars AA. Suicide notes and their implications for intervention // *Crisis*. 1991. 12(1). P. 1-20.
201. Lemonde S, Turecki G, Bakish D, Du L, Hrdina PD, Bown CD, Sequeira A, Kushwaha N, Morris SJ, Basak A, Ou XM, Albert PR. Impaired repression at a 5-hydroxytryptamine 1A receptor gene polymorphism associated with major depression and suicide // *J Neurosci*. 2003. 23(25). P. 8788-8799.
202. Lester D. Seasonal variations in suicide deaths // *British Journal of Psychology*. 1971. Vol. 118. № 4. P. 627-628.
203. Litman GK. Stress, affect and craving in alcoholics. The single case as a research strategy // *Q J Stud Alcohol*. 1974. 35(1). P. 131-146.
204. Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, van Heeringen K, De Leo D, Ystgaard M. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study // *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Jun. 49(6). P. 667-677.
205. Maes M, Smith R, Christophe A, Vandoolaeghe E, Van Gastel A, Neels H, Demedts P, Wauters A, Meltzer HY. Lower serum high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) in major depression and in depressed men with serious suicidal attempts: relationship with immune-inflammatory markers // *Acta Psychiatr Scand*. 1997. 95(3). P. 212-221.
206. Maldonado G., Kraus J.F. Variation in suicide occurrence by time of the day, day of the week, month and lunar phase // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1991. Vol. 21. № 2. P. 174-188.
207. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review // *JAMA*. 2005. 294(16). P. 2064-2074.
208. Mann JJ, Arango V, Henteloff RA, Lagattuta TF, Wong DT. Serotonin 5-HT₃ receptor

- binding kinetics in the cortex of suicide victims are normal // *J Neural Transm.* 1996. 103(1-2). P. 165-171.
209. Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S, Brent DA, Champagne FA, Clayton P, Currier D, Dougherty DM, Haghighi F, Hodge SE, Kleinman J, Lehner T, McMahon F, Mościcki EK, Oquendo MA, Pandey GN, Pearson J, Stanley B, Terwilliger J, Wenzel A. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior // *Biol Psychiatry.* 2009. 65(7). P. 556-563.
210. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: hidden suicides? // *Scand J Public Health.* 2010. 38(4). P. 395-403.
211. Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future. World Health Organization 2010. Eija Stengård and Kaija Appelqvist-Schmidlechner. 8 p.
212. Nässberger L, Träskman-Bendz L. Increased soluble interleukin-2 receptor concentrations in suicide attempters // *Acta Psychiatr Scand.* 1993. 88(1). P. 48-52.
213. National Task Force on Suicide in Canada. Suicide in Canada. Update of the report of the Task Force on Suicide in Canada. Ottawa, Health Canada. 1994.
214. Norström T. Alcohol and suicide in Scandinavia // *British Journal of Addiction.* 1988. Vol. 83. № 4. P. 553-559; Skog O.-J. Alcohol and suicide – Durkheim revisited // *Acta Sociologica.* 1991. Vol. 34. № 2. P. 193-206;
215. Older alcoholics face greater risk of suicide // *Psychiatric Times.* 2003. Vol. 20. № 8. P. 26.
216. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality // *Am J Psychiatry.* 2006. 163(1). P. 20-26.
217. Osler M, Nybo Andersen AM, Nordentoft M. Impaired childhood development and suicidal behaviour in a cohort of Danish men born in 1953 // *J Epidemiol Community Health.* 2008. 62. P. 23-28.
218. Patel V., Thara R. Meeting the mental health needs of developing countries: NGO innovations in India. New Delhi: Sage, 2003.
219. Pestian J, Nasrallah H, Matykiewicz P, Bennett A, Leenaars A. Suicide Note Classification Using Natural Language Processing: A Content Analysis // *Biomed Inform Insights.* 2010. 2010(3). P. 19-28.
220. Pfeffer C.R. Clinical perspectives on treatment of suicidal behavior among children and adolescents // *Psychiatric Annals.* 1990. 20. P. 143-150.
221. Pfeffer CR, Newcorn J, Kaplan G, Mizruchi MS, Plutchik R. Subtypes of suicidal and assaultive behaviors in adolescent psychiatric inpatients: a research note // *J Child Psychol Psychiatry.* 1989. 30(1). P. 151-163.
222. Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges. WHO report. World Health Organization. 2008. 191 p.
223. Pollock LR, Williams JM. Problem-solving in suicide attempters // *Psychol Med.* 2004. 34(1). P. 163-167.
224. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Möller-Leimkühler AM, Giupponi G, Girardi P, Tatarelli R, Lester D. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and serotonin abnormalities: a selective overview for the implications of suicide prevention // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2010. 260(8). P. 583-600.
225. Popenhagen M.P., Qualley R.M. Adolescent suicide. Detection, intervention, and prevention // *Professional school counseling,* 1998. 1. P. 30-35.

226. Riala K, Hakko H, Taanila A, Räsänen P. Season of birth and smoking: findings from the Northern Finland 1966 Birth Cohort // *Chronobiol Int.* 2009. 26(8). P. 1660-1672.
227. Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C. & Ciarrochi, J. Young people's help-seeking for mental health problems // *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3 (supplement). 2005 / URL www.auseinet.com/journal/vol4iss3suppl/rickwood.pdf (посещение 25.06.2011)
228. Roy A, Rylander G, Sarchiapone M. Genetic studies of suicidal behavior. // *Psychiatr Clin North Am.* 1997. 20(3). P. 595-611.
229. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims // *Am J Psychiatry.* 1995. 152(7). P. 1075-1076.
230. Roy A. Characteristics of drug addicts who attempt suicide // *Psychiatry Res.* 2003. 121(1). P. 99-103.
231. Sanchez H.G.T. Risk factor model for suicide assessment and intervention // *Professional Psychology: Research and Practice*, 2001. 32. P. 351-358.
232. Serretti A, Calati R, Mandelli L, De Ronchi D. Serotonin transporter gene variants and behavior: a comprehensive review // *Curr Drug Targets.* 2006. 7(12). P. 1659-1669.
233. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention // *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999. 60 (Suppl. 2). P. 70-74.
234. Sisask M, Varnik A, Kolves K, Bertolote JM, Bolhari J, Botega NJ, Fleischmann A, Vijayakumar L, Wasserman D. Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study // *Arch Suicide Res.* 2010. 14(1). P. 44-55.
235. Skog O.-J., Elekes Z. Alcohol and the 1950-90 Hungarian suicide trend – is there a causal connection // *Acta Sociologica.* 1993. Vol. 36. № 1. P. 44.
236. Small S. & Memmo M. Contemporary models of youth development and problem prevention: Toward an integration of concepts, terms and models // *Family Relations.* 2004. 53. P. 3-11.
237. Soares-Lindberg M. Fryshuset's Nätvandrare (web coaches). Presentation in the thematic conference «Promotion of mental health and well-being of children and young people – Making it happen», 29–30.9.2009. Stockholm, Sweden.
238. Soloff PH, Fabio A. Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up // *J Pers Disord.* 2008. 22(2). P. 123-134.
239. Sourander A., Multimäki P. & Santalahti P. Mental health service use among 18-year old boys: A prospective 10 year follow-up study // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry.* 2004. 43 (10). P. 1150-1158.
240. Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang YY, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neuro-transmitters // *J Affect Disord.* 2010. 124(1-2). P. 134-140.
241. Suicide Prevention. SUPRE. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Management of Mental and Brain Disorders. Department of Mental Health and Substance Dependence / World Health Organization. Geneva, 2002 – WHO/MSD/MBD/02. 197 p.
242. Tabachnik N. Interpersonal relation in suicide attempts. *Arch. General Psychiatry*, 1961. № 4. P. 42-47.
243. Taylor S.J., Kingdom D., Jenkins R. How are nations trying to prevent suicide?

- An analysis of national suicide prevention strategies // *Acta psychiatrica scandinavica*. 1997. 95. P. 457-463.
244. The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope. Geneva, World Health Organization.
 245. Tobler N., Roona M., Ochsborn P., Marshall D., Streke A. & Stack-pole K. (). Schoolbased adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis // *The Journal of Primary Prevention*, 2000. 4. P. 275-336.
 246. van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality // *Can J Psychiatry*. 2003. 48(5). P. 292-300.
 247. Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged 15-19 // *World Psychiatry*. 2005. 4(2). P. 114-120.
 248. Wasserman D, Terenius L. The role of genetics in promoting suicide prevention and the mental health of the population // *Eur. Psychiatry*. 2010. 25(5). P. 249.
 249. Wasserman D, Värnik A. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970-1990 // *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1998. 394. P. 34-41.
 250. Wasserman D, Wasserman J, Sokolowski M. Genetics of HPA-axis, depression and suicidality // *Eur Psychiatry*. 2010. 25(5). P. 278-280.
 251. Wasserman D. A stress vulnerability model and the development of the suicidal process. In.: *Suicide – an unnecessary death*. Martin Dunitz: London. 2001. P. 13-27.
 252. Wasserman D. Alcohol and suicidal behavior // *Nordic Journal Psychiatry*. 1999. № 47. P. 265-271.
 253. Weissberg R., Kumpfer K. & Seligman M. Prevention that works for children and youth: an introduction // *American Psychologist*, 2003. 58 (6/7). P. 425-432.
 254. Wender PH, Kety SS, Rosenthal D, Schulsinger F, Ortmann J, Lunde I. Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders // *Arch Gen Psychiatry*. 1986. 43(10). P. 923-929.
 255. Westefeld J.S., Range L.M., Rogers J.R. Maples M.R., Bromley J.L., Alcorn J. Suicide: An overview // *The counseling psychologist*, 2000. 28. P. 445-510.
 256. Westrin A, Engström G, Ekman R, Träskman-Benz L. Correlations between plasma-neuropeptides and temperament dimensions differ between suicidal patients and healthy controls // *J Affect Disord*. 1998. 49(1). P. 45-54.
 257. WHO (2005). Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Geneva, World Health Organization.
 258. WHO – Suicide Prevention. SUPRE. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Management of Mental and Brain Disorders. Department of Mental Health and Substance Dependence / World Health Organization. Geneva, 2002. WHO/MSD/MBD/02. 197 p.
 259. World Health Organization. Preventing suicide: how to start a survivors' group. Geneva: World Health Organization, 2000.
 260. Wu WC, Bond MH. National differences in predictors of suicide among young and elderly citizens: linking societal predictors to psychological factors // *Arch Suicide Res*. 2006. 10(1). P. 45-60.
 261. Zechmeister I., Kilian R., McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations // *BMC Public Health*. 2008. 8. P. 20.

Смертность российских подростков от самоубийств

© Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), 2011 г.

Дизайн и верстка:
Ольга Иконописцева (Media People),
Илья Салаткин (Media People).

Отпечатано в типографии ООО «БЭСТ-принт»
107023, Москва,
ул. Электrozаводская, д. 21.
Тел./факс: (495) 925-3032

ISBN 978-5-903263-27-1
Тираж: 1000 экз.