

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова Минздрава России

На правах рукописи

Самохин Дмитрий Владимирович

**КЛИНИКА И ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ**

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

14.01.06 – «Психиатрия»

Научный руководитель:
член-корреспондент РАН,
доктор медицинских наук,
профессор Д.Ф. Хритинин

Москва 2015

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	9
1.1. Эпидемиология суицидального поведения	9
1.2. Предикторы суицидального поведения	11
1.3. Профилактика суицидального поведения	22
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	28
2.1. Характеристика объекта исследования.....	28
2.2 Методики оценки клинико-социальных особенностей в структуре суицидального поведения студентов.	30
2.3. Статистическая обработка данных.....	33
ГЛАВА III. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.	34
3.1 Клинические проявления суицидального поведения	34
3.2.1 Биологические предикторы суицидального поведения	44
3.2.2.1 Гендерные различия исследуемых групп	44
3.2.2. Патопсихологические предикторы суицидального поведения	50
3.2.3. Макросоциальные предикторы суицидального поведения	61
3.2.4. Микросоциальные предикторы суицидального поведения.....	64
ГЛАВА IV. ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.	70
4.1 Универсальная профилактика суицидального поведения в ВУЗе.....	70
4.2 Селективная профилактика суицидального поведения у студентов	71
4.2.1 Профилактика влияния биологических факторов	71
4.2.2 Профилактика влияния патопсихологических факторов.....	72
4.3 Индикативная профилактика суицидального поведения	76
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	78
ВЫВОДЫ	82
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	86
Список использованных сокращений	100
ПРИЛОЖЕНИЕ	101

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Самоубийства и покушения на самоубийства представляют собой серьезную проблему общественного здравоохранения во многих странах мира. Масштаб данного явления, тяжелые психосоциальные последствия действий суицидальной направленности вызывают пристальное внимание ведущих специалистов к изучению суицидального поведения [3, 19, 28, 36, 67, 79]. Суициды входят в число 10 ведущих причин смерти населения во всех странах, а для молодежи в возрасте 15-34 лет – в первую тройку [82]. В мире средняя частота суицидов на 100 тыс. населения составляет 14 случаев. По данным ВОЗ показатель смертности более 20 на 100 тыс. населения считается критической чертой. Исходя из существующей динамики, к 2020 году суицид может выйти на второе место в мире, как причина смерти, обойдя рак и уступая только сердечно - сосудистым заболеваниям.

Суицид является восьмым по частоте всех смертельных исходов в списке официальных причин смерти, первым среди причин насильственной смерти и занимает одно из первых мест - среди причин смерти лиц молодого и среднего возраста [61]. Суицидальное поведение, в силу тяжести медицинских, социально-психологических и экономических последствий причисляют к категории не только общемедицинских, но и глобальных проблем человечества [12].

В последнее время число совершаемых суицидальных попыток в России продолжает увеличиваться [13]. По данным ВОЗ, в России показатель суицида среди взрослого населения на 100 тыс. составляет 20, что превышает средний мировой показатель в 2,7 раза. Особенно резкий рост уровня самоубийств отмечается у трудоспособных мужчин [31].

По данным зарубежных авторов, большие опасения вызывают незавершенные суицидальные попытки, являясь «статистически не выявляемыми» [96, 103], и указывающими на значительную вероятность повторных, в том числе и «завершенных» суицидальных попыток.

По мнению ряда авторов, формирование суицидального поведения представляет собой многофакторный процесс [82, 4, 7]. В настоящее время принято выделять несколько основополагающих факторов: биологические, психологические, клинические, социальные [59, 61]. Значительная часть современных авторов склонна считать, что суицидальные тенденции, в большей степени, присущи лицам, страдающим теми или иными психическими расстройствами [67, 49, 51]. Важную роль в формировании суицидального поведения занимают личностные особенности пациентов [68].

Многими учеными были разработаны различные модели и концепции суицидального поведения: медицинская, биологическая, социокультуральная, персонологическая, модели модель стресс-диатеза, однако природа и механизмы развития этого феномена продолжают оставаться недостаточно ясными [61].

Для успешного предупреждения самоубийств необходимо идентифицировать факторы риска, актуальные для существующего контекста, и снизить их воздействие путем реализации надлежащих вмешательств. Суицидальное поведение многогранно [124].

Существует много приходящих факторов и причинно-следственных механизмов, ведущих человека к самоубийству, и, соответственно, широкий спектр способов профилактики суицида. По мнению зарубежных коллег, обычно, для объяснения мотивов самоубийства недостаточно какой-либо одной причины или стресс-фактора. Чаще всего параллельно действуют несколько факторов риска, которые в совокупности повышают уязвимость индивида в отношении суицидального поведения [150]. Предупреждение самоубийств выходит за рамки только компетенции психиатров и должно решаться путем создания системы, объединяющей меры медицинского, психологического, социального, правового и педагогического характера. Следует своевременно распознавать и устранять состояния, несущие потенциальную угрозу самоубийства [53].

Учащиеся высших учебных заведений составляют большую часть молодого населения нашей страны, являя собой наиболее трудоспособный и перспективный пласт. Именно поэтому проблема суицидального поведения молодежи вызывает огромные опасения за будущее нашего государства.

В отечественной и зарубежной литературе существует большое число работ, посвящённых проблеме суицида, однако до настоящего момента среди авторов нет

единого мнения в классификации клинических проявлений суицидального процесса, факторах формирования и профилактике суицидальных действий у лиц молодого возраста, обучающихся в высших учебных заведениях.

Исходя из вышесказанного, очевидна необходимость подробного изучения и определения клинических проявлений, а так же значимых условий формирования и реализации суицидального поведения у лиц молодого возраста.

Цель исследования.

Определение современных аспектов развития суицидального поведения у лиц молодого возраста, на примере студентов высших учебных заведений, для последующего усовершенствования принципов своевременного выявления, предотвращения и профилактики суицидов.

Задачи исследования:

- 1) изучить варианты клинических проявлений суицидального поведения и представить его основные виды у лиц молодого возраста, на примере студентов высших учебных заведений;
- 2) представить и сгруппировать психопатологические, личностные и социальные особенности развития суицидального поведения у лиц молодого возраста;
- 3) проанализировать и выявить основные прогностически значимые факторы формирования суицидального поведения у студентов;
- 4) определить основные пути профилактики суицидальных действий у лиц молодого возраста и модифицировать их, с целью совершенствования суицидологической помощи.

Научная новизна исследования

Впервые, на клинически репрезентативном материале, изучены и проанализированы клинические проявления суицидального поведения у лиц молодого возраста на примере студентов, обучающихся в высших учебных заведениях.

Установлено, что, на момент исследования, наиболее частыми суицидальными проявлениями у данной категории больных являлись: неспецифические мысли о суициде (антивитаальные переживания, пассивные суицидальные мысли) и суицидальные попытки.

Согласно результатам работы, ретроспективно у студентов преимущественно регистрировались неспецифические мысли о суициде и суицидальные замыслы (обдумывание способа совершения суицидальной попытки).

Уточнены и основные прогностически значимые факторы формирования суицидального поведения у данной категории лиц. Установлено, что одновременное существование следующих черт темперамента и акцентуаций характера способствует развитию суицидального поведения: ригидность и аффективность, педантичность и аффективность, возбудимость и циклотимичность.

Разработаны и дополнены основные пути профилактики суицидальных тенденций (универсальная, селективная, индикативная) позволяющие существенно снизить риск развития суицида у лиц молодого возраста в структуре ВУЗов.

Теоретическая и практическая значимость работы.

Определены и систематизированы биологические, патопсихологические, макросоциальные и микросоциальные предикторы возникновения суицидального поведения у студентов высших учебных заведений. Полученные данные могут использоваться в практике психологов, психотерапевтов, психиатров и суицидологов, взаимодействующих и оказывающих помощь лицам молодого возраста в структуре поликлинической и клинической сети.

Использование результатов работы может осуществляться преподавательским составом высших учебных заведений с целью профилактики суицидов среди студентов и своевременного выявления и предотвращения суицидоопасных намерений среди учащихся.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. У студентов высших учебных заведений наблюдаются разнообразные клинические проявления суицидального поведения, ведущими из которых являются: суицидальные мысли и представления, суицидальные намерения (замыслы), суицидальные попытки.
2. Формирование суицидального поведения у лиц молодого возраста является мультифакторным процессом, включающим в себя биологические, патопсихологические, макросоциальные и микросоциальные предпосылки.

3. Одну из основополагающих ролей в формировании поведения суицидальной направленности играет личностная психологическая защищенность и степень интеллектуальной организации учащихся.
4. Учитывая уникальность формирования суицидального поведения у студентов, профилактика суицидов среди молодежи должна проводиться на протяжении всего периода обучения в ВУЗе и иметь разнонаправленный характер.

Реализация и внедрения результатов работы.

Полученные результаты исследования внедрены в учебно-педагогический процесс кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России. Предложенные автором пути выявления риска суицидального поведения применяются в лечебном процессе клиники психиатрии им. С.С. Корсакова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Пути профилактики суицидов среди молодежи, разработанные с учетом современных аспектов формирования суицидального поведения, рекомендованы к практическому применению в психиатрических учреждениях города Москвы главным психиатром Департамента Здравоохранения города Москвы, профессором Б.Д. Цыганковым.

Личный вклад автора.

Автору принадлежит ведущая роль в выборе направления исследования, анализе и обобщении полученных результатов. В работах, выполненных в соавторстве, автором лично проведено моделирование процессов, мониторинг основных параметров, аналитическая и статистическая обработка, научное обоснование и обобщение полученных результатов. Вклад автора является определяющим и заключается в непосредственном участии на всех этапах исследования: от постановки задач до обсуждения результатов в научных публикациях и докладах и их внедрения в практику.

Публикации результатов исследования.

Основные результаты исследования неоднократно представлялись для обсуждения научной общественности, в частности на II Молодежном международном форуме медицинских наук «MedWAYS», М., 26.11.2013; Научно-практической

конференции «Современные аспекты терапии психических расстройств», М., 23.04.2014; Научно-практической конференции «Новые подходы к терапии основных психических заболеваний», М., 22.04.2015. Материалы исследования также обобщены в 12 публикациях (из них 4 статьи в рецензируемых научных журналах).

Апробация.

Результаты диссертационной работы доложены на конференции кафедры психиатрии и наркологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова 03 июня 2015 г. (протокол №27).

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 102 страницах текста (основной текст –101 страница) и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов и списка литературы (150 источников – 85 отечественных и 65 иностранных). Работа иллюстрирована 23 таблицами, 6 рисунками и 4 клиническими наблюдениями.

ГЛАВА I ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Эпидемиология суицидального поведения

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в среднем около 800 000 человек ежегодно совершают самоубийство [20], кроме того во многих регионах мира прослеживается устойчивая тенденция к росту числа самоубийств [6]. По прогнозу ВОЗ к 2020 году количество суицидов достигнет 1,53 миллиона, в 10–20 раз больше людей предпримут суицидальные попытки. Это составит в среднем одну смерть каждые 20 секунд и осуществлённые суицидальные попытки — каждые 2 секунды [65]. Показатели по самоубийствам в России в 3 – 4 раза превышают среднемировые (10 – 20 случаев на 100 тысяч населения) [79].

При этом следует учитывать, что статистические данные не отражают реальной распространенности данного явления, так как степень учета самоубийств оценивается в официальной статистике как 1 из 4-10 случаев [4].

Частота покушений на самоубийство в четыре раза выше, чем совершенных суицидов и лишь каждая четвертая попытка самоубийства входит в поле зрения статистики [85]. В литературе применяется термин «суицидальное поведение», под которым, понимаются все проявления суицидальной активности — мысли, намерения, высказывания, угрозы, суицидальные попытки, покушения на самоубийство, завершённые суициды. [145].

Соцопрос, проведенный в ряде областей России показал, что суицидальные идеи «часто встречаются» у 15,8%, кроме того 6,7-10% сообщают, что предпринимали попытки суицида [30, 41].

Россия имеет высокие показатели как по суицидам в целом, так и по их числу среди молодежи [79]. Первый пик суицидов («пик молодости») приходится как во всем мире, так и в России на возраст от 14 до 25 лет [48, 67], по данным других авторов от 18 до 29 лет [21], 19 % смертей от самоубийства относится к лицам моложе 25 лет. Литературные данные свидетельствуют, что суицид является одной из основных причин смерти юношеского возраста [74].

Среди молодежи в возрасте от 15 до 29 лет, самоубийства составляют 8,5% всех смертей, являясь второй по значимости причиной смерти (после дорожно-транспортных несчастных случаев) [150].

Суицидальное поведение наблюдается более чем в 32% случаев, при этом внутренние формы суицидального поведения (суицидальные идеи) встречаются в 29% случаев, а внешние (собственно попытки покушения на жизнь) – более чем в 3 % [74]. На каждый суицид со смертельным исходом у лиц молодого возраста приходится не менее 10-100 суицидальных попыток.[17]. Суицидальные попытки все чаще становятся формой поведения, к которой прибегает человек в той или иной кризисной ситуации [77]. Суицидальное поведение часто наблюдается и у обучающейся молодежи, у студентов [48].

Рядом авторов показано, что суицид - явление неоднородное: в одних случаях - это обдуманное, заранее запланированное действие; в других – импульсивные [28, 37, 122, 139].

Парасуицид определяется как нефатальная суицидальная попытка вне зависимости от намерений человека, предпринявшего ее [149]. Согласно данному определению, парасуицид включает незавершенный по каким-то причинам суицид, а также суицидальные попытки, носящие по своей природе манипуляционный характер. Парасуицид — наиболее значительный фактор риска завершеного суицида, поскольку во многих случаях суициду предшествует серия суицидальных попыток [72].

Анализ мотивов суицидального поведения при незавершенных суицидальных попытках показал, что ведущими из них были личностно-семейные конфликты, нередко связанные с алкоголизмом и сексуальными проблемами. Значительно реже выявлялись конфликты, связанные с состоянием психического здоровья, материально-бытовыми трудностями, профессиональные проблемы. Наименьший процент составили конфликты, связанные с антисоциальным поведением и состоянием физического здоровья. Так, М.В. Зотов (2006) приводит данные, что парасуицидальные акты часто совершаются людьми с целью «разрядки» эмоционального напряжения, отвлечения от субъективно невыносимого душевного состояния, снижения негативных эмоциональных переживаний. Подобные переживания суицидентов описывают и другие исследователи[34].

К. Rodham с соавт. (2004) отмечает, что около 80% пациентов с самоповреждающим поведением указывают на облегчение эмоционального напряжения как на основной мотив своего поступка[137].

1.2. Предикторы суицидального поведения

Большинство современных исследователей рассматривают суицидальное поведение как многофакторное явление, в генезе которого, играют роль клинические, социально-психологические и индивидуально-личностные факторы, генетическая предрасположенность, специфичная в отношении суицидального поведения, деструктивно воздействующие на адаптационные механизмы личности. [15, 51, 70, 66, 91, 115, 120].

Отмечается влияние расы, пола, возраста, психологических особенностей личности, образования, социального и семейного положения, социальной изоляции личности, урбанизации, экономического спада; алкоголизма и наркомании, нарушения здоровья, сезонности, потери родителей в детстве, попыток самоубийства в анамнезе, времени года и дня, местности, вероисповедания, профессии и многого другого [48, 87].

Социологический подход явился одним из первых теоретических направлений, объясняющих генез суицидального поведения. Социально-бытовые факторы долгое время считались основными причинами самоубийств и покушений на самоубийство. При этом в первую очередь обращалось внимание на степень участия в общественной жизни, ее интенсивность; социальное положение. Отмечалось, что рейтинг самоубийств напрямую связан с социальной интеграцией человека, - то есть степенью, согласно которой индивид чувствует себя частью большой группы [75]. Основными дезадаптирующими факторами назывались безработица, приводящая к утрате ощущения контроля над своей жизнью, ухудшение материального положения, жилищно-бытовая неустроенность [16]

Отмечалась высокая суицидальная активность у родственников и потомков алкоголиков – «детей, не имеющие почвы под ногами». Признано, что специфический стиль жизни алкогольной семьи приводит к формированию аутоагрессивных тенденций [7, 84].

Так же известно, что частота парасуицида положительно коррелирует с показателем частоты разводов [15], более частые попытки покушения на жизнь у разведенных, вдовых или одиноких людей [75].

Однако, несмотря на то, что социальные факторы, безусловно, оказывают не только прямое, но и косвенное влияние на психическую деятельность индивида, использование лишь социального анализа не позволяет в полной мере объяснить причины, патогенетические механизмы и биологические закономерности суицидального поведения, и выделяет лишь один аспект этой проблемы. [12]

Развитие нейрональных наук в последнее десятилетие привело к заметному расширению биологических объяснений суицидального феномена и теоретических концепций самоубийства. Все активнее начинает звучать биологическая точка зрения, определяющая генез суицидального поведения через генетические, физиологические и другие параметры жизнедеятельности организма [31].

Так в последнее десятилетие все больше исследователей указывают на роль наследственного фактора в этиопатогенезе самоубийств [98, 139, 148]. Было выявлено преобладание суицидов у монозиготных близнецов, по сравнению с дизиготными [143]. Продолжается поиск вариаций нуклеотидов в ЦНС имеющих отношение к суицидальному поведению, что может позволить создать генетические тесты на выявление суицидального риска [89]

Отмечается вероятность ассоциации неимпульсивного суицидального поведения с полиморфизмом гена рецептора серотонина типа 2А [140], серотонинового рецептора типа 1 А [147], дофаминового рецептора 2 типа [146], фермента триптофангидроксилазы ТРН 1 [135], тирозин-гидроксилазы и дофаминдекарбоксилазы [106].

С помощью современных нейрохимических методов исследования, стало возможным выяснить, что повышенный риск развития суицидального поведения может быть связан со снижением уровня холестерина и моноаминооксидазы в тромбоцитах плазмы, дефицитом серотонина, концентрацией протеинкиназы С [89, 93, 100]. Изучается роль гипоталамо-гипофизарно-кортикоидной и иммунной систем в формировании суицидального поведения, значения нарушений липидного обмена и холестерина сыворотки крови как маркеров суицидальности [61].

Эпидемиологические исследования, проводимые в России, в последнее время, свидетельствуют о том, что психические расстройства являются фактором, существенно

влияющим на частоту суицидов. Сплошное исследование лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в отделения реанимации НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (г.Москва), показало наличие у большинства пострадавших психической патологии, возникшей задолго до совершения суицида [73]. Суицидальный риск у больных, находящихся под диспансерным психиатрическим наблюдением, в 35 раз выше, чем в общей популяции [28, 31, 85].

В.С.Ефремов (2004) указывает, что наиболее суицидоопасными являются депрессии, при которых частота самоубийств достигает 15% случаев, расстройства личности (психопатии) - 7%, алкоголизм - 2%. [31].

По мнению Т.Б.Дмитриевой и Б.С.Положего (2006) наиболее суицидоопасными являются депрессии, при которых частота самоубийств достигает 15% случаев, шизофрения - до 10%, расстройства личности - 7%, алкоголизм - 2%. [28]. Ряд авторов придерживается мнения, что наиболее часто встречающимся заболеванием среди суицидентов является шизофрения, с несколько меньшей частотой встречаются аффективные и личностные расстройства [23].

На основании работы В.Г.Остроглазова и М.А. Лисиной (2000) можно отметить, что мотивы суицидальных попыток в большинстве наблюдений не сводились к содержанию спровоцировавшей их психотравмирующей ситуации и определялись психическими нарушениями, в основном аффективного (депрессивного - 69,2%) и бредового (17,9%) регистров. В подавляющем большинстве случаев это были эндогенные психические заболевания аффективного и шизофренического спектров; относительно малой оказалась доля психогенных заболеваний и личностных расстройств (10,3%).

У подавляющего большинства (74,7%) психическое заболевание ранее не было диагностировано, несмотря на его длительное существование (в среднем 11,5 лет). К периоду совершения суицида многие больные были дезадаптированы в трудовом и семейном отношении и не получали необходимой психиатрической помощи [58].

Суицид называют ведущей причиной преждевременной смерти при шизофрении [88, 94, 113, 142]., от 20 до 50% больных шизофренией совершают суицидальные попытки, а 10-13% из них заканчиваются летальным исходом [133] По данным Г.Каплан и Б.Сэдок около 50% больных шизофренией за двадцатилетний период болезни совершили суицидные попытки [41]. Результаты исследования Е.М.Жереховой (2002)

показали, что наиболее часто самоубийства совершались больными параноидной шизофренией (83%) с приступообразным типом течения (51,7%), динамикой синдромокинеза по типу усложняющихся приступов и ведущим депрессивно-параноидным синдромом (73,5%). Депрессия, имевшая место в клинической структуре почти всех больных шизофренией, предпринявших суицид, сопровождалась бредовыми идеями «преследования», «отношения» и ипохондрическими переживаниями [33]. Частота депрессивных расстройств в структуре шизофрении колеблется в широких пределах от 25 до 80% [8, 15]. Немаловажно, что больные шизофренией склонны к повторным суицидальным попыткам, которые совершаются ими чаще всего в первые несколько месяцев после выписки из психиатрического стационара [45, 101, 110]

Как отмечалось выше, ведущую роль среди причин самоубийства играют аффективные расстройства. Депрессия считается одной из ведущих причин самоубийств, занимающих в структуре смертности населения восьмое место после ишемической болезни сердца, рака, инсульта, несчастных случаев, пневмонии, сахарного диабета и цирроза печени [119]. По мнению экспертов Американского Фонда превенции самоубийств около 30% людей, страдающих депрессией, пытаются совершить самоубийство. Смертность среди больных депрессией в настоящее время мало уступает смертности от сердечнососудистых заболеваний [44].

Частота случаев эндогенной депрессии, как причины суицида, варьирует по различным сведениям в пределах от 10 до 40%, а в случаях суицидальных попыток – от 10 до 25% [61]. Частота аффективных расстройств среди суицидентов составляет, по мнению разных авторов 12,6% [23], около 60% [11, 38, 114, 105], 70-80% [41].

Результаты исследования А.Д.Посвянской (2006) показали, что суицидальное поведение у депрессивных больных чаще проявляется в возрасте от 20 до 50 лет среди этих больных преобладают женщины, которые составили 78%; относительно большую долю составляют не работающие – 26% и проживающие вне брака – 55%, в то время как брак и семья являются приоритетными ценностями в 75% случаев. Автор отмечает, что в пресуицидальный период 47% больных с депрессивными расстройствами испытывали тревогу и страх, 25% - «душевную боль» и 9% - «обиду». Факт покушения на собственную жизнь пациенты наиболее часто квалифицировали как «самонаказание» (40%) и «избегание» (34%)[71].

И.В.Олейчик с соавт. (2013) отмечают прямую корреляцию суицидального поведения в анамнезе с тяжестью клинических проявлений, наличием коморбидных заболеваний, терапевтической резистентностью депрессии, принадлежностью к старшей возрастной группе, длительностью течения болезни и частотой совершения суицидальной попытки. [56].

В.В.Васильев с соавт. (2014) указывают, что интенсивность суицидальных мыслей при депрессии прямо пропорциональна степени ее тяжести. В то же время, другими учеными данная связь считается слабой, из чего следует, что тяжесть депрессии не является решающим фактором ее суицидоопасности. [10].

С точки зрения этиологии наиболее суицидоопасной следует считать психогенную депрессию, на втором месте по данному показателю экзогенная депрессия, на третьем – эндогенная [10].

Проведены сравнительные исследования суицидальной активности у больных с биполярным и монополярным течением циркулярного психоза. Установлено, что при монополярной депрессии попытки самоубийства встречаются чаще в начале аффективной фазы, а риск суицида коррелирует с выраженностью тревоги. [109, 130].

Выяснено, что при биполярных фазах суицидальный риск возрастает с каждым последующим обострением [43, 61]. Большинство попыток самоубийства при биполярном расстройстве происходит в период депрессивной фазы. Риск суицида у больных биполярным расстройством составляет 20% на протяжении жизни, что в 20-30 раз выше, чем в популяции, и выше, чем при рекуррентной депрессии [109, 130]. Однако вопрос о степени суицидального риска при различных вариантах биполярного расстройства полностью еще не раскрыт. В работе В. Cha с соавт. (2009) было показано значение полярности первого эпизода для степени выраженности риска развития суицидального поведения [99]. Авторы показали, что при биполярном расстройстве первого типа наибольший уровень суицидальных попыток отмечался в том случае, если первым эпизодом была депрессия (12,7 и 1,7 %, соответственно при депрессии и мании). По данным L.N. Abreu с соавт. (2002) в клинической практике при биполярном расстройстве первого типа наличие суицидальных мыслей на протяжении жизни выявляется у 14-59% больных, а 25-56% совершали хотя бы одну суицидальную попытку. При этом летальным исходом завершаются от 15 до 19% попыток самоубийства [86].

К факторам, значительно повышающим суицидальный риск у пациентов, страдающих биполярным расстройством, как первого, так и второго типа причисляют наличие суицидальных попыток в анамнезе, раннее (до 25 лет) начало заболевания, актуальную депрессию или смешанное состояние, предшествующую фазу - тяжелую депрессию, сопутствующую токсикоманию, особенно алкоголизм, резкую отмену терапии литием, неэффективность проводимой нормотимической или антидепрессивной терапии [53].

Оценивая влияние клинических вариантов депрессивного синдрома на возникновение суицидального поведения Д.Вассерман (2014) в качестве наиболее суицидоопасных называет бредовую, тревожную и деперсонализационную депрессии; наименее суицидоопасными – апатическую, астеническую, и дисфорическую, тоскливая депрессия, занимает по степени суицидоопасности среднее положение. Наиболее суицидоопасными компонентами депрессивного синдрома, по мнению автора, являются тревога и чувство вины, существенное влияние также оказывают такие ее симптомы, как нарушения сна и аппетита, расстройства половой сферы и деперсонализация. [10]

Немаловажно при оценке суицидального риска учитывать возрастные особенности суицидального поведения при депрессивных расстройствах. В пожилом возрасте депрессия является одним из частых видов психической патологии и нередко сопровождается суицидальными попытками. По сравнению с депрессиями у более молодых людей у пожилых уменьшается удельный вес депрессивных состояний с психомоторной заторможенностью, напротив, гораздо чаще наблюдается тревожная ажитация, доходящая порой до раптуса. Реже встречается психическая анестезия, но довольно часто к тоске присоединяются эмоциональная лабильность, раздражительность, угрюмость. В тематике депрессивных переживаний преобладают идеи ущерба и обнищания, ипохондрия, тогда как ретроспективная переоценка прошлого не характерна. Депрессивный бред может быть как мелкомасштабным, так и отличающимся фантастичностью, громадностью[39].

В качестве предикторов суицидального поведения при депрессиях у подростков можно выделить негативную самооценку, ангедонию, инсомнию, нерешительность, недостаток эмоциональной подвижности, злоупотребление алкоголем и наркотиками, психомоторные нарушения[73]. Отмечаются различия в частоте и особенностях суицидального поведения у больных с юношескими эндогенными депрессиями в

зависимости от их типологической принадлежности. Наиболее высокая частота суицидальных попыток выявлена при метафизических, дисморфофобических и гебоидных депрессиях, а наименьшая – при сенесто-ипохондрических и обсессивно-фобических вариантах депрессивного синдрома [56]

Для группы пациентов старшего юношеского возраста, в качестве суицидогенных факторов выступают: психотравмирующие ситуации, имеющие личностную значимость, труднее поддающиеся коррекции: изменение жизненного уклада с ломкой привычных стереотипов при поступлении в ВУЗы, призыве на службу в армию; неудачный сексуальный опыт и разрывы отношений с половыми партнерами; сложности самоутверждения в новых коллективах; неудачи на профессиональном поприще; увлечение мистическими концепциями, членство в тоталитарных сектах и т. д. [56].

Актуальной проблемой является выявление факторов риска повторных суицидальных действий у лиц с депрессивными расстройствами. Согласно данным I.Sakinofsky (2003) 30% 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 первой суицидальной попытки [141]. При этом если первые суицидальные попытки возникают под влиянием тяжелых стрессовых событий (смерть близкого человека, развод, сексуальное насилие и т.п.), то в дальнейшем суицидальные побуждения могут провоцироваться внешне малозначимыми конфликтными ситуациями [117, 125].

В.Ф.Войцех (2002) отмечает следующие факторы риска повторного суицида: более ранний возраст начала заболевания; наличие депрессивных эпизодов в анамнезе; ранний суицидальный опыт; суицидальные попытки в анамнезе; более медленная редукция депрессивных симптомов в постсуицидальном периоде; повторяющиеся однотипные психотравмирующие ситуации; отчетливая неспособность справиться с психотравмирующей ситуацией; большая выраженность соматических и психических осложнений в постсуицидальном периоде; сохранность или замедленная редукция суицидального конфликта в постсуициде. Установлено, что к психопатологическим и патопсихологическим предикторам повтора суицидального поведения при депрессиях относятся: тревога, нарциссизм, комплекс неполноценности, гиперсензитивность, вспыльчивость, личностный дискомфорт, ригидность, само- и межличностная

отчужденность, трудности в общении, подозрительность, озабоченность соматическими проблемами. [18, 46]

В работах большинства отечественных и зарубежных авторов отмечается тесная связь суицидального поведения и алкоголизма. При этом было выяснено, что у лиц, страдающих алкогольной зависимостью и интенсивными суицидальными мыслями встречается высокий процент пациентов с алекситимией, которая затрудняет выражение чувств и затрудняет диагностику суицидального риска. [95, 116]

Установлена связь раннего начала употребления алкоголя, курения и сексуальных отношений с суицидальными мыслями и суицидального поведения. При этом, чем больше встречалось у подростков в анамнезе аддиктивных расстройств, тем вероятнее оказывался риск возникновения суицидальной активности в последующем. При исследовании связи депрессии, злоупотребления алкоголя и суицидальности, выявлены прямые корреляции биохимических и генетических факторов у 73 % изучаемых подростков. Важно то, что при сочетании злоупотребления алкоголем и депрессии с суицидальными тенденциями у подростков обнаруживается высокий уровень агрессивности и импульсивности, что осложняет возможности предупреждения аутоагрессивных проявлений [90, 118].

Как отмечают М.Ромпилье с соавт. (2010), каждый пятый из числа суицидентов страдает хроническим алкоголизмом, из которых около 7% заканчивают жизнь самоубийством. До 15% больных алкоголизмом совершают самоубийства, что в 15 раз выше удельного веса суицидов в общей популяции населения. Из числа незавершенных суицидальных попыток до 65 % составляют больные алкоголизмом [134]. Среди подростков, 20,7 % погибших, на момент совершения суицидальной попытки находились в состоянии алкогольного опьянения.

Резкий рост потребления алкоголя населением за последние годы, несомненно, приводит к увеличению количества проблемных и неполных семей, разводов, повторных браков, которые в свою очередь способствуют росту суицидальных тенденций [7, 36].

С.И.Мельчихин и Л.К.Шайдукова (2004), изучая суицидальные тенденции в структуре депрессивных расстройств у женщин, больных алкоголизмом, использовали клинико-психопатологический подход к оценке суицидального риска и выделили клинические варианты депрессий, определяющих суицидальную опасность этих

больных: истеро-депрессивный (15,6%), тревожно-депрессивный (14,4%), астено-депрессивный (20,6%) и апато-депрессивный (13,1%)[49]. Признавая существенное влияние алкоголизации населения на рост суицидальных показателей, некоторые исследователи считают ошибкой рассмотрение его как основного или доминирующего в генезе суицида [12]. Существует мнение, что алкоголизм, сам по себе, не обуславливает склонности к суицидальным попыткам. Суицидальное поведение характерно для тех больных, у которых отмечается сопутствующая депрессивная симптоматика эндогенного характера или другое психическое заболевание

Среди лиц, страдающих наркоманией, также регистрируется высокая частота встречаемости суицидального поведения [104]. По данным некоторых авторов, показатель самоубийств у больных с героиновой зависимостью в 20 раз выше, чем в общей популяции. Было выявлено, что формирование зависимости от наркотиков способствовало возникновению суицидальных тенденций у 51% исследованных больных. В непосредственной связи с наркотизацией внутреннее суицидальное поведение отмечалось у 37% обследованных в равной степени у мужчин и женщин. У женщин мысли о желанности смерти появлялись чаще на фоне абстиненции, а у мужчин мысли о самоубийстве актуализировались чаще в состоянии наркотического опьянения. При этом истинные незавершенные суициды встречались среди 5% больных наркоманиями [12]. Смертность больных наркоманией очень высока и в 40% случаев летальный исход обусловлен самоубийством. И.В.Гурин и С.Е. Агеев (2005) отмечают, что 43,8% героиновых наркоманов рассматривают суицид как один из возможных выходов из затруднительных жизненных ситуаций. [25]

Из нехимических зависимостей, как правило, в научной литературе суицидальное поведение соотносят с патологической склонностью к азартным играм или так называемым патологическим гемблингом [108].

Установлено, что у лиц с расстройствами личности суицидальный риск в 7 раз выше, чем в общей популяции [63]. Личностные расстройства диагностируются примерно у 30% лиц, погибших в результате суицида, и у 40% лиц, совершивших суицидальные попытки [128]. В общем, данные об удельном весе расстройств личности в структуре психической патологии суицидентов различны и колеблются в широком диапазоне: от 7,2% [23] до 28,5% [59]. Удельный вес расстройств личности в

клиническом диагнозе пациентов кризисного стационара, поступивших в связи с суицидальным поведением, за последние 5 лет увеличился в 2 раза [63].

Наличие любой акцентуации снижает адаптационный потенциал личности, закрепляя определенные паттерны поведения и соответственно снижая его ситуативную адекватность. Т.Д.Азарных (2013) отмечает, что при посттравматическом стрессовом расстройстве наличие у больных ряда акцентуаций является положительным предиктором возникновения суицидальных идей у лиц юношеского возраста. [1]

Суицидальные тенденции не являются привилегией какого-либо одного типа психопатий. Они встречаются практически при всех формах этой патологии, но с несколько различной частотой. Наибольший риск представляют пациенты неустойчивого круга, а так же лица с эмоционально-неустойчивыми и диссоциальными расстройствами личности. Среди них преобладают пациенты, личностная структура которых в большинстве случаев соответствует нарциссическому, пограничному или депрессивному типу, что соответствует данным других исследований [28].

Т.Д.Азарных (2013) в качестве предикторов суицидального поведения у девушек отмечает застревающую, эмотивную, циклотимную, тревожную, возбудимую, дистимную и экзальтированную личностную организацию; у юношей - тревожную, циклотимную, возбудимую и дистимную [1]. В структуре «личности с суицидальными особенностями» выделяются такие черты как максимализм, бескомпромиссность, сензитивность, алекситимия с неразвитостью воображения, неумением анализировать себя и ситуацию, отсутствие формирования идентичности. Автор указывает на то, что патохарактерологические проявления личности с суицидальными особенностями можно рассматривать как предикторы суицидального поведения [13]

С психологической точки зрения, индивидуальные показатели суицидальной опасности больше «локализуются» в личностной мотивационной сфере. Развитие такой predisпозиции происходит в детском и подростковом возрасте, когда формируются личностные особенности реагирования на комплекс переживаний. В последующем данный комплекс становится триггером суицидального поведения, так как в нем хранится болезненный опыт прежних конфликтов [19].

По мнению М.В. Гладышева (2006) органические психические расстройства занимают в структуре психической патологии лиц, совершивших суицидальные попытки, второе место после шизофрении и составляют 14,4% При изучении

структурно-динамических особенностей суицидального поведения больных с органическим поражением головного мозга было выделено три клинических варианта суицидального поведения у данной категории больных: 1) инфантильно-примитивный; 2) аффективный; 3) психопатологический. [23]. В основе мотивации суицидального поведения лиц, перенесших в прошлом черепно-мозговую травму, преимущественно, лежат личностные конфликты, связанные с такими характерологическими особенностями как неуравновешенность, раздражительность - 45,4%; склонность к драматизации, негативной оценке событий и фактов - 20,6%; тревожность, мнительность, чувство вины - 12,0%; замкнутость, скрытность - 10,1%; повышенная чувствительность, впечатлительность - 7,9%; притязание на особое мнение - 4,0%. Эти больные в большей степени склонны к демонстративно-шантажному суицидальному поведению [61, 64]. Данные пациенты отличаются подозрительностью, неумением извлечь опыт из негативных ситуаций, склонны возлагать вину на окружающих [45], они часто совершают суицидальные поступки во время истероформных реакций под влиянием субъективно значимых для них психических травм, склонны к злоупотреблению алкоголем, что является дополнительной экзогенной вредностью и диагностируется у этих больных в 23,6% случаев [22].

Изучаются и психологические предикторы суицидального поведения. Так Ю.А. Сотникова (2005) с соавт. отмечают в психологическом портрете суицидентов следующие черты: нарушение целостности в восприятии себя и других; систематический сдвиг в сторону негативной эмоциональной окрашенности «я»; парадоксальная противоречивость и неустойчивость отношений. [76]. Так же, значимым фактором в психологическом портрете суицидентов является их неспособность к произвольному контролю суицидальных побуждений. Одни способны достаточно длительное время противостоять суицидальным побуждениям за счет отвлечения или за счет сознательного обращения к так называемым антисуицидальным мыслям, под которыми понимают мысли об ответственности перед семьей, страх смерти, религиозные запреты и т.п. Лица с низкими адаптационными способностями часто неспособны к подобному поведению, и здесь суицид носит импульсивный характер.[32]

С.А Бузук (2010) с применением регрессионного логистического анализа выделил показатели, образующие модель личностных особенностей, связанных с высоким суицидальным потенциалом у больных депрессивными расстройствами:

неудовлетворенность, социальная изоляция, сложность переживаний, эмоциональная несдержанность и склонность к фантазированию. Такие же показатели, как амбивалентность переживаний, чувство подавленности, уровень нонконформизма, завышенные организационные усилия, чувство тревоги, склонность к интеллектуализации и когнитивное напряжение имеют недостоверный уровень статистической значимости [9]

1.3. Профилактика суицидального поведения

В рамках профилактического подхода, доминирующего в современной суицидологии, принято выделять первичную, вторичную и третичную профилактику самоубийств. Структурно, основой предупреждения самоубийств является их первичная профилактика [2].

В случае первичной профилактики речь идет об общей популяции, и тогда профилактика суицида заключается в продвижении ценности здоровья и жизни. Такой вид профилактики адресован широкой аудитории, в том числе группам подростков и молодежи. Сюда же можно отнести различные образовательные программы в школах, а также на рабочих местах, направленные на повышение осведомленности о суициде [111]. Особое внимание в структуре первичной профилактики необходимо обращать на своевременное выявление и лечение больных с аффективной патологией, а также алкоголизмом. По мнению D.Gunnell и G.Lewis (2005) мероприятия по первичной профилактике самоубийств должны сконцентрироваться на двух областях: предотвращение психических болезней, предшествующих самоубийству, и работа со специфическими факторами риска самоубийства, такими как влияние средств массовой информации и доступность средств совершения суицида [107]

Целью вторичной профилактики является предотвращение суицидальных действий, снятие острого кризиса [24]. Вторичная профилактика адресована тем людям, которые уже предпринимали попытки совершить суицид, т.к. наличие попыток является весомым признаком, позволяющим предсказывать последующие попытки [97, 126]. Основная задача в данном случае помощь в выходе из кризисной ситуации, преодоление

дистресса. Такого рода интервенции должны осуществляться в кризисных центрах, посредством телефона доверия, специализированных тренинговых программ. [114]

Третичная профилактика предусматривает устранение последствий суицидального поведения, а также предупреждение повторных суицидов Третичная профилактика адресована близкому окружению суицидента, ее цель – помочь близкому окружению суицидента пережить это событие, здесь же можно, также, фокусировать внимание на средствах, с помощью которых был совершен суицид, на роде деятельности жертвы, на ее психологическом портрете и пр. [111, 123, 138]

В.Ф.Войцех (2007), рассматривая все мероприятия по профилактике суицидов в комплексе, подразделяет их на: специализированные психиатрические, психологические – коррекционные, направленные на изменение личностных установок, повышение уровня психологической защищенности, активизацию антисуицидальных факторов; общемедицинские – лечебные мероприятия, направленные на устранение соматических последствий после суицидальной попытки; социальные мероприятия, содержанием которых являются изменения социального статуса, социально-экономических условий жизни потенциальных суицидентов; информационно-обучающие программы для распространения знаний об особенностях и причинах суицидального поведения, создание специальных программ для студентов медицинских вузов, врачей общемедицинской практики; информационно-корректирующие мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, недопустимости преждевременного ухода из жизни, информирование населения о существовании телефонов доверия, кабинетов социально-психологической помощи при поликлиниках.[17].

Б.С.Положим и Е.А.Панченко (2012) были предприняты попытки создания интегративной модели суицидального поведения, базирующейся на 2 основных принципах: 1) для суицидального поведения, характерна этапность; 2) имеются определенные группы факторов – детерминантов суицидального процесса, воздействие которых соответствует наступлению каждого этапа. Авторы выделяют четыре группы факторов возникновения и развития суицидального поведения: биологические, клинические, социальные и личностно-психологические. Созданная модель *позволяет* дифференцировать профилактические подходы к профилактике суицидов. Авторами

выделялись 4 уровня дифференцированной профилактики суицидального поведения: универсальный, селективный, антикризисный и индикативный.

Универсальная профилактика направлена на предупреждение возникновения суицидального поведения и ориентирована на общую популяцию и включала следующие формы: а) активное дифференцированное просвещение различных возрастных и социально-профессиональных групп населения в отношении факторов возникновения суицидального поведения и защитных факторов; б) проведение дифференцированных образовательных программ для различных групп населения; в) формирование мотивации и установок на ведение здорового образа жизни.

Селективная профилактика ориентируется на активное выявление лиц, которые относятся к группе суицидального риска и оказание им адекватной профилактической помощи.

Антикризисная профилактика осуществляется в пресуицидальном и ближайшем постсуицидальном периодах и направлена на предупреждение реализации суицидальных намерений и купирование суицидальных намерений у лиц, совершивших незавершенный суицид.

Индикативная профилактика проводится в отдаленном постсуицидальном периоде продолжается не менее 1 года. Целью индикативной профилактики является предупреждение рецидивов суицида. Авторы отмечают, что 3-х летнее катамнестическое наблюдение суицидентов, которые прошли программу дифференцированной профилактики суицидального поведения, показало отсутствие повторных суицидальных действий у 92,7% из них, что говорит о высокой эффективности предложенной модели [70].

Т.Г.Опенко и М.Г.Чухрова (2011) рассматривая самоубийство, как многофакторное явление, предложили организационную схему профилактики суицидального поведения, которая включает три составляющие профилактической работы: медицинская, информационная и общественная. Суть схемы заключается в том, что производится мониторинг состояния природы и общества, затем, информация обрабатывается и предоставляется для анализа в научные учреждения, которые разрабатывают научную концепцию и дают практические рекомендации учреждениям здравоохранения. В учреждениях здравоохранения формируются группы высокого риска суицидального поведения, с которыми проводится профилактическая работа,

психотерапевтические сессии, медикаментозная поддержка в случае необходимости. При этом уделяется внимание средствам массовой информации, образовательным и религиозным организациям, в задачи которых входит формирование общественного мнения, которое отрицательно представляет все варианты аутодеструктивного поведения и не допускает романтического ореола вокруг них. Авторы еще раз отмечают факт того, что радикально повлиять на уровень самоубийств в обществе можно только путем активной согласованной деятельности многих структур, которые способны проводить профилактику на тех стадиях суицидального процесса, когда его исход еще можно предотвратить [57]

Рассматривая вопрос о выделении лиц с высоким суицидальным риском, следует коснуться проблемы адекватности подобного тестирования. Так С.В.Цыремпилов с соавт. (2009) отмечают, что тесты, прямо вопрошающие о наличии суицидальных наклонностей применимы только для анонимных исследований, в других случаях они в определенной мере провоцируют неверные результаты. Авторы предлагают для выявления лиц имеющих повышенный риск развития суицида среди студенчества скрининговую подборку тестов направленную на а) определение состояния депрессивных состояний; б) определению уровня счастья; в) определение жизненной цели [83]

Всемирная организация здравоохранения разработала программы социальной превенции суицидов (1992, 1998, 2000). Эти программы включают в себя: повышение качества услуг здравоохранения, улучшение диагностики психических заболеваний, злоупотребление и зависимость от психоактивных веществ, распознавание и оценка психосоциальных факторов стресса. Эти меры должны быть направлены на все слои населения [17].

В 2005 г. в рамках европейской конференции под эгидой ВОЗ по проблемам психического здоровья было решено предпринимать действия в двух направлениях:

- 1) организация групп помощи, создание телефонов доверия и сайтов – как мера, способствующая снижению суицида;
- 2) выявление специфических групп риска. Разработка палитры групп риска позволяет определять соответствующие факторы и разрабатывать стратегии соответствующих мер по предотвращению и профилактике суицида. [111]

Наибольшее распространение получили различные телефонные службы и суицидологические центры. «Телефоны доверия» появились относительно недавно. Одна из первых подобных служб была организована в Ленинграде в 1981 г. на базе городского наркологического диспансера. В 1982 г. в Москве впервые «Телефон доверия» был включен в структуру превентивно-суицидологической службы, в качестве одного из звеньев. Ряд авторов отмечают эффективную работу данной службы. Так, в Пензе отмечались положительные результаты работы «Телефона доверия», что привело к снижению числа суицидов [26, 29, 42]. Также следует отметить создание по стране психотерапевтических кабинетов при районных поликлиниках. Данное предложение получило поддержку правительства, и развитие сети кабинетов началось. Но как отмечает Т.Б. Дмитриева (2009) при этом возникает проблема обращаемости [27].

Крайне важно оптимизировать специализированную медицинскую помощь лицам, предпринявшим попытку суицида. Так, у 64,4 % больных с юношескими эндогенными депрессиями обнаруживались в анамнезе или фиксировались в течение наблюдения в стационаре суицидальные мысли, намерения или соответствующие высказывания. Более чем у половины из этих больных (59,7%) суицидальное поведение реализовывалось в суицидальных попытках. При этом характерно, что 48,7 % больных, совершивших в состоянии депрессии попытки самоубийства, пытаются повторить их вновь. По мнению X. Rommegeau и соавт. (1995), три четверти молодых людей, пытавшихся покончить с собой и имевших рецидивы суицидального поведения в течение трех месяцев, не были госпитализированы после первой попытки [56].

Некоторые авторы негативно относятся к стационарному лечению больных с суицидальными проявлениями, высказывая мнение, что сама госпитализация в стационар может являться суицидогенным фактором. J.Paris (2004) отмечает, что при таком суицидоопасном психическом расстройстве, каким является пограничное расстройство личности, госпитализация хронически суицидальных пациентов не всегда способствует предотвращению у них самоубийства и даже, напротив, нередко может оказать суицидогенный эффект. В ряде публикаций анализируются случаи суицидов, совершенных сразу после выписки из психиатрического стационара [132]. J.Meehan (2006), проанализировав 4859 случаев суицидов пациентов с психической патологией, установил, что 23% из них были совершены в течение первых трех месяцев после выписки из психиатрического стационара [121].

Около 5000 подростков ежегодно погибают от самоубийств. Как причина смерти, суицид в этой возрастной группе занимает следующее место после детского травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний. Пик суицидальной активности приходится на возрастной промежуток от 15 до 25 лет. Суицидальное поведение часто наблюдается и у обучающейся молодежи, у студентов [48].

Таким образом, несмотря на многочисленные исследования в области профилактической работы суицидального поведения, моделей и схем организации суицидологической помощи, количество суицидов среди молодого населения нашей страны продолжает расти, что указывает на необходимость дальнейшего изучения проблемы и оптимального практического внедрения научных разработок.

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с целями и задачами исследования, было проведено клинико-психопатологическое, клинико-динамическое, клинико-катамнестическое и клинико-психологическое обследование студентов и сравнительный анализ эпидемиологических и клинических показателей амбулаторных карт, архивных историй болезни и результатов непосредственного наблюдения. При проведении исследования были использованы различные методики, при выборе которых учитывались особенности первичного материала.

2.1. Характеристика объекта исследования

Исследование проводилось с сентября 2012 г по январь 2015 г., на базе кафедры психиатрии и наркологии, НОКЦ «психическое здоровье», ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова, клиники психиатрии им. С.С. Корсакова; ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского», отделении кризисных состояний и психосоматических расстройств; ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, кризисно-психиатрического отделения ГКБ им. А.К. Ерамишанцева. В качестве основного материала для исследования были отобраны 172 студента, 60 из которых не являлись пациентами психиатрической службы.

При обследовании одна часть студентов находилась на стационарном лечении в психиатрических отделениях выше перечисленных лечебных учреждений. Обязательным критерием отбора для этих учащихся служило наличие суицидальных тенденций в прошлом или на момент осмотра.

Другая часть обследуемых была представлена студентами, проходившими обучение на кафедре психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. Обследование данного контингента студентов носило скрининговый характер.

Для проведения исследования была разработана карта обследования, предназначенная для сбора материала, включающая 24 пункта (Приложение А). В карту были включены: клинико-социальные сведения об обследуемом (пол, возраст, отягощенность наследственности психическими заболеваниями, социальный статус,

уровень образования, семейное положение, особенности социального функционирования, наличие опыта независимого проживания, характер отношений с окружающими, наличие проблем в социально-бытовой сфере, материальное положение, отношения в семье и студенческом коллективе, переносимость физических и эмоциональных нагрузок, успеваемость, употребление ПАВ).

Учитывая цели настоящего исследования, для основной группы выработаны следующие критерии включения студентов в исследование:

1. молодой возраст (от 18 до 35 лет),
2. обучение в ВУЗе на момент исследования,
3. добровольное согласие на участие.

Критерии исключения: из исследования исключались лица, проходившие лечение с диагнозами: шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (в рамках галлюцинаторно-бредовых и бредовых синдромов F20-29 по МКБ-10).

Всего было обследовано 172 студента 81 (47,1%) мужчин и 91 (52,9%) женщин, возрастом $21,2 \pm 2,6$ лет, самому младшему было 18 лет, самому старшему – 35 лет.

Основную группу (ОГ) составили 112 учащихся 55 (49,1%) мужчин и 57 (50,9%) женщин, средний возраст $20,5 \pm 1,6$ лет. В данную группу вошли учащиеся, у которых регистрировалось суицидальное поведение в прошлом или на момент исследования. Примечательно то, что студенты данной группы были набраны не только в психиатрических стационарах, но и при скрининговом обследовании учащихся ВУЗа.

Контрольную группу (КГ) составили 60 учащихся 26 (43,3%) мужчин и женщин 34 (56,7%), средний возраст $21,0 \pm 1,2$ лет. Большая часть группы была представлена студентами, проходившими обучение на кафедре психиатрии и наркологии ПМГМУ им. И.М. Сеченова и никогда не обращавшимися к врачу-психиатру за помощью. Группы были сравнимы по полу и возрасту (Таблица 1)

Таблица 1 Пол и возраст в исследуемых группах

	ОГ	КГ	p
Возраст (лет)	20,5 [20,3; 21,1]	21,0 [20,5; 22,0]	0,079
Пол			
женщин	57 (50,9%)	34 (56,7%)	0,470
мужчин	55 (49,1%)	26 (43,3%)	

Основными методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический, клинико-динамический, статистический.

При клинико-психопатологическом обследовании использовалась карта по изучению суицидального поведения, в которую заносились следующие данные: демографические показатели обследованного, сведения о наследственной отягощенности, диагноз заболевания по МКБ-10, количество госпитализаций в психиатрический стационар, нахождение на учете в ПНД, критика к болезни, настрой на лечение.

Проводился анализ катамнестических данных обследуемых, в ходе которого анализировалась история госпитализаций, тяжесть суицидальных проявлений.

Возможность длительного наблюдения пациента позволяла проследить динамику клинических проявлений. Дополнительно информацией служили беседы с родственниками суицидента.

2.2 Методики оценки клинико-социальных особенностей в структуре суицидального поведения студентов.

При использовании *характерологического опросника Леонгарда-Шмишека* представилось возможным оценить влияние особенностей темперамента и характера студента на формирование суицидального поведения. В основу опросника была положена концепция, выдвинутая К. Леонгардом, об «акцентуированных личностях», согласно которой личностные черты индивидуума возможно разделить на основные, которые составляют «ядро» личности и дополнительные. Чем более сильно выражены основные черты, тем выше вероятность трансформации их в личностные акцентуации. Согласно воззрениям Леонгарда, личности, у которых основные черты ярко выражены, могут быть названы "акцентуированными".

Опросник Г. Шмишека содержит 10 шкал, и состоит из 88 вопросов, на которые требуется положительный или отрицательный ответ. 10 типов акцентуированных личностей разделены на две группы: черты характера (демонстративный, педантичный, ригидный, возбудимый) и типы темперамента (гипертимный, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимный, аффективный, лабильный). Максимальный показатель по

каждой шкале опросника равен 24 балла. Таким образом, вывод о степени выраженности акцентуации делается на основании следующих показателей по шкалам: 0-12 – свойство не выражено; 13-18 – средняя степень выраженности свойства (тенденция к тому или иному типу акцентуации личности); 19-24 – признак акцентуации **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**.

Для оценки психического и физического здоровья обследуемых студентов применялся *опросник качества жизни SF-36*. Опросник состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал, которые отображают общее благополучие и степень удовлетворенности теми или иными сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья[54].

Шкалы опросника:

1. физическое функционирование,
2. ролевая деятельность,
3. телесная боль,
4. общее здоровье,
5. жизнеспособность,
6. социальное функционирование,
7. эмоциональное состояние
8. психическое здоровье.

Показатели каждой шкалы варьируются от 0 до 100, где «100» - наилучшая оценка признака. Из них формируют два параметра: психологический компонент здоровья (Mental Health — МН) и физический компонент здоровья (Physical health — РН).

В ходе исследования суицидальных тенденций использовалась *Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS)*. Согласно мнению ряда исследователей, прогнозирование суицидального риска является трудной задачей, состоящей из совокупности клинической оценки суицидальных проявлений, опыта врача, доверия пациента [92, 144].

Структура шкалы построена по принципу 4 модулей [136]:

1. суицидальные идеи;
2. интенсивность суицидальных идей;
3. суицидальное поведение;

4. реальная/потенциальная опасность суицидальных попыток.

Согласно пояснениям Э.Э. Цукарзи (2011), модуль «суицидальные мысли» состоит из 5 пунктов с градацией от более легкого до самого тяжелого (5-й – актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерениями действия). Каждый пункт требует положительного или отрицательного ответа, причем ответ дается дважды – на период оценки и также на наличие данного симптома когда-либо в прошлом. Таким образом, благодаря данной шкале, в исследовании стала возможной ретроспективная и динамическая оценка суицидального риска среди молодежи.

Модуль «интенсивность суицидальных идей» заполняется при наличии положительных ответов в разделе суицидальные идеи.

Интенсивность суицидальных идей оценивается по сумме баллов показателей частоты, продолжительности, контролируемости суицидальных идей, а также наличия сдерживающих факторов и оснований для суицидальных идей.

Каждый пункт оценивается по 5-балльной шкале, где 5 считается максимальной выраженностью признака.

Третий модуль посвящен квалификации суицидального поведения. Он состоит из 6 пунктов:

1. истинная попытка самоубийства,
2. прерванная попытка самоубийства,
3. остановленная попытка самоубийства,
4. подготовительные действия или поведение,
5. суицидальное поведение во время периода наблюдения,
6. осуществленная попытка самоубийства.

На каждый пункт также дается отдельное детализированное определение с клиническими примерами и пояснениями.

Как и в первом модуле, каждый пункт мы оцениваем дважды – на период оценки и на наличие данного проявления когда-либо в прошлом.

И, наконец, последний модуль заполняется только при наличии истинных суицидальных попыток. Он состоит всего из двух пунктов: «реальная опасность/ущерб здоровью» и «потенциальная опасность»[81].

2.3. Статистическая обработка данных.

Статистическая обработка полученных в ходе исследования результатов проводилась с помощью программы Statistica for Windows 10 (StatSoft Inc.).

Качественные признаки описывались с помощью абсолютных и относительных (%) показателей.

Количественные – с помощью медианы (Me) и 95% доверительного интервала (ДИ) (Me [-95%ДИ; +95%ДИ]).

Для оценки статистической достоверности различий между группами определялись следующие параметры:

1. количественные показатели, две независимые группы – метод Манна-Уитни;
2. количественные показатели, несколько независимых группы – метод Краскел-Уоллиса;
3. качественные показатели, независимые группы – метод хи-квадрат, при необходимости двусторонний точный критерий Фишера.

Уровень достоверности был принят как достаточный при $p < 0,05$. В случае множественных сравнений использовалась поправка Бонферрони, в этом случае $p_{\text{крит}}$ определялось как $p = 0,05/n$, где n – количество сравнений одного и того же показателя на одном и том же массиве данных. В том случае если $p < 0,05$, но $p > p_{\text{крит}}$ зависимость определялась как статистическая тенденция.

ГЛАВА III. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.

3.1 Клинические проявления суицидального поведения

В настоящей работе, за основу классификации суицидальных проявлений были взяты определения различных вариантов суицидального поведения, разработанные в Институте Психиатрии Нью-Йорка [129].

Представить подразделение суицидального поведения можно следующим образом:

1. Размышления: суицидальные мысли, суицидальные намерения, наличие суицидального плана;
2. Суицидальные приготовления;
3. Суицидальные действия: истинная, прерванная и остановленная попытки самоубийства;
4. Несуицидальные действия: несуицидальное самоповреждение.

Истинная попытка самоубийства – акт, потенциально направленный против самого себя и совершенный, по крайней мере, с некоторым желанием умереть в результате данного акта.

Прерванная попытка суицида - акт, потенциально направленный против самого себя, с некоторым желанием умереть в результате данного акта, но не начавшийся по причине прерывания внешними факторами.

Остановленная попытка суицида – начавшийся акт, потенциально направленный против самого себя, с некоторым желанием умереть в результате данного акта, но остановленный самим пациентом до фактического начала самодеструктивных действий.

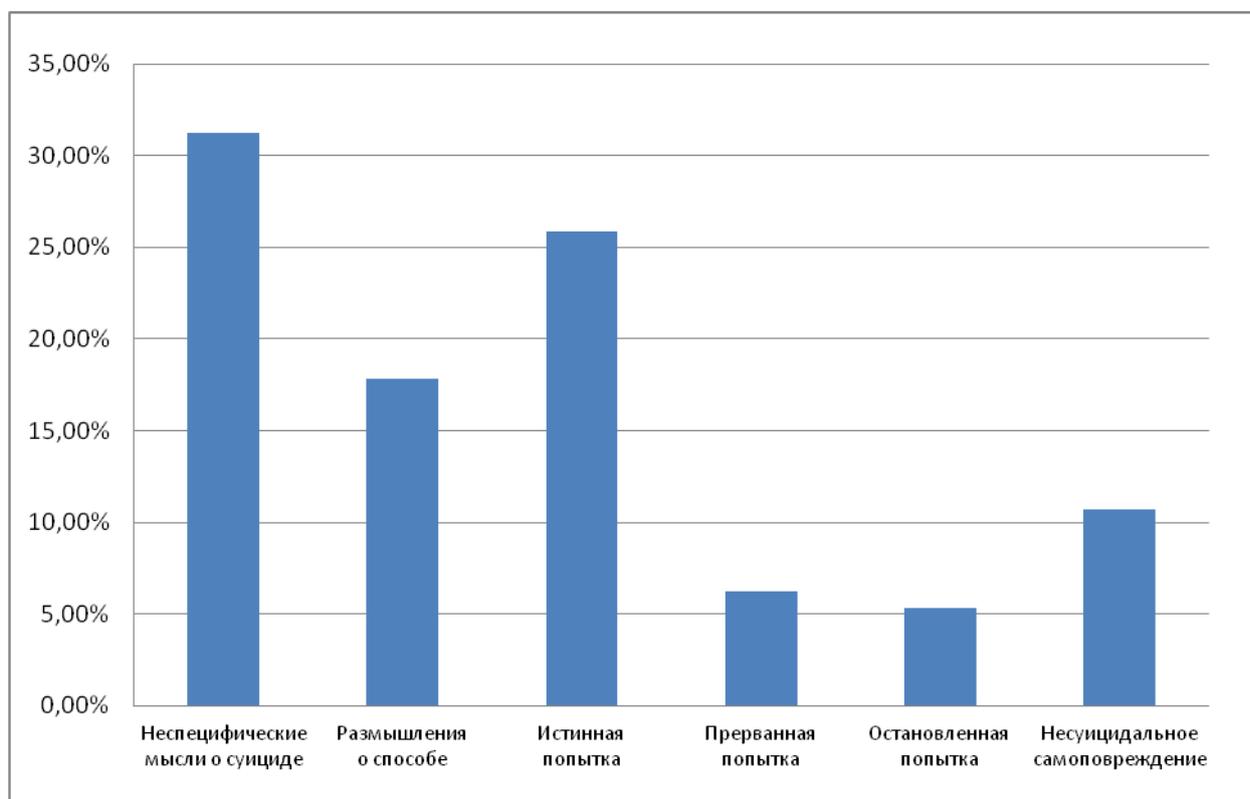
Несуицидальное самоповреждающее поведение – самоповреждения, наносимые с целью, отличной от суицидальной (например, для снятия боли, улучшения самочувствия, из-за стремления привлечь к себе внимание и т.д.).

Суицидальные приготовления – действия, направленные на приготовление попытки суицида (подбор средства совершения попытки), а так же любые

приготовления к собственной смерти (составление завещания, прощальные визиты и т.д.)

Исходя из полученных данных, на момент обследования активные неспецифические мысли регистрировались у 1/3 студентов (31,25%), о способе суицида размышляли 1/8 (17,85%) часть всех обследуемых ОГ. Стоит отметить, что ни у кого из обследуемых не наблюдалось наличия конкретного плана действий (Рисунок 1).

Рисунок 1 Клинические проявления суицидальной активности у студентов ОГ на момент проведения исследования



Истинная попытка суицида была выявлена у 29 (25,89%) студентов и все они находились на стационарном лечении. В прошлом истинная попытка регистрировалась у 6 (5,36%) учащихся, при этом только 1 студент находился под наблюдением и состоял на учете в ПНД.

Клиническая иллюстрация 1:

Больной А., 1993 г.р.

Анамнез жизни: двоюродный дед по отцовской линии, в зрелом возрасте окончил жизнь самоубийством. Отец – по профессии рабочий, всю жизнь работает на заводе. По характеру – спокойный, покладистый, очень строгий. Алкоголем не злоупотребляет.

Мать – банковский работник. Всегда отличалась легкой возбудимостью, вспыльчивая, взрывная, в порыве гнева «может накричать, но быстро отходит». Есть родной брат, старше на 3 года, имеет высшее образование, здоров. По характеру – упрямый, долго помнит обиды, на высоте эмоций плохо себя контролирует.

Сам больной себя считает человеком «честным, аккуратным, педантичным, открытым, правильным», легко может выйти из себя, участвуя в домашних ссорах, чего на службе себе никогда не позволяет, «как бы обидно не было». Бытовые условия проживания семьи хорошие.

Беременность и роды у матери протекали нормально. Родился в срок. В раннем развитии не отставал от сверстников. Перенес детские инфекции, пневмонию в грудничковом возрасте. Воспитывался родителями, посещал детский сад. Рос общительным, открытым ребенком. Проблем с адаптацией не возникало, предпочитал коллективные игры. Помнит себя с 6 лет, «когда катался на велосипеде».

В школу пошел с 7 лет. Охотно посещал занятия, активно общался с одноклассниками. Свободное от уроков время проводил в компании детей, живших по соседству. Любил играть в «прятки, казаки-разбойники» и т.д.

В средних классах учился, преимущественно, на «4-5», любил математику, «т.к. это наука точная и аккуратная», увлекался русским и литературой – «эти предметы позволяли высказаться, отличиться». Больной отмечает, что всегда обладал очень хорошей памятью, мог совершенно не понимать материал, но заучив его, легко воспроизвести. Не любил историю и географию.

Испытывал трудности ответа у доски, чувствовал себя неловко, «сразу начиналась дрожь в ногах, становилось трудно вдохнуть, было страшно опозориться перед всеми, не ответив материал». С 8 класса занимался футболом, любил спорт. В этот период отмечает плохие отношения с братом, который заставлял убирать квартиру, если ему что-то не нравилось, мог ударить.

Обиды на брата помнит до сих пор. К женскому полу проявлял интерес с начальных классов, проблем в общении не возникало. В старших классах встречался с несколькими девушками, расставания переживал спокойно. Окончив школу, поступил в технический университет на специальность «инженер связи». В новом коллективе отношения с сокурсниками были хорошие, дружеские. Охотно участвовал в общественной жизни факультета, занимался боксом.

Анамнез заболевания: учась на 2 курсе, весной почувствовал «необыкновенный прилив сил, настроение было прекрасное, казалось, что можно горы свернуть». Усиленно занимался учебой, спортом, спал по 3-4 часа в сутки, усталости не чувствовал, например «мог пойти в 11 вечера в спортзал, а потом читать научную литературу до 3 часов ночи».

Данное состояние продолжалось около 3 недель. Затем, состояние ухудшилось. Начало заболевания связывает с упорными занятиями. Болела голова, немела шея, беспокоило сердце. Снизилось настроение, о своих переживаниях никому не рассказывал. Нарушился ночной сон (спал по 2 часа в сутки), стал испытывать апатию, резко сократил круг общения, постоянно думал о «никчемности бытия», ощущал острое чувство «тоски и безнадежности».

Осенью, перейдя на 3 курс института, не захотел возобновлять учебу в институте. Большую часть времени проводил дома, стал заторможенным, необщительным. Потерял в весе около 10 кг. Накануне госпитализации звонил нескольким друзьям, извинялся, сообщал, что «всегда их любил». Дарил знакомым собственные вещи, сообщая, что скоро уезжает и не может все взять с собой.

Оставшись дома один, принял нелетальную дозу снотворного. Пришедший раньше времени с работы брат, вызвал бригаду СМП. После проведения детоксикации в условиях токсикологического реанимационного отделения больной был направлен на лечение в психиатрический стационар.

На фоне терапии антидепрессантами, нормотимиками и нейролептиками, состояние больного улучшилось: нормализовался ночной сон, улучшилось настроение, вернулся аппетит, редуцировалась тоска и апатия. Больной стал критически относиться к совершенной попытке суицида.

Анализ наблюдения: В приведённом случае отчётливо прослеживается наличие у пациента аффективного эндогенного заболевания. Характерно, что пациент не

обратился за помощью самостоятельно из-за отсутствия критики к заболеванию и искаженного восприятия действительности, а так же субъективной оценки происходящих внутренних эмоциональных перемен. Исходя из данного клинического примера, можно сделать вывод, что тяжелые последствия эндогенного суицида могут быть предотвращены на более ранней стадии суицидального процесса, благодаря своевременному выявлению заболевания.

Прерванная попытка суицида определялась на момент исследования у 7 (6,25%) обследуемых, при этом ни один из них ранее к психиатрам не обращался и не находился под наблюдением. Катамнестически удалось установить, что прерванная попытка выявлялась у 8 (7,14%) человек. Необходимо отметить, что в ПНД наблюдалось из них только 2 (1,78%).

Остановленная попытка суицида определялась в настоящем у 6 (5,35%), а в прошлом – у 8 (7,14%) обследованных студентов.

Несуицидальное самоповреждение регистрировалось у 12 (10,71%) студентов. В прошлом данные действия выявлялись у 18 (16,07%) студентов

Клиническая иллюстрация 2

Больная Е., 1992 года рождения.

Анамнез жизни: наследственность психопатологически не отягощена.

Родилась в срок, от нормально протекавшей беременности, в семье высокопоставленного чиновника.

Родители развелись, когда больной было 3 года. Есть старшая на 2 года сестра – здорова. Мать больной по характеру капризная, любит быть в центре внимания, шокировать окружающих. После развода с мужем, начала активно заниматься бизнесом. Воспитанием дочерей занималась мало. Отец больной - по профессии прокурор. По характеру - твердый, спокойный, молчаливый, холодный. Особой теплоты никогда дочерям не показывал, но всегда поддерживал финансово, дарил дорогие подарки.

Раннее развитие без особенностей. До 6 лет пациентка воспитывалась бабушкой, затем переехала к тетке. Посещала ДДУ, росла жизнерадостным, активным ребенком. Любила красиво одеваться, быть в центре внимания.

В школу пошла с 7 лет. Училась без отставаний от общеобразовательной программы. Особенной любви к школьным предметам не питала. В свободное время играла в куклы, любила их причесывать, наряжать. Часто «закатывала истерики», если не получала от родных желаемого. Могла подолгу плакать, но быстро успокаивалась при достижении цели.

В средних классах школы занималась танцами, ходила в театральный кружок. В классе часто конфликтовала с другими девочками, т.к. «хотела быть самой лучшей». С этого же периода становилась временами раздражительной, если «что-то не получалось», могла ударить кулаком в стену, сильно себя ущипнуть.

В старших классах пользовалась успехом у противоположного пола. В возрасте 15 лет начала встречать с парнем. Отношения длились около полугода. Когда узнала, что у молодого человека есть еще одна девушка, позвонила ему по телефону и сказала, что «вскрывает себе вены». После приезда парня и извинений, «передумала кончать жизнь самоубийством». Завершила отношения по собственной инициативе, спустя 2 недели, переживаний не испытывала.

Окончив школу, «уехала учиться за границу в колледж». Прожив за пределами Родины около года, прекратила обучение по собственной инициативе.

Анамнез заболевания: находясь в колледже, стала часто конфликтовать с преподавательницей. Сообщала сверстникам, что «покончит собой, чтобы ту посадили». Однажды, будучи на занятиях, в присутствии однокурсников нанесла себе резаные поверхностные раны в области лучезапястного сустава. После чего звонила матери, обвиняя преподавательницу, что та «довела ее до самоубийства». Отчислилась из колледжа по инициативе матери.

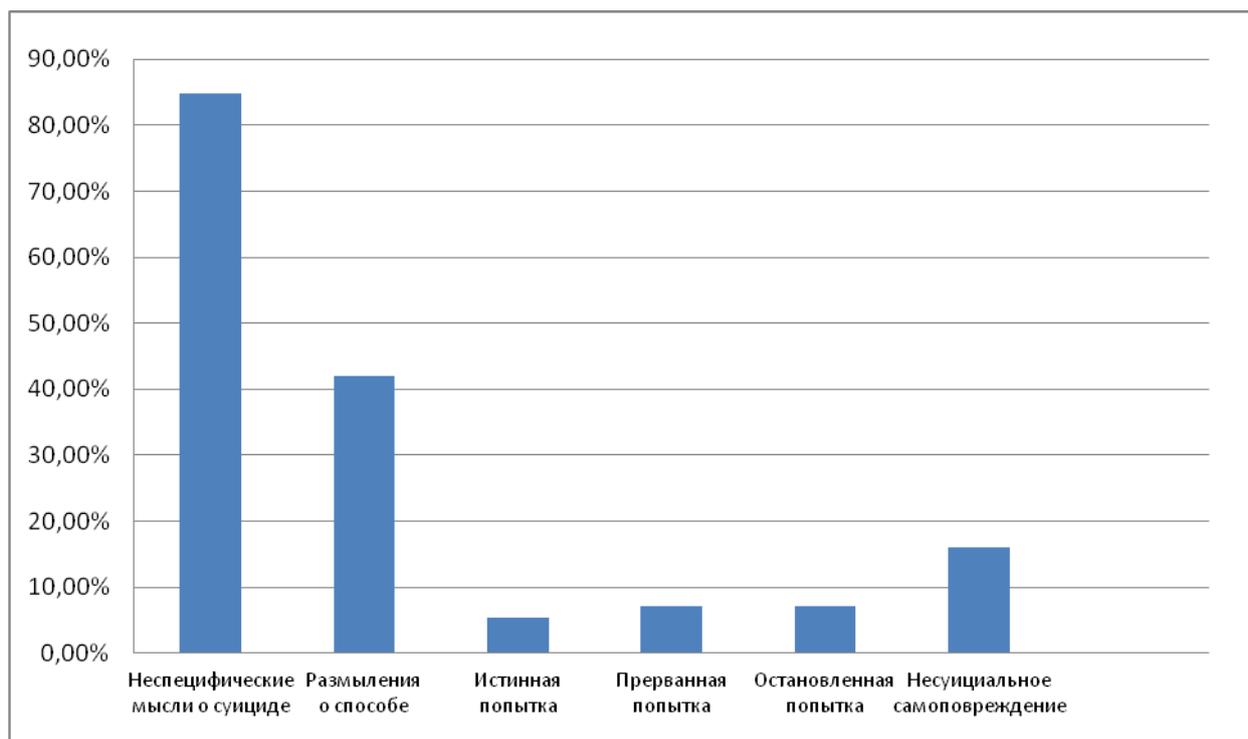
По возвращению в Москву, стала проживать с матерью и родной сестрой. Продолжила обучение на 2 курсе финансового института. Занятия посещала неохотно, часто ссылаясь на несправедливое отношение преподавательского состава. На фоне плохой успеваемости участились конфликты с матерью, чью позицию занимала и сестра. Однажды вечером, пациентка, придя домой, закрывшись в ванной, нанесла себе несколько поверхностных ран в области лучезапястного сустава, и вышла к домашним, со словами, что это все они «ее довели». После данных действий, пациентка была госпитализирована в психиатрическую клинику.

Находясь на лечении, после посещения родственников, больная, находясь в постели, открутила пробку установленного для инфузий внутривенного катетера, и некоторое время прибывала в постели. После того, как медперсонал обнаружил, данное происшествие, больная стала кричать, о намерении «истечь кровью и этим наказать родных».

Анализ наблюдения: В приведённом случае отчётливо прослеживается наличие у пациента длительного внутриличностного конфликта и межличностных конфликтов в условиях семьи. Данный факт подкрепляется неадекватным типом реагирования демонстративной личности, и формированием искаженного понимания путей достижения желаемой цели. В данном случае, эпизоды самоповреждений носили не летальный, шантажный характер. Стоит отметить, что нельзя недооценивать демонстративные самоповреждения, т.к. по неосторожности они могут повлечь за собой существенный вред здоровью вплоть до летального исхода.

При ретроспективной оценке наличия суицидальных проявлений за период обучения в ВУЗе, у 95 студентов (84,82%) отмечались активные неспецифические мысли о суициде, почти у половины опрошенных 47 (41,96%) – размышления о способе, а конкретный план действия в прошлом обдумывали четверть студентов 29 (25,89%) (Рисунок 2).

Рисунок 2 Клинические проявления суицидальной активности у студентов в прошлом



Руководствуясь полученными данными, можно полагать, что среди лиц молодого возраста распространено большое количество видов суицидального поведения. На момент исследования лидирующую позицию, как форма аутодеструкции, заняла истинная суицидальная попытка.

Необходимо отметить, что при ретроспективной оценке суицидального поведения, так же находится значительное число различных суицидальных проявлений, однако большую часть из них составляют неспецифические мысли о суициде.

В ходе клинического обследования студентов производилась оценка способов аутоагрессивного поведения. При этом большое внимание уделялось «возможным» способам, которые на момент обследования для суицидента являлись предполагаемыми (Таблица 2).

Таблица 2 Структура аутодеструктивных действий у лиц молодого возраста

Действия на момент исследования	Абс	%	Предполагаемые действия	Абс	%
Самопорезы	17	15,18	Самопорезы	19	16,96
Отравление медикаментами	19	16,96	Отравление медикаментами	25	22,32
Падение с высоты	2	1,78	Падение с высоты	17	15,18
Повешение	2	1,78	Повешение	2	1,78
Огнестрельное ранение	1	0,89			

Исходя из полученных данных, наиболее распространённым способом аутодеструктивного поведения на момент исследования явились самопорезы (15,18%), на втором месте по частоте находятся случаи отравления медикаментами (16,96%).

При анализе возможных аутодеструктивных действий такой способ как «отравление» выходит на первое место и составляет 22,32%. Способ «самопорезов» рассматривался как возможный 19 студентами, что составило 16,96%.

В качестве наиболее неблагоприятных клинических предикторов можно выделить следующие формы суицидального поведения (Таблица 3).

Таблица 3 Характеристика суицидального поведения согласно данным по Колумбийской шкале оценки тяжести суицида (C-SSRS)

	Наличие суицидальных попыток	Отсутствие суицидальных попыток	p
Желание умереть (в настоящем)	40 81,6%	45 71,4%	0,210
Желание умереть (в прошлом)	21 42,9%	6 9,5%	<0,001*
Несуицидальное повреждение (в настоящем)	2 4,1%	10 15,9%	0,045*
Несуицидальное повреждение (в прошлом)	9 18,4%	9 14,3%	0,560

	Наличие суицидальных попыток	Отсутствие суицидальных попыток	p
Прерванные попытки (в настоящем)	6 12,2%	1 1,6%	0,042
Прерванные попытки (в прошлом)	8 16,3%	0 0,0%	0,001*
Остановленные попытки (в настоящем)	6 12,2%	0 0,0%	0,006*
Остановленные попытки (в прошлом)	0 0,0%	8 16,3%	0,001*
Кол-во баллов от 1 до 5 по шкале «Суицидальные идеи» (в настоящем)	4,0 [3,1; 3,9]	3,0 [2,7; 3,1]	<0,001*
Кол-во баллов от 1 до 5 по шкале «Суицидальные идеи» (в прошлом)	2,0 [1,3; 2,4]	0,0 [0,5; 1,2]	0,014*
Кол-во баллов от 1 до 25 по шкале «Интенсивность суицидальных идей» (в прошлом)	21,0 [15,8; 20,0]	15,0 [13,5; 15,7]	<0,001*
Кол-во баллов от 1 до 25 по шкале «Интенсивность суицидальных идей» (в прошлом)	0,0 [4,8; 10,3]	0,0 [0,7; 2,9]	0,008*

* - различия достигли статистически значимого уровня

Желание умереть, испытываемое в прошлом прогностически чаще ведет к суицидальной попытке. Самоповреждения же, напротив, по нашим наблюдениям редко заканчиваются завершенными суицидальными действиями.

В ходе исследования выделялись различные факторы, влияющие на возникновение и реализацию суицидальных тенденций. Согласно мнению ряда авторов [119, 128], данные факторы можно разделить на биологические, психологические, клинические, социальные, культуральные, этнические, ситуационные и ряд других.

В настоящем исследовании был максимально сужен диапазон факторов, разделение которых было сделано на 4 группы:

- *биологические,*
- *патопсихологические,*
- *макросоциальные*
- *микросоциальные.*

3.2.1 Биологические предикторы суицидального поведения

К биологическим факторам были отнесены такие показатели как пол, возраст, наследственность по психическим заболеваниям, наличие хронических заболеваний.

Соотношение *мужчин и женщин* в исследовании было представлено приблизительно 1:1, что может быть объяснено высокой долей остановленных суицидальных попыток, которые не приводили суицидента к попаданию в поле зрения специализированной службы. При исследовании большой интерес представляло сравнение групп по гендерному признаку.

3.2.2.1 Гендерные различия исследуемых групп

Сравнение предикторов суицидального поведения по гендерному признаку в ОГ и КГ дало достоверные различия ($p < 0,005$) (Таблица 4).

У мужчин среди суицидентов (ОГ) чаще выявлялась наследственная отягощенность психическими заболеваниями, чем в КГ. Большинство лиц мужского пола с суицидальными тенденциями были холосты или состояли в разводе. У данного контингента выявлялась низкая успеваемость и плохие отношения в коллективе.

Наблюдалось резкое снижение социальных связей и скудное ближайшее окружение. Статистически достоверно выявлено субъективно более плохая переносимость стрессов суицидентами мужского пола по сравнению с КГ. При оценке употребления ПАВ были получены достаточно противоречивые данные: использование наркотических средств, в том числе алкоголя студентами ОГ и КГ являлось приблизительно равным, составив 76,9% и 80% соответственно.

При анализе условий проживания, удалось доказать, что пациенты ОГ чаще других проживали с родителями или в общежитии. На наш взгляд, данные такого рода

свидетельствуют о двух диаметрально противоположных состояниях: в первом случае многие студенты жаловались на конфликты в семье и вынужденное положение терпеть каждодневные стрессовые ситуации, во втором – пациенты отмечали слом привычной жизни, смена места жительства, неготовность к самостоятельному существованию в условиях мегаполиса, без поддержки родных.

Оценивая женский контингент учащихся обеих групп, представляется возможным утверждать, что в сравнении с мужским населением, в данных группах существуют некоторые особенности и различия. Во-первых, не удалось доказать достоверной связи между суицидальной направленностью и наследственной отягощенность по психическим заболеваниям. Исходя из полученных результатов, суицидальное поведение у женщин реже зависело от семейного положения, и условий воспитания в семье. В основной группе у женщин, так же как и у мужчин отмечалось снижение успеваемости в ВУЗе, плохие отношения в коллективе, малое число друзей, большое количество стрессовых ситуаций.

Необходимо более подробно остановиться на употреблении ПАВ студентками. По сравнению с мужчинами, у пациентов женского пола ОГ употребление алкоголя и наркотические средств было гораздо чаще (82,5%), чем в КГ (55,9%).

Согласно результатам проведенного исследования, с высокой достоверностью можно сказать, что большинство суицидентов как мужского, так и женского пола проживали либо в семье с тяжелой эмоциональной обстановкой, либо в общежитии.

Таблица 4 Сравнение предикторов суицидального поведения у мужчин и женщин

	Женщины			Мужчины		
	КГ	ОГ	p	КГ	ОГ	p
Отягощенность по психическим заболеваниям	18 (52,9%)	32 (57,1%)	0,697	9 (34,6%)	38 (69,1%)	0,003*
Семейное положение						
холост	29 (85,3%)	49 (86,0%)	0,491	20 (76,9%)	51 (92,7%)	0,042*
разведен	1 (2,9%)	4 (7,0%)		0 (0,0%)	1 (1,8%)	
женат / замужем	3 (8,8%)	4 (7,0%)		3 (11,5%)	3 (5,5%)	
гражданский брак	1 (2,9%)	0 (0,0%)		3 (11,5%)	0 (0,0%)	
тяжелая ситуация в собственной семье	0 (0,0%)	1 (25,0%)	1,000	0 (0,0%)	3 (100,0%)	0,018*
Успеваемость						
низкая	1 (2,9%)	24 (42,1%)	<0,001*	2 (7,7%)	23 (41,8%)	0,003*
средняя	22 (64,7%)	20 (35,1%)		14 (53,9%)	24 (43,6%)	
высокая	11 (32,4%)	13 (22,8%)		10 (38,5%)	8 (14,6%)	
Отношения в коллективе						
плохие	0 (0,0%)	15 (26,3%)	<0,001*	0 (0,0%)	17 (30,9%)	<0,001*
нейтральные	5 (14,7%)	19 (33,3%)		3 (11,5%)	28 (50,9%)	
хорошие	29 (85,3%)	23 (40,4%)		23 (88,5%)	10 (18,2%)	
Друзья						
нет	1 (2,9%)	18 (31,6%)	0,003*	0 (0,0%)	12 (21,8%)	0,002*
несколько	17 (50,0%)	24 (42,1%)		23 (88,5%)	27 (49,1%)	
много	16 (47,1%)	15 (26,3%)		3 (11,5%)	16 (29,1%)	
Стрессовые ситуации						
нет	3 (8,8%)	3 (5,3%)	0,001*	2 (7,7%)	5 (9,1%)	0,008*
редко	10 (29,4%)	2 (3,5%)		9 (34,6%)	4 (7,3%)	
средне	14 (41,2%)	23 (40,4%)		11 (42,3%)	23 (41,8%)	
часто	7 (20,6%)	29 (50,9%)		4 (15,4%)	23 (41,8%)	
Употреблял и ПАВ	19 (55,9%)	47 (82,5%)	0,006*	20 (76,9%)	44 (80,0%)	0,751
Проживание						
с родителями	19 (55,9%)	39 (68,4%)	<0,001*	15 (57,7%)	37 (67,3%)	0,001*
общежитие	0 (0,0%)	13 (22,8%)		0 (0,0%)	15 (27,3%)	
собственная семья	5 (14,7%)	5 (8,8%)		6 (23,1%)	3 (5,5%)	
с друзьями	7 (20,6%)	0 (0,0%)		2 (7,7%)	0 (0,0%)	
один	2 (5,9%)	0 (0,0%)		1 (3,9%)	0 (0,0%)	

* - различия достигли статистически значимого уровня

Учитывая узкий диапазон возрастов у данной категории граждан, были выделены наиболее суицидоопасные периоды обучения в ВУЗе, которыми явились первый и второй год обучения, четвертый и пятый. Наименьшая суицидальная активность

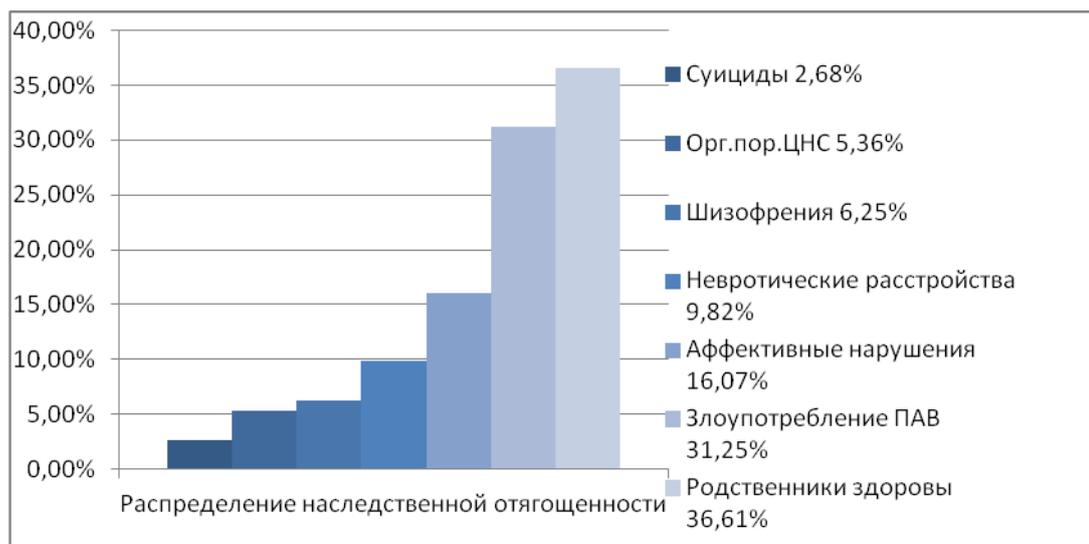
наблюдалась на 3 году обучения студентов. Учитывая тот факт, что, для получения высшего профессионального образования во многих ВУЗах нашей страны предусмотрено 5 курсов обучения, полученные данные о резком снижении вероятности суицидальных действий на 6 году обучения можно считать недостоверными (Рисунок 3).

Рисунок 3 Суицидальное поведение за период обучения в ВУЗе



Анализ *наследственной отягощенности* показал, что более чем у половины суицидентов родственники страдали теми или иными психическими заболеваниями (Рисунок 4). Наиболее пристального внимания, на наш взгляд, заслуживают расстройства аффективного круга.

Рисунок 4 Наследственная отягощенность психическими заболеваниями студентов



Исходя из полученных результатов, можно полагать, что наибольшую долю наследственной отягощенности составляют аффективные нарушения (16,07%) и болезни зависимости (23,21%).

Стоит отметить, что процент суицидов в семьях обследованных студентов является низким, и составляет лишь 2,68% (3 человека).

В ходе обследования студентов, было выявлено негативное отношение с их стороны к суицидам у родственников. Большинство опрошенных пациентов осуждали и стыдились данного поведения, несмотря на совершение собственной суицидальной попытки. Исходя из полученных результатов, можно предположить, что наследственная отягощенность по суицидальному поведению составляет большее значение, но по ряду вышеперечисленных причин не представляется возможным достоверное выявление данных такого рода.

При анализе данных было установлено, что наследственная отягощенность в основной группе выше, чем в контрольной (Таблица 5).

Таблица 5 Сравнение основной и контрольной группы на предмет отягощенности психическими заболеваниями

	ОГ	КГ	р
Отягощенность по психическим заболеваниям	70 63,1%	27 45,0%	0,023*

* - различия достигли статистически значимого уровня

Прямой связи между наличием суицидальных попыток в анамнезе и наследственной отягощенностью по психическим заболеваниям установлено не было ($p=0,835$) (Таблица 6).

Таблица 6 Наследственная отягощенность как предиктор суицидальных попыток

Наследственность по психическим заболеваниям	Наличие суицидальных попыток	Отсутствие суицидальных попыток
Не отягощена	20 40,8%	21 33,3%
Шизофрения	3 6,1%	4 6,4%
Употребление ПАВ	9 18,4%	17 27,0%
Невроз	4 8,2%	6 9,5%
Аффективные нарушения	9 18,4%	10 15,9%
Болезнь Альцгеймера	1 2,0%	2 3,2%
Суицид	2 4,0%	1 1,6%
Эпилепсия	0 0,0%	1 1,6%
Органическое поражение ЦНС	1 2,0%	1 1,6%

Хронические инвалидизирующие заболевания в нашем исследовании прослеживались у 2,68% (3 человека) обследуемых. Необходимо подчеркнуть, что в этих случаях данные соматические нарушения являлись прямым источником

суицидальной угрозы: пациенты высказывали антивитаальные мысли, объясняя их низким уровнем социальной адаптации, трудностями в обучении и «бесперспективностью будущего».

3.2.2. Патопсихологические предикторы суицидального поведения

За основу патопсихологических факторов были взяты:

- преморбидные личностные особенности суицидентов,
- клинические проявления психических заболеваний,
- употребление психоактивных веществ (ПАВ).
- религиозные воззрения

Анализ опросников позволил оценить распределение личностных характерологических черт и акцентуаций в данных группах.

Согласно методике Леонгарда-Шмишека, у студентов выявлялись такие черты характера как (Таблица 7): демонстративность, ригидность, педантичность, возбудимость; а также следующие типы темперамента (Таблица 8): гипертимность, дистимичность, тревожность, циклотимичность, аффективность и лабильность.

Таблица 7 Черты и акцентуации характера по Леонгарду-Шмишеку

Черта	ОГ	КГ	p
Педантичность	19 17,0%	4 6,7%	0,064
Ригидность	31 27,7%	25 41,7%	0,062
Возбудимость	34 30,4%	10 16,7%	0,050*
Демонстративность	28 25,0%	21 35,0%	
Акцентуация	58 51,8%	13 21,7%	<0,001*

Акцентуированная педантичность	16 27,6%	0 0,0%	0,031*
Акцентуированная ригидность	18 31,0%	4 30,7%	1,000
Акцентуированная возбудимость	12 20,7%	1 7,9%	0,438
Акцентуированная демонстративность	12 20,7%	8 61,5%	0,003*

* - различия достигли статистически значимого уровня

Таблица 8 Черты и акцентуации темперамента по Леонгарду-Шмишеку

Черта	ОГ	КГ	p
Тревожность	0 0,0%	2 3,3%	0,052
Ригидность	0 0,0%	1 1,7%	0,349
Циклотимичность	12 10,7%	7 11,7%	0,849
Дистимичность	16 14,3%	2 3,3%	0,034*
Лабильность	21 18,75%	10 16,7%	0,735
Аффективность	44 39,3%	13 21,7%	0,019*
Гипертимность	19 17,0%	25 41,7%	<0,001*
Акцентуация	ОГ	КГ	p
Акцентуация темперамента	65 58,0%	26 43,3%	0,066

Черта	ОГ	КГ	p
Акцентированная циклотимичность	12 18,5%	1 3,9%	0,072
Акцентированная дистимичность	2 3,1%	0 0,0%	1,000

Наиболее тяжелое суицидальное поведение вплоть до истинной суицидальной попытки встречалось при наличии у студента сочетания 2 акцентуаций, таких как: *ригидность и аффективность* 15,18% (17 человек), *педантичность и аффективность* 11,6% (13 человек), *возбудимость и циклотимичность* 10,71% (12 человек). Данные типы акцентуированности в преморбиде служили серьезными предпосылками к развитию психической патологии в структуре расстройств личности, что совпадает с мнением других исследователей [1, 28, 63, 128].

Как показывают результаты работы, более чем в 90% случаев у обследуемого контингента выявлялись те или иные *психические расстройства*. Распределение клинических психопатологических форм иллюстрирует (Таблица 9), из которой видно, что наибольшее место занимают нарушения депрессивного характера, а так же расстройства личности.

Таблица 9 Варианты психопатологических нарушений у студентов.

Название и шифр рубрики по МКБ-10	Абс.	%
Условно здоровые	8	7,14
[F06] Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью	3	2,68
[F07] Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением	3	2,68
[F31] Биполярное аффективное расстройство	9	8,04
[F32] Депрессивный эпизод	25	22,32
[F33] Рекуррентное депрессивное расстройство	6	5,36
[F43] Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации	47	41,96
[F60] Специфические расстройства личности	11	9,82

Согласно полученным данным, достоверно установлено ($p < 0,001$), что наиболее суицидоопасными являются психические расстройства, содержащие в своих проявлениях депрессивный симптомокомплекс (Таблица 10).

Таблица 10 Наличие суицидальных попыток у больных психическими заболеваниями

Диагноз по МКБ-10	Наличие суицидальных попыток	Отсутствие суицидальных попыток	P
[F31] Биполярное аффективное расстройство. [F32] Депрессивный эпизод. [F33] Рекуррентное депрессивное расстройство	31 64,6%	9 15,8%	<0,001*
[F43] Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации	10 20,4%	37 58,7%	<0,001*

* - различия достигли статистически значимого уровня

У обследованных студентов на первый план в структуре депрессий выступало чувство безнадежности и отсутствие веры в положительные перемены. Нередко встречались депрессивные переживания, достигающие психотического уровня, в структуре которых прослеживался компонент «мучительного бесчувствия», однако данный контингент больных не вошел в исследование исходя из критериев исключения. Многие студенты сообщали об остром чувстве душевной боли, проецируя данное ощущение в область грудины. У данных пациентов мотивом суицидальных тенденций являлось избавление от страданий.

Стоит отметить, что тяжесть депрессии чаще доходила до легкого и умеренного уровня, и реже была представлена высоким уровнем. Говоря о стрессовых реакциях и нарушениях адаптации, необходимо иметь ввиду, что суицидальное поведение у таких больных было обусловлено не столько тяжестью депрессии и тревоги, сколько открытостью и «измененностью» личности (под влиянием болезни) для неблагоприятных внешних воздействий, сопровождающейся неадекватными типами личностного реагирования.

Отдельно необходимо выделить отягощающую роль *употребления ПАВ* в качестве коморбидной патологии. По данным многочисленных исследований большое значение в вопросе суицидального поведения имеет наркотическое и алкогольное опьянение [90, 95, 116, 118, 134]. Исходя из этого, все студенты были опрошены на предмет проб и употребления ПАВ (Таблица 11).

Таблица 11 Пробы и употребление ПАВ у студентов

Наличие/отсутствие пробы ПАВ	ОГ	КГ	p
Были пробы ПАВ	98 87,5%	52 86,7%	0,876
Несколько типов веществ	19 19,2%	13 25,0%	0,407
Алкоголь	83 74,1%	51 85,0%	0,101
Канабиониды	20 17,9%	14 23,3%	0,390
Стимуляторы	8 7,1%	4 6,7%	0,910
Галлюциногены	3 2,7%	0 0,0%	0,201
Употребление ПАВ			
Употребляют ПАВ	91 81,3%	39 65,0%	0,018*
Несколько типов веществ	2 2,2%	1 2,6%	1,000
Алкоголь	73 65,2%	36 60,0%	0,502
Канабиониды	12 10,7%	4 6,7%	0,384
Стимуляторы	4 3,57%	0 0,00%	0,139

Наличие/отсутствие пробы ПАВ	ОГ	КГ	р
Галлюциногены	1 0,9%	0 0,0%	1,000

* - различия достигли статистически значимого уровня

Достоверно установлено, что в группе лиц с наличием суицидального поведения употребление ПАВ носило более частый характер, нежели чем в контрольной группе.

При анализе суицидальных проявлений обращает на себя внимание следующее обстоятельство: более половины опрошенных (60%), совершивших суицидальную попытку находились в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (Рисунок 5). Наиболее прогностически неблагоприятными являлись студенты, употреблявшие несколько видов ПАВ.

Рисунок 5 Наличие опьянения на момент совершения истинной суицидальной попытки



Клиническая иллюстрация 3

Больной А., 1993 года рождения.

Анамнез жизни: наследственность отягощена алкоголизмом отца. Родился в срок, от нормально протекавшей беременности, в семье рабочих. Мать больного по характеру вспыльчивая, требовательная, занималась тяжелым трудом в химической промышленности. Отец больного - по профессии тракторист. По характеру веселый,

жизнерадостный, часто злоупотреблял алкоголем. В состоянии алкогольного опьянения становился агрессивным, временами бил жену и сына.

Больной воспитывался родителями. Посещал ДДУ. Проблем с адаптацией не возникало. Рос общительным, активным ребенком. В школу пошел с 7 лет. Учился посредственно, без отставаний от общеобразовательной программы. Предпочитал гуманитарные науки. Свободное время проводил в компании детей, живших по соседству. Увлекался рыбалкой (семья проживала в деревне). В средних классах школы, после очередного скандала родителей, убежал из дома на несколько дней (жил у родной тетки). По возвращению домой внезапно снизилось настроение, отказывался идти на учебу, утратил аппетит, нарушился ночной сон. Состояние редуцировалось самопроизвольно, спустя несколько дней.

В старших классах школы больной пользовался успехом у противоположного пола, имел много друзей. Алкоголь попробовал в возрасте 15 лет. С тех пор начал регулярно употреблять спиртное в компании сверстников.

Окончив школу, поступил в автодорожный институт и уехал учиться в Москву. По приезду в столицу, тяжело адаптировался к жизни в условиях мегаполиса. Проживая в общежитии, для «снятия стресса» употреблял алкоголь. Не найдя подходящего круга общения, большую часть времени проводил в одиночестве.

Анамнез заболевания: К концу первого курса накопил много задолжностей и не смог вовремя сдать сессию. На фоне неудач по учебе стал более замкнутым, усиленно занимался. Продолжал употреблять алкоголь, как «средство разгрузки». Постепенно снизилось настроение, появилась тревога о будущем. Нарушился ночной сон. Больной много времени проводил за обдумыванием перспектив, боялся отчисления из института. Данное состояние продолжалось около 2 месяцев.

К концу 2 месяца, больной совсем отказался от приема пищи, перестал спать. Ежедневно принимал алкоголь. В один из дней, ранним утром, находясь в состоянии алкогольного опьянения, пациент совершил прыжок из окна собственной комнаты, с высоты пятиэтажного дома. Был доставлен в соматический стационар бригадой СМП.

После оказания необходимых лечебных мероприятий в условиях травматологического отделения, был переведен в отделение психосоматики. Находясь в отделении, категорически отрицал наличие суицидальной попытки. По прошествии некоторого времени, на фоне лечения нейролептиками и антидепрессантами состояние

больного улучшилось: нормализовалось настроение, улучшился ночной сон, нормализовался аппетит. При подробном ретроспективном анализе пациент признался психотерапевту, что боялся отчисления из института и не хотел возвращаться домой. Решив, что «лучше не жить совсем, чем возвратиться в деревню», употребив алкоголь – прыгнул в окно.

Анализ наблюдения: В приведённом случае отчётливо прослеживается наличие у пациента длительного межличностного конфликта в условиях семьи. Данный факт подкрепляется депрессивной реакцией, возникшей на фоне внешних воздействий в подростковом периоде. Неспособность разрешения этого конфликта проявилась в алкоголизации, при попадании в стрессовые условия мегаполиса. В данном случае, вероятно внешнее воздействие, а именно неудачи в учебном процессе, выступает триггерными факторам в манифестации депрессивного состояния, которое усугубляется злоупотреблением алкоголя.

В ходе работы было проведено разделение частоты употребления ПАВ на «доклиническую» и «клиническую» формы (Таблица 12). При наличии клинической формы употребления ПАВ, у студента выявлялась зависимость от вещества, тяга к наркотику, проявления абстиненции при отмене. Исходя из результатов исследования доказано, что употребление ПАВ у суицидентов выше ($p=0,05$).

Таблица 12 Частота употребления ПАВ студентами

Частота употребления ПАВ	ОГ	КГ	p
Не употребляет	22 19,6%	21 35,0%	0,050*
Доклиническая форма	77 68,8%	36 60,0%	
Клиническая форма	13 11,6%	3 5,0%	
Разделение по типам ПАВ			
Не употребляет	15 14,3%	21 35,0%	0,013*

Алкоголь (доклиническая форма)	65 61,9%	32 53,3%	
(клиническая форма)	8 7,7%	3 5,0%	
Каннабиноиды (доклиническая форма)	7 6,7%	3 5,0%	
(клиническая форма)	3 2,9%	0 0,0%	
Стимуляторы (доклиническая форма)	3 2,9%	0 0,0%	
(клиническая форма)	1 1,0%	0 0,0%	
Галлюциногены (доклиническая форма)	1 1,0%	0 0,0%	

* - различия достигли статистически значимого уровня

Проводился анализ взаимосвязи между возникновением суицидальных тенденций и пробами ПАВ (Таблица 13). Было установлено, что пробы каннабиноидов (особенно курительных смесей) могут провоцировать суицидальное поведение у студентов.

Таблица 13 Наличие суицидальных попыток при употреблении ПАВ

Пробы ПАВ	Наличие суицидальных попыток	Отсутствие суицидальных попыток	Р
Были пробы ПАВ	44 89,8%	54 85,7%	0,517
Несколько типов веществ	12 27,3%	7 12,7%	
Алкоголь	38 77,6%	45 71,4%	0,463
Каннабиноиды	14 28,6%	6 9,5%	0,009*

Стимуляторы	2 4,1%	6 9,5%	0,233
Галлюциногены	1 2,0%	2 3,2%	1,000
Употребление ПАВ			
Употребляют ПАВ	40 81,6%	51 81,0%	0,927
Несколько типов веществ -	2 5,0%	0 0,0%	0,190
Алкоголь	30 61,2%	43 68,3%	0,439
Каннабиноиды	8 16,3%	4 6,4%	0,125
Стимуляторы	1 2,0%	3 4,8%	0,630
Галлюциногены	1 2,0%	0 0,0%	0,438

* - различия достигли статистически значимого уровня

Важную роль в формировании взглядов человека на проблему жизни и смерти является религия. Производилась оценка приверженности обучающихся к религиозным конфессиям, причем, принималось во внимание истинное отношение студента к вере. По итогам работы достоверных отличий среди основной и контрольной группы (Таблица 14), а также связи религиозных воззрений с суицидальными проявлениями найдено не было (Таблица 15).

Таблица 14 Распределение религиозных взглядов среди студентов

	ОГ	КГ
Атеисты	23 20,5%	18 30,0%
Агностики	18 16,1%	2 3,3%

	ОГ	КГ
Христиане	49 43,8%	30 50,0%
Мусульмане	20 17,9%	8 13,3%
Язычники	2 1,8%	1 1,7%
Григориане	0 0,0%	1 1,7%

$p=0,061$

Таблица 15 Религиозные взгляды и суицидальные действия у лиц молодого возраста

	Наличие суицидальных попыток	Отсутствие суицидальных попыток
Атеисты	14 28,6%	9 14,3%
Агностики	4 8,2%	14 22,2%
Христиане	23 46,9%	26 41,3%
Мусульмане	8 16,3%	12 19,1%
Язычники	0 0,0%	2 3,2%

$p=0,092$

3.2.3. Макросоциальные предикторы суицидального поведения

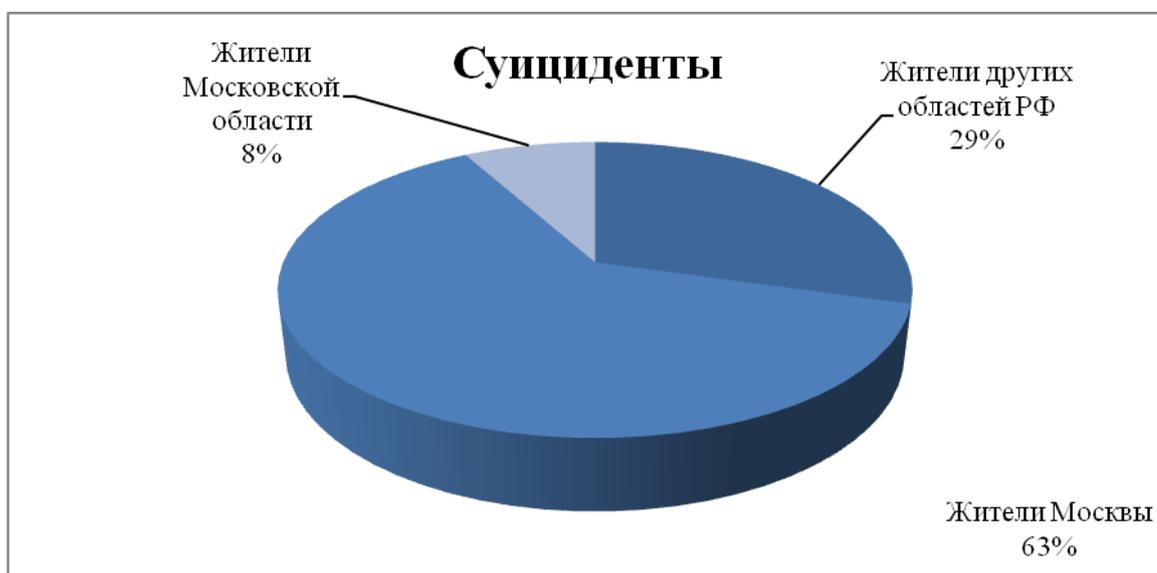
В группу макросоциальных факторов нами были включены разнообразные условия существования и взаимодействия суицидента с внешним миром.

Если рассматривать данное явление в контексте обучения в ВУЗе, в условиях мегаполиса, можно выделить несколько особенностей. Согласно результатам исследования большую часть лиц с суицидальным поведением составили жители г. Москвы (62,5%), однако в соотношении с количеством коренных жителей, доля приезжих может считаться весьма существенной (29,46%) (Рисунок 6).

Последняя группа студентов, большей частью, испытывала стресс при смене места жительства и уклада быта, что подкреплялось тяжелой психологической дезадаптацией в условиях мегаполиса.

Немаловажным фактором в формировании суицидальных тенденций явилось финансовое благополучие обследуемых: так, около 1/3 лиц молодого возраста (30,4%) оценивали свое материальное состояние как «бедность». Большую часть данных пациентов составляли приезжие студенты из других областей.

Рисунок 6 Распределение суицидентов по месту жительства



Важным фактом явилось то, что в родных регионах при оценке финансовой обеспеченности данные учащиеся считались «средним классом», но оказавшись в Москве, попали под серьезное социальное давление, которое было обусловлено

частично объективно, а частично - мифологически, когда финансовые доходы среднего москвича сильно завышаются.

Таким образом, желаемый уровень доходов оказывается преувеличенным и приводит к дополнительной фрустрации. Многие студенты (38,39%) пытались совмещать учебу в ВУЗе и работу, что вело к снижению успеваемости, соматической дестабилизации и, как следствию – психической дезадаптации с развитием суицидальной направленности (Таблица 16).

Таблица 16 Макросоциальные предикторы

Признак	ОГ	КГ	p
Достаток			
бедность	34 30,4%	4 6,7%	0,002*
средний	67 59,8%	47 78,3%	
высокий	11 9,8%	9 15,0%	
Стрессовые ситуации (внешние)			
нет	8 7,1%	5 8,3%	<0,001*
редко	6 5,4%	19 31,7%	<0,001*
средне	46 41,1%	25 41,7%	
часто	52 46,4%	11 18,3%	
Совмещение учебы с работой	43 38,4%	21 35,0%	0,661

* - различия достигли статистически значимого уровня

При исследовании, связи суицидального поведения с материальным достатком, стрессовыми ситуациями, совмещением учебы с работой достоверности найдено не было (Таблица 17).

Таблица 17 Связь макросоциальных предикторов с совершением суицидальной попытки

Признак	Наличие суицидальных попыток	Отсутствие суицидальных попыток	
Достаток			
бедность	16 32,7%	18 28,6%	0,498
средний	30 61,2%	37 58,7%	
высокий	3 6,1%	8 12,7%	
Стрессовые ситуации (внешние)			
нет	2 4,1%	6 9,5%	0,319
редко	3 6,1%	3 4,8%	
средне	17 34,7%	29 46,0%	
часто	27 55,1%	25 39,7%	
Совмещение учебы с работой	20 40,8%	23 36,5%	0,642

К макросоциальным факторам условно можно отнести совокупность различных сторон существования студента, отражаемую в уровне качества жизни в целом. В ходе работы производился анализ взаимосвязи развития суицидального поведения и уровня психического и физического функционирования (Таблица 18)

Таблица 18 Сравнение качества жизни в группах

	ОГ	КГ	p
Физический компонент здоровья	48,4 [49,0; 51,2]	55,6 [53,8; 56,2]	<0,001*
Психический компонент здоровья	35,9 [35,5; 38,9]	50,4 [47,0; 51,4]	<0,001*

3.2.4. Микросоциальные предикторы суицидального поведения

К микросоциальным факторам были отнесены тесные межличностные взаимодействия с членами семьи, противоположным полом, сокурсниками, коллегами.

В ходе исследования было выявлено, что никто из студентов, входящих в контрольную группу не проживал в общежитии. Наличие собственной семьи регистрировалось у данной категории обследуемых несколько чаще (Таблица 19)

Таблица 19 Проживание студентов

	ОГ	КГ
с родителями	76 67,9%	37 61,7%
в общежитии	28 25,0%	0 0,0%
собственная семья	8 7,1%	11 18,3%
с друзьями	0 0,0%	9 15,0%
один	0 0,0%	3 5,0%

p < 0,001

Достоверной связи совместного проживания и совершения суицидальных попыток установлено не было (p=0,124) (Таблица 20).

Таблица 20 Взаимосвязь суицидальных попыток и совместного проживания

	Наличие суицидальных попыток	Отсутствие суицидальных попыток
с родителями	36 73,5%	40 63,5%
общ	8 16,3%	20 31,8%
собственная семья	5 10,2%	3 4,8%

Клиническая иллюстрация 4

Больной Е., 1992 года рождения.

Анамнез жизни: никто из родственников к психиатрам не обращался. Мать больной всегда отличалась «непростым характером», не работает, имеет среднее образование. Дома любит, чтобы за нее все делали, «никогда не убирается, не вынесет мусор, избалованная, эгоистичная».

С дочерью отношения хорошие, всегда ее опекает, очень тревожиться, если что-то случается. Отец больной по профессии штукатур. Замкнутый, добродушный, неконфликтный, во всем слушается жену. Злоупотребляет алкоголем, в состоянии опьянения - веселый, говорливый. К дочери относится хорошо, всячески опекает, помогает.

Родной брат больной (старше на 2 года) страдает «паническими атаками, боится ездить в метро», имеет семью, работает.

Больная родилась в срок, от нормально протекавшей беременности. Ходить начала в 9 месяцев, говорить в 1 год, фразовая речь сформировалась в 1,3 г. Посещала ясли, детский сад. Росла стеснительным ребенком, боялась первой подходить к

сверстникам, но если приглашали, охотно шла на контакт. С 5 лет начала заикаться, очень переживала по этому поводу.

Большую часть времени общалась с братом, отношения были теплые. В школу пошла с 7 лет. В общении с одноклассниками проблем не возникало, но, ни с кем близко не дружила. При волнении, например отвечая у доски, начинала заикаться, в спокойной обстановке заикание проходило.

Предпочитала химию, биологию, очень не любила точные науки. Учиться не нравилось, училась на «3-4». После занятий время проводила в компании подруг, играла в куклы, подвижные игры. Нравилось находиться в компании брата, хотя тот неохотно знакомил ее со своими друзьями

. Менструации с 11 лет, безболезненные. В этом же возрасте отмечала преходящие «приступы дурноты, головокружения». Неврологом был поставлен диагноз «вегето-сосудистая дистония», после приема глицина приступы прошли. С 13 лет начала обращать внимание на лиц противоположного пола. В 16 лет впервые влюбилась, начала встречаться с молодым человеком.

Со слов больной «стала более уверенной в себе, перестала заикаться». Разрыв перенесла спокойно, сильно не переживала. После окончания школы поступила в педагогический институт. Учеба давалась легко, учиться нравилось.

Анамнез заболевания: в возрасте 21 года познакомилась с мужчиной, от которого забеременела, и под давлением родителей сделала аборт, о чем сильно жалела. На фоне данной ситуации отношения в семье резко ухудшились: практически не разговаривала с близкими. Нарушился ночной сон, ухудшилось настроение, перестала ходить в институт. Данное состояние продолжалось в течение 3 месяцев, появились мысли о самоубийстве. Испугавшись данного обстоятельства, больная самостоятельно обратилась в клинику для лечения.

Анализ наблюдения: В приведённом случае отчётливо прослеживается наличие у пациента длительного межличностного конфликта в условиях семьи. Данный факт подкрепляется психотравмирующей ситуацией потери ребенка. Несмотря на клинически очерченную депрессию пациентка с критикой относится к суицидальным идеям и самостоятельно ищет помощи.

В ходе работы было представлено сравнение микросоциальных особенностей в группе суицидентов и в контрольной группе. Согласно полученным результатам, лица

без суицидального поведения чаще жили в собственной семье (имели мужа/жену), не ощущали негативных эмоций при взаимодействии с супругом, были удовлетворены сексуальной жизнью, имели более высокую успеваемость в учебе и финансовый достаток, хорошо ладили с учебным и рабочим коллективам, имели друзей и стабильный круг общения (Таблица 21).

Таблица 21 Сравнение микросоциальных факторов в основной и контрольной группах.

	ОГ	КГ	p
Полнота семьи	83 74,1%	46 76,7%	0,712
Благополучность обстановки	71 63,4%	47 78,3%	0,044
Семейное положение			
холост	100 89,3%	49 81,7%	0,025*
разведен	5 4,5%	1 1,7%	
женат / замужем	7 6,3%	6 10,0%	
гражданский брак	0 0,0%	4 6,7%	
Наличие детей	3 2,7%	6 10,0%	0,067
Негативная ситуация в собственной семье	4 57,1%	0 0,0%	0,019*
Удовлетворенность сексом	77 68,8%	50 83,3%	0,038*
Достаток			
бедность	34 30,4%	4 6,7%	0,002*

	ОГ	КГ	p
средний	67 59,8%	47 78,3%	
высокий	11 9,8%	9 15,0%	
Работа	43 38,4%	21 35,0%	0,661
Успеваемость			
низкая	47 42,0%	3 5,0%	<0,001*
средняя	44 39,3%	36 60,0%	
высокая	21 18,8%	21 35,0%	
Отношения в коллективе			
плохие	32 28,6%	0 0,0%	<0,001*
нейтральные	47 42,0%	8 13,3%	
хорошие	33 29,5%	52 86,7%	
Друзья			
нет	30 26,8%	1 1,7%	<0,001*
несколько	51 45,5%	40 66,7%	
много	31 27,7%	19 31,7%	
Семейное положение			
холост	40 81,6%	60 95,2%	0,023*

	ОГ	КГ	р
разведен	5 10,2%	0 0,0%	
женат / замужем	4 8,2%	3 4,8%	

* - различия достигли статистически значимого уровня

Наиболее распространенным триггером суицида, называемым студентами (20,5%), явился конфликт «со значимым близким» из микросоциального окружения. Многие студенты говорили о «несчастной любви, непонимании со стороны родителей, ссорах с друзьями». Вот некоторые субъективные триггеры суицидальных действий, которые удалось выяснить в ходе беседы с лицами, совершившими суицидальную попытку (Таблица 22).

Таблица 22 Субъективные триггеры суицидального поведения студентов.

Триггер суицидального поведения	Абс.	%
Неопределенное тяжелое внутреннее состояние	26	23,21
Конфликт со значимым близким, в т.ч. несчастливая любовь	16 7	14,29 6,35
Учебные нагрузки	18	16,07
Адаптация в мегаполисе	9	8,04
Смерть близкого	4	3,57
Тяжелая болезнь	3	2,67
Прерывание беременности	3	2,67
Финансовые трудности	3	2,67
Конфликт с преподавателем ВУЗа	3	2,67
Сексуальное насилие	2	1,76
Развод родителей	2	1,76
Болезнь близкого	1	0,89

ГЛАВА IV. ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.

Основопологающей задачей данной работы явилось установление основных путей профилактики суицидального поведения среди студентов. Согласно данным ряда авторов суицидологическая помощь представляет собой является наиболее трудоемкий процесс во всей системе медико-социальной помощи населению [102, 131].

Оказание помощи при суицидальном поведении заключается в применении широкого комплекса мероприятий: фармакотерапии, психотерапии, социальной и психологической, а в отдельных случаях даже юридической поддержки [12].

По мнению Е.А. Панченко (2012) существуют значительные трудности в практической деятельности по предупреждению самоубийств в современной России [61]. Отмечается низкая обращаемость данного контингента больных к врачу-психиатру. Большинство пациентов предпочитают искать помощи у неврологов, терапевтов, психологов и психотерапевтов, зачастую игнорируя более компетентное психиатрическое звено, введу боязни и неоднозначного отношения современного общества к врачам данной специальности.

Профилактическую работу по предотвращению суицидов у разных возрастных групп принято подразделять на: универсальную, селективную и индикативную [150].

4.1 Универсальная профилактика суицидального поведения в ВУЗе

Целью универсальной профилактики является минимизация возможного возникновения суицидальной направленности среди студентов. Согласно современным представлениям формирования суицидального поведения и полученным результатам исследования, основные пути данного вида профилактики могут быть реализованы по следующим направлениям:

- Просветительская работа обучаемых студентов, их семей и преподавательского состава ВУЗа.

- Широкое освещение не самих суицидов, а проблем приводящих к социальной дезадаптации среди молодежи с привлечением средств массовой информации (телевидение, радио, социальные сети), институтов молодежной политики, лидеров молодежной субкультуры.
- Организация в структуре субъектов высшего профессионального образования специализированной службы, с последующим тесным взаимодействием с обучающимися, их семьями и преподавательским составом университета.
- Создание телефона доверия и специализированного интернет-ресурса, для анонимного консультирования студентов и их родственников.
- Санитарно-просветительская работа в условиях студенческих поликлинического звена.
- Вовлечение студентов в спортивно-оздоровительные мероприятия.
- Освещение негативных рисков для здоровья и общественное порицание употребления алкоголя и ПАВ.

4.2 Селективная профилактика суицидального поведения у студентов

Главной задачей профилактики данного типа является прицельное выявление студентов, имеющих биологические, патопсихологические, макросоциальные и микросоциальные предикторы суицидального поведения и предотвращение возможного или дальнейшего развития суицидальных тенденций.

4.2.1 Профилактика влияния биологических факторов

Говоря о профилактических мероприятиях, направленных на выявление биологических предикторов, необходимо остановиться на суицидоопасных периодах обучения в ВУЗе. По данным работы, таковыми являются первые и заключительные курсы обучения.

На первых курсах обучения необходимо особенно внимательно относиться к студента, ввиду возможной психосоциальной дезадаптации из-за учебных нагрузок. На последних годах обучения студент, переходя на иной «жизненный этап», сталкивается с новыми проблемами (обдумывание перспектив будущего; создание собственной и семьи и связанные с этим возможные межличностные конфликты).

В ходе исследования выявлено, что наследственная отягощенность психическими заболеваниями чаще встречается среди студентов с суицидальным поведением. Безусловно, наблюдение данной категории обучающихся необходимо. Стоит отметить, что, к сожалению, выявляемость наследственной отягощенности вне психиатрического звена может быть крайне низкой. Данному факту способствует субъективное отношение с чувством «стыда» у студентов и их родственников к проблеме психических заболеваний: зачастую данная информация утаивается учащимися и их близкими.

Актуальным является взаимодействие врачей общей практики, работающих в студенческом поликлиническом звене и специалистов суицидологов. Своевременная передача информации о хроническом инвалидизирующем заболевании студента врачу-суицидологу и вовлечение психотерапевта может сыграть решающую роль в предотвращении суицидальных действий.

4.2.2 Профилактика влияния патопсихологических факторов

Ведущее место в профилактике данного типа занимает структура личности студента и возможные психические расстройства.

Исследование личностных особенностей обучающихся, выявление сильных и слабых сторон личностного реагирования – важнейшая задача профилактики суицидального поведения у лиц молодого возраста. Для реализации данной задачи целесообразно проводить психологическое тестирование всех студентов, вовлеченных в образовательный процесс.

При выявлении сочетания личностных акцентуаций, способствующих возможному развитию суицидального поведения (ригидность и аффективность, педантичность и аффективность, возбудимость и циклотимичность), необходимо проводить динамическое наблюдение за данной группой обучающихся, для

своевременной психотерапии и обучения методам психологической разгрузки и контроля внутреннего состояния.

Согласно данным настоящего исследования, более чем в 90% случаев обследуемого контингента выявлялись те или иные психические расстройства. Интересно, что количество студентов, состоящих на диспансерном учете было ничтожно мало, около 11,6%. Исходя из современных взглядов на психиатрическую помощь, к сожалению, большое количество людей являются жертвами стигматизации данного направления медицины, зачастую опасаясь и считая зазорным обращаться к врачам данной специальности. (Таблица 23).

Таблица 23 Особенности оценки качества жизни и суицидального поведения у больных находящихся и не находящихся на диспансерном наблюдении

	Находился под наблюдением	Не находился под наблюдением	p
Физический компонент здоровья	46,9 [44,9; 53,0]	48,4 [49,1; 51,4]	0,414
Психический компонент здоровья	29,5 [27,7; 40,0]	35,9 [35,8; 39,4]	0,069
Желание умереть (в настоящем)	12 92,3%	73 73,7%	0,183
(в прошлом)	8 61,5%	19 19,2%	0,001*
Сдерживающие факторы (в настоящем)			
семья	2 15,4%	24 24,2%	0,514
нет	4 30,8%	45 45,5%	
страх остаться инвалидом	2 15,4%	9 9,1%	
религия	5 38,5%	20 20,2%	

	Находился под наблюдением	Не находился под наблюдением	p
творчество	0 0,0%	1 1,0%	
(в прошлом)			
семья	1 7,7%	7 7,1%	<0,001*
родители	0 0,0%	3 3,0%	
нет	6 46,2%	83 83,8%	
религия	4 30,8%	6 6,1%	
страх остаться инвалидом	2 15,4%	0 0,0%	
Истинная попытка (в настоящем)	7 53,9%	22 22,2%	
(в прошлом)	2 15,4%	4 4,0%	0,143
Несуицидальное повреждение (в настоящем)	0 0,0%	12 12,1%	0,354
(в прошлом)	0 0,0%	18 18,2%	0,123
Прерванные попытки (в настоящем)	1 7,7%	6 6,1%	0,589
(в прошлом)	2 15,4%	6 6,1%	0,233
Остановленная попытка (в настоящем)	4 30,8%	2 2,0%	0,002

	Находился под наблюдением	Не находился под наблюдением	p
Остановленные попытки (в прошлом)	3 23,1%	5 5,1%	0,049

* - различия достигли статистически значимого уровня

По отношению к лицам молодого возраста, страдающим психическими расстройствами необходимы следующие профилактические мероприятия:

- Своевременное выявление психического заболевания, проведение качественной психиатрической диспансеризации.
- Внимание к жалобам депрессивного характера, как к наиболее суицидоопасным проявлениям.
- Выявление и своевременное лечение психических расстройств.
- Просветительская работа родственников пациента о характере заболевания и возможном суицидальном риске.
- Госпитализация и лечение в условиях стационара лиц с суицидальными действиями.
- Тесное сотрудничество врача-психиатра (суицидолога) с психотерапевтами, психологами для своевременной реабилитационной работы со студентами и их родственниками.

Проблема злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами долгие годы интересует исследователей разных медицинских специальностей. В исследовании было доказано влияние частоты употребления психоактивных веществ на формирование суицидального поведения. Исходя из этого положения, можно сделать вывод о необходимости профилактики употребления ПАВ лицами молодого возраста. В структуре ВУЗа могут быть предложены следующие мероприятия:

- Профилактические лекции, направленные на просвещение молодежи о вреде употребления ПАВ, а так же о риске возникновения urgentных психических состояний на фоне приема наркотических средств.

- Просветительская работа с родственниками студентов, охватывающая разъяснения основных закономерности и признаков формирования алкогольной и наркотической зависимости.
- Психологическое анкетирование студентов для выявления признаков аддиктивного поведения.
- Регулярное биохимическое тестирование биологических жидкостей с целью определения маркеров употребления ПАВ.
- Своевременное диспансеризационное выявление и стационарное лечение болезней зависимостей с последующей медико-социальной реабилитацией.

4.3 Индикативная профилактика суицидального поведения

Основой индикативной профилактики являются мероприятия, осуществляемые по завершению периода активных суицидальных действий. Первостепенная задача профилактики данного вида – предотвращение возможных повторных суицидальных проявлений. Необходим постоянный мониторинг как медицинских так и социально-бытовых показателей жизни лиц, склонных к возможности повторить суицидальную попытку. Лишь пристальное наблюдение и тесное взаимодействие клиницистов между собой может позволить не допустить непоправимых последствий для жизни студента. Исходя из вышесказанного, представляется возможным сформулировать основные пути осуществления противосуицидальных мероприятий у лиц молодого возраста.

- Психотерапии и динамическое наблюдение врачом-психиатром лиц, страдающих психическим заболеванием для поддержания достигнутого терапевтического результата и профилактики рецидивов заболевания.
- Длительное наблюдение студента врачом психотерапевтом с целью повышения социальной адаптации и поддержания достигнутого психотерапевтического эффекта.

- Профессиональное взаимодействие медицинских работников различных специальностей (психиатр, психотерапевт) с лицами, проводящими психологическое консультирование данных больных, и с педагогическим составом высшего учебного заведения с целью разнонаправленного действия и всеобъемлющего охвата разных сторон жизни суицидента.
- Взаимодействие ближайшего микросоциального окружения и педагогического состава ВУЗа с психологами, психотерапевтами, психиатрами для создания наиболее благоприятной реабилитационной среды суициденту.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время проблема суицидального поведения признана общемировой. Суициды наносят огромный экономический, социальный и психологический урон современному обществу. Совершаемые суицидальные попытки регистрируются в различных возрастных группах, начиная от детской и заканчивая лицами старческого возраста.

Изучение проблемы суицидального поведения, выявление его клинических проявлений в различных возрастных группах, нахождение основополагающих предикторов и факторов имеет огромное значение в определении тактики предотвращения антивитаальных действий.

Проблема суицидов среди молодежи стоит в современной России особенно остро. Лица молодого возраста – это наиболее трудоспособный и перспективный пласт любого государства.

Если рассматривать студенчество как определенную группу, то можно выделить несколько ее характерных черт: это молодые трудоспособные люди, составляющие значительную часть населения страны, влияющие на ее демографическую ситуацию, получающие высокую квалификацию труда, которая позволит в будущем существенно увеличить интеллектуальный и производительный потенциал государства.

На данный момент достаточно много работ посвящено суицидальному поведению. Подробно рассмотрены аспекты формирования суицидальных тенденций в детском и подростковом возрасте. Даны основные характеристики суицидентов в среднем и пожилом возрасте.

В настоящее время имеется недостаток данных о клинических проявлениях и факторах формирования суицидального поведения у лиц молодого возраста, а в частности у студентов.

Целью работы стало своевременное выявление и предотвращение суицидального поведения у лиц молодого возраста.

В качестве основного материала. В качестве основного материала для исследования, были отобраны 172 студента. Исследование проводилось на базе кафедры

психиатрии и наркологии, НОКЦ «психическое здоровье», ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова, клиники психиатрии им. С.С. Корсакова; ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского», отделении кризисных состояний и психосоматических расстройств; ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, кризисно-психиатрического отделения ГКБ им. А.К. Ерамишанцева.

Обследованные лица молодого возраста были разделены на 2 группы, по принципу наличия или отсутствия суицидального поведения на момент проведения исследования или в прошлом. Таким образом, основную группу составили 112 студентов. Группа контроля включала в себя 60 обследуемых, у которых не регистрировалось никаких суицидальных проявлений.

В ходе работы было выявлено наличие всех основных общепринятых типов суицидального поведения у лиц молодого возраста:

- суицидальные мысли,
- суицидальные намерения;
- наличие суицидального плана;
- суицидальные приготовления;
- истинная попытка суицида;
- прерванная попытка суицида;
- остановленная попытка суицида;
- несуицидальное самоповреждение.

Выявлены основные предикторы суицидального поведения у студентов. Проведено распределение предикторов по следующим группам:

- Биологические;
- Патopsихологические;
- Макросоциальные;
- Микросоциальные.

При сравнении 2 групп достоверно установлены предикторы, способствующие возникновению суицидальных тенденций у лиц молодого возраста. Основными негативными обстоятельствами жизни явились: отягощенность по психическим заболеваниям; плохая психоэмоциональная обстановка в семье суицидента; неудовлетворенность сексуальной жизнью; низкий финансовый достаток; низкая

успеваемость в учебе; плохие межличностные отношения в рабочем или учебном коллективе, отсутствие друзей и близкого окружения; частые стрессовые ситуации; систематическое употребление ПАВ. К негативным личностным особенностям были отнесены акцентуированная аффективность, педантичность, демонстративность.

Меньший балл по пунктам физический компонент здоровья и психический компонент здоровья по шкале SF 36 так же явился негативным предиктором суицидального поведения.

При анализе возможности возникновения суицидальных попыток достоверно установлены предикторами: отсутствие собственной семьи; пробы канабиноидов (курительных смесей); отсутствие своевременного диспансерного наблюдения; наличие личностных акцентуаций; наличие психических заболеваний, имеющих в структуре депрессивный компонент (согласно рубрикам F31-F33, F43 по МКБ-10).

При использовании Колумбийской шкалы оценки тяжести суицида (C-SSRS), достоверно выявлено, что у студентов с суицидальными попытками балл по шкале «суицидальные идеи» и «интенсивность суицидальных идей» значительно выше балла, набранного студентами, не совершавшими суицидальной попытки.

Согласно полученным результатам, были определены основные пути профилактики суицидального поведения у лиц молодого возраста.

Профилактическая работа разделена на универсальную, селективную и индикативную.

В основу универсальной профилактики были положены принципы просвещения студентов, их родителей и преподавательского состав ВУЗов.

Проведение мероприятий селективной профилактики направлено на своевременное выявление патологических личностных форм, наличия психических и наркологических заболеваний с их последующей коррекцией и лечением.

Индикативная профилактика являет собой комплекс мер, принимаемых для контроля и поддержания медико-социальной адаптации суицидента, после завершения суицидальных действий.

Проведенное исследование подтвердило гипотезу о том, что формирование суицидального поведения у лиц молодого возраста – процесс полиэтиологичный и многофакторный. Доказана взаимосвязь биологических, патопсихологических и социальных предикторов с возникновением и трансформацией суицидальных

тенденций. Данное обстоятельство делает актуальной проблему комплексного подхода к предотвращению суицидального поведения у лиц молодого возраста.

ВЫВОДЫ

1. В ходе исследования изучены клинические варианты суицидального поведения, встречающиеся у студентов, и представлены его основные виды, наблюдающиеся у лиц молодого возраста (суицидальные мысли, суицидальные намерения; наличие суицидального плана; суицидальные приготовления; истинная попытка суицида; прерванная попытка суицида; остановленная попытка суицида);
2. Представлены современные психопатологические, личностные и социальные особенности лиц молодого возраста с суицидальным поведением. Выделенные предикторы суицидальности молодежи сгруппированы в 4 основных кластера: *биологический* (отягощенность наследственности по психическим заболеваниям; наличие хронических инвалидизирующих заболеваний), *патопсихологический* (личностные акцентуации; психические заболевания, употребление ПАВ), *макросоциальный* (финансовое благополучие; наличие внешних стрессов; низкое качество жизни), *микросоциальный* (психоэмоциональная обстановка в семье суицидента; неудовлетворенность сексуальной жизнью; успеваемость в учебе; межличностные отношения в рабочем или учебном коллективе, отсутствие друзей и близкого окружения).
3. По результатам работы установлено, что формирование суицидального поведения – биосоциальный, полиэтиологичный и многофакторный процесс. Выделены основные факторы формирования суицидального поведения и совершения суицидальной попытки, ведущими из которых являются личностная организация, интеллектуальный уровень студентов высших учебных заведений, а так же ситуационные особенности среды.
4. Пути профилактики суицидального поведения модифицированы с учетом особенностей исследуемого контингента и подразделены на 3 основных направления: универсальную (просвещение студентов, их родителей и

преподавательского состав ВУЗов), селективную (выявление личностных, психических и наркологических патологий с их последующей коррекцией и лечением), индикативную (контроль и поддержание медико-социальной адаптации суицидента, после совершения суицидальных действий).

СПИСОК ПЕЧАТНЫХ РАБОТ

1. Сумарокова М.А., **Самохин Д.В.** Сравнение противосуицидального действия различных групп нейролептиков у больных аффективно-бредовым синдромом// Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции «Аспирантские и докторантские чтения: Моделирование научного исследования – форсайт – технологии» - М. – 2013. С. 47-48
2. Хритинин Д.Ф., **Самохин Д.В.**, Назаров А.А. Сравнение суицидальных проявлений при терапии трициклическими антидепрессантами депрессий у лиц молодого возраста// Сборник материалов Двадцатого Российского Национальный Конгресса «Человек и лекарство» - М. – 2013. С 267-268
3. **Самохин Д.В.**, Мажаева О.В., Назаров А.А. Суицидальный риск у студентов медицинского ВУЗа// Сборник тезисов общероссийской конференции с международным участием совместно с Совещанием главных специалистов и Пленумом Правления Российского общества психиатров «Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии». – Самара – 2013 - С. 195- 196
4. Д.Ф. Хритинин, **Д.В. Самохин**, С.А. Гончарова, А.Ф. Николаева Употребление алкоголя как фактор, способствующий суицидальной активности у лиц молодого возраста// Сборник материалов Второго Молодежного Форума Медицинских наук «MedWays». – М. – 2013 – С.143
5. Е.П. Щукина, **Д.В. Самохин**, С.А. Гончарова, Е.О. Воронина Гендерные особенности суицидальных проявлений у студентов медицинского ВУЗа// Сборник материалов Второго Молодежного Форума Медицинских наук «MedWays». – М. – 2013 – С.144
6. Д.Ф. Хритинин, К.М. Бунькова, Е.П.Щукина, **Д.В.Самохин** Клинические особенности суицидального поведения студентов медицинского ВУЗа// **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.** - 2014, №1 - С. 21-26

7. **Самохин Д.В.**, Николаева А.Ф., Воронина Е.О. Редукция суицидальной симптоматики у больных первым депрессивным эпизодом при различных путях введения антидепрессанта// Сборник материалов XXI конгресса человек и лекарство. – М. – 2014 - С. 187-188
8. Хритинин Д.Ф., **Самохин Д.В.**, Бунькова К.М. Влияние личностных акцентуаций на риск суицидальных проявлений у студентов// Сборник материалов Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Современные пути развития психиатрии». – Тула – 2014 - 45-47
9. **Самохин Д.В.**, Хритинин Д.Ф., Зубарева О.В., Есин А.В. Особенности формирования суицидального поведения студентов// **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.** - 2015, №1 - С. 3-11
10. Хритинин Д.Ф., **Самохин Д.В.**, Гончарова Е.М. Суицидальное поведение в структуре депрессивных расстройств у лиц молодого возраста// **Сибирский вестник психиатрии и наркологии.** - 2015, №1(86), С. 9-15
11. **Самохин Д.В.**, Хритинин Д.Ф. Гендерные особенности суицидальной активности у лиц молодого возраста, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством// Сборник материалов XXII конгресса человек и лекарство. – М. – 2015 - С. 165
12. Хритинин Д.Ф., Паршин А.Н., **Самохин Д.В.** Ведущие факторы формирования и основные пути профилактики суицидального поведения студентов// **Сибирский вестник психиатрии и наркологии.** - 2015, №2(87), С. 71-75

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азарных Т.Д. Суицидальные идеации, посттравматические стрессы и акцентуации характера в юношеском возрасте. // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. 2013. – 19. – С.74-77
2. Амбрумова А.Г. Проблема суицида и превентивная суицидологическая служба. // Тр. Моск. НИИ псих.: Научн. и орг. пробл. суицидолог.,- 1983.- С. 7-20
3. Амбрумова А.Г. Психология самоубийств // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – 6(4). – С.14-20.
4. Амбрумова А.Г., Старшенбаум Г.В. О состоянии суицидологической службы в России // Материалы 12-го съезда психиатров России. - М., 1995. - С. 28-29.
5. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1981. – 203 с.
6. База данных ВОЗ. Здоровье для всех [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfadbf?language=Russian>
7. Бисалиев Р.В. Суицидальное поведение больных с аддиктивными расстройствами и созависимых родственников (клиника, лечение, реабилитация): диссертация доктора медицинских наук. М., 2011.- 283 с.
8. Бубнова Ю.С., Дорофейков В.В., Мазо Г.Э., Петрова Н.Н. К вопросу о механизмах развития депрессии при шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2012. –14(4). – С. 21-26.
9. Бузук С.А. Модель личностных особенностей, связанных с высоким суицидальным потенциалом у больных депрессией // Журнал ГрГМУ. 2010. - 4. – С.52-54
10. Васильев В.В., Ковалёв Ю.В., Имашева Э.Р. Суицидальные мысли при депрессивном синдроме. // Суицидология 2014. – 5(1). – С.30-35
11. Вассерман Д. Аффективные расстройства и самоубийство. // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств. - М., 2005. - С. 5465

12. Ваулин С.В. Суицидальные попытки и незавершенные суициды (госпитальная диагностика, оптимизация терапии, профилактика): дис. ... докт. мед. наук.-М., 2012, с.17-66.
13. Верещагина Н.В. Суицидальное поведение при психических расстройствах. Автореф. дис. ... канд. мед наук. - Новосибирск, 2003. - 20с.
14. Витер В.И., Прошутин В.Л., Дремина Н.А. с соавт. Системный подход к изучению проблемы самоубийства и перспективы его использования // Суд. мед. экспертиза.- М., 1997. №33. - С.39-40.
15. Вишневская О.А., Петрова Н.Н. Суицидальное поведение больных в ремиссии шизофрении. // Суицидология 2014. – 5(1). – С.35-41
16. Войцех В. Ф. К проблеме раннего прогноза суицидального поведения. Клинические Павловские чтения: Сб. работ. - Вып. V «Кризисные состояния. Суицидальное поведение». - СПб., 2002. - С.13-18
17. Войцех В.Ф. Суицидология. – М.: Миклош, 2007. – 280 с.
18. Войцех В.Ф. Факторы риска повторных суицидальных попыток. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. - 3. – С.14-21.
19. Войцех В.Ф., Белоусов П.В. Суицидальное поведение в структуре психосоматических расстройств // Психические расстройства в общесоматической медицине. - 2010. - 2. - С.20-22.
20. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http:// www.who.int](http://www.who.int)
21. Гишинский Я.Ю. Основные тенденции динамики самоубийства в России [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.narcom.ru/ideas/socio/28.html>.
22. Гилод В.М. Клинико-социальные и клинико-психопатологические характеристики вариантов суицидов у пациентов кризисного стационара. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2002. - 24с.
23. Гладышев М.В. Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в России (1990-2003 гг.): автореф. дис ... к.м.н. / Гладышев М. В. -М., 2006. - 18 с.

24. Гулин К.А., Морев М.В. Суицидальное поведение населения: факторы риска и возможности управления // Материалы XI международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества / Отв. ред. Е.Г. Ясин. - М.: "Издательский дом ВШЭ", 2011. с. 217-229
25. Гурин И.В., Агеев С.Е. Суицидальный риск у лиц, страдающих зависимостью от психоактивных веществ. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием: Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии. 16-17 июня 2005. - СПб. - С.138.
26. Давыденко А.Ф., Семенова Н.Б., Щеглова Ю.Н. и др. Организация кабинета «Телефон доверия» в структуре красноярского краевого психоневрологического диспансера №1 // Суицидология. 2011. - 2. – с. 48 - 49;
27. Дмитриева Т.Б. После ночи всегда наступает день / Т.Б. Дмитриева // Медицинский вестник. – 2009. – 3–4. – С. 4.
28. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения. // Вестник Российской Академии медицинских наук. - М., 2006. - 8. - С. 18-22
29. Дубравин В.И. Суициды в республике Коми (клинико-социальный и этнокультуральный аспекты) // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. 31с.;
30. Дубровская О.В. Психологические особенности учащихся и студентов подростково-юношеского возраста с наличием суицидальных мыслей в состоянии дезадаптации: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2004. – 20 с
31. Ефремов В.С. Основы суицидологии.-СПб., 2004, С.7-18
32. Ефремов В.С., Точилев В.А. Депрессия и суицид // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. СПб.: Из-во ВМедА, 2000. – С.35-38
33. Жерехова Е.М. Клиническая характеристика и типология суицидального поведения у больных шизофренией. // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Томск, 2002. - 19с
34. Зотов П.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. – СПб.: Речь, 2006. – 144с.

35. Зулкорнеева З.Р., Менделевич Д.М. Личностные особенности больных с органическим поражением головного мозга и психическими нарушениями с аутоагрессивным поведением // XIV Съезд психиатров России. 15-18 ноября 2005г. (Материалы съезда). - М., 2005. - С.439-440.
36. Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. М., 2000. 436 с.
37. Иванец Н.Н., Винникова М.А., Мохначев С.О., Гуревич Г.Л. Эффективность феварина (флувоксамина) в терапии алкогольной зависимости: результаты сравнительного клинико-катамнестического исследования. ~ Вопросы наркологии. 2007. -2, С.12-20.
38. Измайлова Н.Т. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике и некоторые аспекты их лечения // Медицина. - 2002. - 6. - С. 8688.
39. Измайлова Н.Т., Илешева Р.Г., Кудьярова Г.М. Особенности возрастного аспекта депрессивных расстройств. // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и психологии: Сборник научных трудов. Алматы, 2000. - С. 69-72
40. Калашникова С.М., Мельников Н.А. Студенты и суицид // Транзитивные процессы в российском обществе: гуманитарный и социальноэкономические аспекты: Сб. науч. тр. Вып. 1. – Воронеж: Центр.-Чернозем. кн. изд-во, 2006. – С. 60–64
41. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Пер. с англ. – М.: Медицина. – 1994. – 1200 с.
42. Кийченко Е.А., Михайличенко И.Н., Пурясова Е.Г. Характер обращений на «Телефон доверия» в периоды социальных кризисов (по материалам суицидологической службы Омской области) // Суицидология. 2011. - 1. – С.53 – 54;
43. Кинкулькина М. А. Депрессии при различных психических заболеваниях: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. - М., 2008. - 46 с.
44. Костюкова Е. Г. Арипипразол как средство аугментации при неэффективности терапии антидепрессантами у больных с большим депрессивным расстройством // Социальная и клиническая психиатрия. - 2010. – 20(3). - С.100-105
45. Крыжановская Л.А. Особенности суицидального поведения в США. // Социальная и клиническая психиатрия. - М., 2000. - 3. - С. 97-105.

46. Лапин И.А., Войцех В.Ф. Факторы риска повторного суицидального поведения женщин с умеренно выраженными и тяжелыми депрессивными расстройствами. 15 съезд психиатров России. 15-18 ноября, 2005. Материалы съезда. - Москва, 2005. - С.442.
47. Личко А.Р. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983, С. 255-258
48. Лобов Г.А. Аутоагрессивное поведение юношей призывного возраста (клинические характеристики и медицинское психиатрическое освидетельствование): дис. ... канд. мед. наук.-М., 2008, с.8-33.
49. Мельчихин С.И., Шайдукова Л.К. Суицидальные тенденции в структуре депрессивных расстройств у женщин, больных алкоголизмом, в ситуации одиночества. // Первый национальный конгресс по социальной психиатрии «Психическое здоровье и безопасность в обществе». (Научные материалы). -М., 2004. - С. 82-83.
50. Меньшиков Г.И., Никитин Л.Н. О суицидальном поведении у психически больных. // Первый Съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики, 29 июня – 1 июля 1995г.: Тез. докл. – Чебоксары, 1995. – С.57-58.
51. Морозов П.В. Суицидальность при депрессии: влияние генетических факторов и антидепрессантов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – 12(1). – С. 4-7.
52. Морозова Н.М. Проблема суицидов и психические болезни. // Аффективные расстройства в психиатрии и наркологии: Материалы 24 областной научно-практической конференции. – Пенза, 1995. – С.31.
53. Мосолов С. Н. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и лечение. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 384 с.
54. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Особенности профилактики суицидальных происшествий в Вооруженных Силах. //Очерки военной и экстремальной психиатрии. Часть II – СПб., 2011 – С.82-83.
55. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: Учеб. пособие для ВУЗов. М.: ГЭОТАР, 2004. – С 29-41

56. Олейчик И.В., Копейко Г.И., Баранов П.А. Особенности суицидального поведения при различных типах юношеских эндогенных депрессий. // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2013. -1. – С.4-11.
57. Опенко Т.Г., Чухрова М.Г. Самоубийство как многофакторное явление: системный анализ на примере популяции Новосибирска // Суицидология. – 2011. - 2. – С.32 – 38
58. Остроглазов В.Г., Лисина М.А. Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - М., 2000. - 6. - С. 18-20.
59. Пак Л.Л., Назаров К.Т., Тлеугарин К.Т., Новикова Л.И., Арыстанов Р.К., Можаяев В.А. К вопросу о клинике больных с суицидальными проявлениями. // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и психологии. - Алматы, 2000. - С. 84-86.
60. Палатов С.Ю., Лебедев М.А., Авдеева Т.И., Афонин Б.Б. Клинико-эпидемиологическое изучение суицидального поведения у призывников и военнослужащих срочной службы. – Основные направления научных исследований психиатрической клиники им. С.С. Корсакова: (Истор. и совр. аспекты): Сб. науч. тр. – М., 2000. – С.123-126.
61. Панченко Е.А. Клинико-социальные детерминанты, динамика, типология и дифференцированная профилактика суицидального поведения.-М., 2012, С. 4-17.
62. Панченко Е.А. Личностно-психологические детерминанты и типология суицидального поведения лиц, совершивших покушение на самоубийство. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2010, №12. С. 4-8.
63. Паршин А.Н. Суицид как развитие личности. // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. - С. 318.
64. Пашенко И.Е., Рыжкова М.Г., Левинсон А.Н. Клинико-социальные и психологические особенности аутоагрессивного поведения лиц, в прошлом перенесших черепно-мозговую травму. // Первый национальный конгресс по социальной психиатрии «Психическое здоровье и безопасность в обществе». (Научные материалы). - М., 2004. - С. 94
65. Пилягина, Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения. -Киев, 2004.

66. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2010. – 4. – С. 55-62.
67. Положий Б.С. Реформирование системы суицидологической помощи – необходимое условие совершенствования охраны общественного психического здоровья // Российский психиатрический журнал. – 2011. – 6. – С. 11–17.
68. Положий Б.С., Васильев В.В. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения больных с психическими расстройствами. // Пособие для врачей. – М., 2003. – 20с.
69. Положий Б.С., Панченко Е.А. Суицидальные попытки у больных с аффективными расстройствами. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2011, №4., С.11-15.
70. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – 1. – С. 8-12.
71. Посвянская А.Д. Суицидальные попытки у больных с депрессивными расстройствами. // Второй национальный конгресс по социальной психиатрии «Социальные преобразования и психическое здоровье» (Научные материалы). – М., 2006. – С.130-131
72. Разводовский Ю. Е., Дукорская О.Л., Дукорский В.В. Социальные и психопатологические корреляты парасуицида // Психиатрияю 2011 – 2. – С.24-31
73. Распопова Н.И. Механизмы формирования, клинические особенности и профилактика суицидального поведения у больных с психическими расстройствами: дис. ... докт. мед. наук.-М., 2012, с.12-59.
74. Руженков В. А., Руженкова В. В. Некоторые аспекты суицидального поведения учащейся молодежи и возможные пути предупреждения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. - 4 (67). – С.52-54
75. Скибина Г. А. Диагностика суицидального поведения при невротической депрессии / Скибина Г. А., Виноградова И. А. // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. - С. 319 - 320
76. Сотникова Ю.А., Баширова А.Р., Соколова Е.Т., Штарк Л.Э. Теоретико-экспериментальная модель изучения механизмов психологической защиты

- суицидентов. 15 съезд психиатров России. 15-18 ноября, 2005. Материалы съезда. - Москва, 2005. - С.447-448.
77. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005. – 376 с
78. Тювина Н.А., Балабанова В.В., Гончарова Е.М. Опыт применения сульпирида при эндогенных депрессивно-ипохондрических расстройствах непсихотического уровня. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика - 2012. № 1. С. 67-71.
79. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2012. № 2 (13)
[URL:http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php)
80. Хритинин Д.Ф. Лекции по психиатрии и наркологии – М.,2015, с.103-118.
81. Цукарзи Э.Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь Определение уровня суицидального риска с помощью Колумбийской Шкалы Оценки Тяжести Суицида (C-SSRS) // Современная терапия психических расстройств –М., 2011. №2. С.30-38
82. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки. – М.,2012, с.1-18.
83. Цыремпилов С.В., Главинский Р.Н., Дугарова О.Б. Определение групп риска развития суицида в среде студенческой молодежи. // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2009. – 2(66). – С. 199-201
84. Шустов Д. И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. - М.: Когито- Центр, 2005.-211 с.
85. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: Монография. Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
86. Abreu L.N., Lafer B., Vaca-Garcia E. et al. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician // Revista Brasileira de Psiquiatria. - 2009. - Vol. 31(3). - P. 271-280.
87. Andreassen A.J. Thoresen S., Mehlum L. Veterans from peacekeeping: evaluation of a follow-up programme. // Prehospital and Disaster Medicine - 2002 -Vol. 17.-P. 7

88. Auquier P., Lancon C., Rouillon F. et al. Mortality in schizophrenia // *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* - 2007. - Vol.16.(12). - P. 1308-1312.
89. Baca-Garcia E., Diaz-Sastre C., Ceverino A. et al. Suicide attempts among women during low estradiol/low progesterone states // *J. Psychiatric Research.* - 2010. - Vol. 44(4). - P. 209-214.
90. Bagge C.L., Sher K.J. Adolescent alcohol involvement and suicide attempts: toward the development of a conceptual framework // *Clin. Psychol. Rev.* - 2008. - Vol. 28(8). - P. 1283-1296
91. Bani-Fatemi A., Goncalves V.F. et al. Analysis of CpG SNPs in 34 genes: association test with sui-cide attempt in schizophrenia // *Schizophr Res.* – 2013. – Jul. – Vol. 147(2-3). – P. 262-268.
92. Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale of suicidal ideation. *J.Consult.Clin.Psychol.*, 1979; 47(2): 343-352.
93. Bertilsson L. CYP2D6, serotonin, and suicide - a relationship? // *Clin. Pharmacol. Ther.* - 2010. - Vol. 88(3). - P.304-305.
94. Besnier N., Gavaudan G., Navez A. et al. Clinical features of suicide occurring in schizophrenia (I). Risk-factors identification // *Encephale.* - 2009. - Vol. 35(2). - P. 176-181.
95. Brady J. The association between alcohol misuse and suicidal behaviour // *Alcohol.* - 2006. - Vol.41(5). - P. 473-478.
96. Burnley I.H. Socioeconomic and spatial differentials in mortality and means of committing suicide in New South Wales, Australia, 1985-91 // *Soc-Sci-Med.* - 1995 Sep. - V. 41, №5. – P.687-698
97. Bursztein C., Apter A. Adolescent suicide// *Current Opinion in Psychology.* 2008. Vol. 22(1).
98. Carballo J. J., Akamnonu C. P., Oquendo M. A. Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings // *Archives of Suicide Research.* - 2008. - Vol.12(2). - P. 93-110.

99. Cha B., Kim J. H., Ha T. H. et al. Polarity of the first episode and time to diagnosis of bipolar I disorder // *Psychiatry Investigation*. - 2009. - Vol. 6(2). -P.96-101.
100. Courtet P. Suicidality: risk factors and the effects of antidepressants. The example of parallel reduction of suicidality and other depressive symptoms during treatment with the SNRI, milnacipran // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* - 2010. - Vol. 7(6). - P. 3-8.
101. Crawford M.J. Suicide following discharge from in-patient psychiatric care. // *Advances in Psychiatric Treatment*. - 2004. - Vol. 10. - P. 434-438.
102. Enachescu C, Retezeanu A. Psychopathologic characteristics of the
103. Farand L., Chagnon F., Renaud J., Rivard M. Completed Suicides Among Quebec Adolescents Involved with Juvenile Justice and Child Welfare Services // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2004. – Vol. 34, N 1. – P. 24 – 35.
104. Freedenthal S., Vaughn M. G., Jenson J.M., Howard M. O. Inhalant use and suicidality among incarcerated youth // *Drug Alcohol Depend.* - 2007.-Vol.90(1). –P.81-88.
105. Gibbons R.D., Hur K., Bhaumik D.K., et al. The relationship between antidepressant medication and the rate of suicide. // *Arch. Gen. Psychiatry*. - 2005. -Vol. 62.-P. 165-172.
106. Giegling I., Moreno-De-Luca D., Calati R. et al. Tyrosine hydroxylase and DOPA decarboxylase gene variants in personality traits // *Neuropsychobiology*. - 2009. - Vol. 59(1). - P. 23-27.
107. Gunnell D., Lewis G. Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention // *The British Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 187, Sep. – P. 206 – 208
108. Hansen M., Rossow I. Gambling and suicidal behaviour // *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* - 2008. - Vol. 128(2). - P. 174-176.
109. Hawton K. Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour // *The British Journal of Psychiatry*. - 2000.-Vol.177.- P. 484-485.
110. Healy D. Harris M., Tranter R. et al. Lifetime study rates in the cause of treatment of schizophrenia in North Wales: cohorts for 1875-1924 and 1994-1998. // *British Journal of Psychiatry*. - 2006. - Vol. 188. - P. 223-228
111. Henden J. *Preventing Suicide: the Solution Focused Approach*. N.Y., 2008.

112. Henderson D., Hargreaves I., Gregory S., Williams J.M.G. Autobiographical memory and emotion in a non-clinical sample of women with and without a reported history of childhood sexual abuse. // *British Journal of Clinical Psychology*. - 2002. - Vol. 41. -P. 129-141.
113. Hor K., Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors // *J. Psychopharmacol.* - 2010. - Vol.24. - Suppl. 4. - P.81-90.
114. Hoyer E.H., Olesen A.V., Mortensen P.B. Suicide risk in patients hospitalised because of an affective disorder: a follow-up study, 1973-1993. // *J. Affect. Disord.* - 2004. - Vol. 78. - P. 209-217
115. Jagodic H.K., Agius M. et al. Psychopharma-cotherapy prescription and suicidal behavior // *Psychiatr Danub.* – 2013. – Sep; 25 Suppl. 2. – S. 324-328.
116. Johnson F. W., Gruenewald P. J., Remer L. G. Suicide and alcohol: do outlets play a role? // *Alcoholism, Clin. & Experimental Research*. 2009. - Vol. 33(12). - P. 2124-2133.
117. Joiner T.E., Rudd M.D. Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2000. - 68. – P.909-916.
118. Kim D. S., Kim H. S. Early initiation of alcohol drinking, cigarette smoking, and sexual intercourse linked to suicidal ideation and attempts: findings from the 2006 Korean Youth Risk Behavior Survey // *Yonsei Medical J.* - 2010. - Vol. 51(1). - P. 18-26.
119. Lader M. Limitations of current medical treatments for depression: disturbed circadian rhythms as a possible therapeutic target // *Eur. Neuro- psychopharmacol.* - 2007. - Vol.17. - P.743-755.
120. Mathews D.C., Richards E.M. et al. Neurobiological aspects of suicide and suicide attempts in bipolar disorder // *Trans Neurosci.* – 2013. – Vol. 4(2).
121. Meehan J., Kapur N., Hunt I.M., Turnbull P., Robinson J., Bickley H., Parsons R., Flynn S., Burns J., Amos T., Shaw J., Appleby L. Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge: National clinical survey // *The British Journal of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 188, Feb. – P. 129 – 134.
122. Middleton N., Gunnell D. Trends in suicide in England and Wales // *British Journal of Psychiatry*. - 2000. - Vol. 176. - P. 595.

123. Mishara B.L., Houle J. Le role des proches dans la prevention du suicide// Perspectives Psy. 2008. Vol. 47.(4)
124. Mrazek pB, Haggerty rJ, editors. reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington (dc): national Academies press; 1994. – P.23-34.
125. Neeleman J., de Graaf R., Vollebergh W. The suicidal process prospective comparison between early and later stages // Journal of Affective Disorders. – 2004.- 82.- P.43-52
126. O'Connor R., Platt S., Gordon J. Introduction// International Handbook of Suicidal Prevention: Research, Policy, and Practice/ Eds. by R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon. Oxford, 2011.
127. Obafunwa J.O., Busuttil A. Deaths from substance overdose in the Lothian and Borders region of Scotland (1983-1991) // Hum-Exp-Toxicol. - 1994. -V.13,N6.- P.401-406.
128. Oldman J.M. Borderline Personality Disorder and Suicidality // American Journal of Psychiatry. – 2006. - 163. - P.20-26
129. Oquendo, M.A., Halberstam, B., Mann, J.J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In: First , M.B. (Ed.), Standardized Assessment for the Clinician. APPI, Washington, D.C. 2003 - 53 - 75.
130. Osby U., Brandt L., Correia N. et al. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden // Arch. Gen. Psychiatry. - 2001. - Vol. 58. -P. 844-850
131. Pallis D.J. Clinical problems in assessing suicide risk // Suicide: Biopsychosocial Approaches: Book of Abstracts, Athens, 16-19 May 1996. - Athens, 1996.-P.23.
132. Paris J. Is Hospitalization Useful for Suicidal Patients with Borderline Personality Disorder? // Journal of Personality Disorders. – 2004. – Vol. 18(3). – P. 240 – 247.
133. Pompili M., Girardi P., Ruberto A. et al. Toward a new prevention of suicide in schizophrenia // Wld. J. Biol. Psychiat. - 2004. - Vol. 5(4). - P. 201-210
134. Pompili M., Serafini G., Innamorati M. et al. Suicidal behavior and alcohol abuse // Int. J. Environ Res. Public Health. - 2010. - Vol. 7(4). - P. 1392-1431.

135. Popova N.K., Kulikov A.V. Targeting tryptophan hydroxylase 2 in affective disorder // *Expert Opin. Ther. Targets.* - 2010. Vol. 14(11). - P.1259-1271.
136. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's presuicidal syndrome // *Rom-J-Neurol-Psychiatry.* - 1992 Apr-Jun. - V.30, N2. -P.141-146.
137. Rodham K., Hawton K., Evans E. Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self cutters in a community sample of adolescents // *Journal of the American Academy of Child Adolescents Psychiatry.* – 2004. - 43. - P.80-87.
138. Rossier Y. Le débat suisse sur les organisations d'aide au suicide // *Etudes.* 2012. T. 416(2).
139. Roy A., Roy M., Janal M. Suicide attempts and ideation in African- American type 1 diabetic patients // *Psychiatry Res.* - 2010. - Vol. 179(1). - P.53-56.
140. Saiz P. A., García-Portilla M. P., Paredes B., Arango C. et al. Association between the A-1438G polymorphism of the serotonin 2A receptor gene and nonimpulsive suicide attempts // *Psychiatric Genetics.* - 2008. - Vol. 18(5).-P. 213-218.
141. Sakinofsky I. Repetition of suicidal behavior // *The international Handbook of Suicide and Suicidal Behavior / Eds. K. Hawton, K. van Heeringen.* Chishester: Wiley. – 2000
142. Seeman M.V. Suicide among women with schizophrenia spectrum disorders // *J. Psychiatr. Pract.* - 2009. - Vol.15(3). - P.235-242.
143. Segal N.L. Suicidal behaviors in surviving monozygotic and dizygotic co-twins: is the nature of the co-twin's cause of death a factor? // *Suicide Life Threat. Behav.* - 2009. - Vol. 39(6). - P. 569-575.
144. Simon R.I. Suicide risk assessment: is clinical experience enough? *J.Am.Acad.Psychiatry Law*, 2006, 34: 276-278.
145. Stanley E.J., Barter J.T. Adolescent suicidal behavior // *American Journal of Orthopsychiatry.* – 1970. – Vol. 40(1). – P. 87–96.

146. Suda A., Kawanishi C., Kishida I. et al. Dopamine D2 receptor gene polymorphisms are associated with suicide attempt in the Japanese population // *Neuropsychobiology*. - 2009. - Vol. 59(2). - P. 130-134.
147. Videtic A., Zupanc T., Pregelj P. et al. Suicide, stress and serotonin receptor 1A promoter polymorphism -1019C>G in Slovenian suicide victims // *Eur. Arch. Psychiatry and Clin, neuroscience*. - 2009. - Vol. 259(4).-P. 234-238
148. Wasserman D., Terenius L. The role of genetics in promoting suicide prevention and the mental health of the population. Preface. // *Eur. Psychiatry*. - 2010. - Vol. 25(5). - P.249.
149. Welch S. S. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population // *Psychiatric Services*. — 2001. — Vol. 52.(3). — P. 368–375.
150. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative // Geneva,2014.- P. 14-46

Список использованных сокращений

ВУЗ – высшее учебное заведение

КГ – контрольная группа

МКБ – международная классификация болезней

ОГ – основная группа

ПАВ – психоактивное вещество

ПНД – психоневрологический диспансер

- 18. Друзья:** много, несколько, нет
- 19. Стрессовые ситуации:** много, средне, очень редко, нет
- 20. Употребление ПАВ** (_____): систематически, умеренно, очень редко, пробы (_____), никогда
- 21. Наблюдение в ПНД:** да, нет
- 22. Кол-во госпитализаций:** (___), первое обращение
- 23. Критика к болезни:** есть, формальная, нет
- 24. Настрой на улучшение состояния:** есть, нет, индифферентное отношение