СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ – ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.А. Розанов, Г.А. Прокопович, А.Н. Лодягин, А.Г. Синенченко

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»,
г. Санкт-Петербург, Россия
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург, Россия

RECENT MODELS EXPLAINING SUICIDAL BEHAVIOURS IN ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS: IMPORTANCE FOR HEALTH CARE

*V.A. Rozanov, G.A. Prokopovich,
A.N. Lodiagin, A.G. Sinenchenko*

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia
North-Western State Medical University Named after I.I. Mechnikov
Saint-Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency
Medicine, Russia

Информация об авторах:

Розанов Всеволод Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Место работы и должность: профессор кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6. Телефон: +7 (953) 374-11-41, электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

Прокопович Галина Анатольевна – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 5985-3715). Место работы и должность: ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова». Адрес: Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. телефон: +7 (911) 121-44-35, электронный адрес: galinapro1@rambler.ru

Лодягин Алексей Николаевич – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 4886-8890; Researcher ID: O-1766-2014; ORCID iD: 0000-0002-8672-2906). Место работы и должность: руководитель отдела клинической токсикологии ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе». Россия, 192242, г. Санкт-Петербург, Будапештская ул., 3, лит. А; профессор кафедры токсикологии, экстремальной и водолазной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова». Адрес: Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. Телефон: +7 (911) 752-23-37, электронный адрес: alodyagin@mail.ru

Синенченко Андрей Георгиевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 6059-1125; Researcher ID: P-9101-2016; ORCID iD: 0000-0003-2815-3108). Место работы и должность: руководитель отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе». Россия, 192242, г. Санкт-Петербург, Будапештская ул., 3, лит. А. Телефон: +7 (906) 229-12-74, электронный адрес: andreysin2013@yandex.ru

Суицидальное поведение подростков и молодых взрослых является одним из видов девиантного поведения и серьезной проблемой общественного здоровья. Практическое здравоохранение сталкивается с суицидальными попытками среди молодых людей, значительная часть которых поступает в отделения токсикологической реанимации. В обзоре обсуждаются современные модели суицидального поведения в молодом возрасте с акцентом на нейробиологические механизмы. Знание и понимание этих моделей позволит врачам общей практики, врачам реаниматологам, токсикологам, представителям других медицинских специальностей лучше понимать психологию и поведение молодых суицидентов, и облегчит взаимодействие с психиатрами и клиническими психологами в условиях стационаров.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, молодой возраст, модели суицидального поведения, стресс-уязвимость, нейробиологические механизмы, практическое здравоохранение

Суицидальное поведение в девиантологии рассматривается как частный случай аутодеструктивного поведения, куда включают различные формы прямого и непрямого саморазрушения (рискованное поведение, различные виды аддиктивного поведения с тяжелыми последствиями для физического и психического здоровья, фанатизм, виктимность и т.д.) [1, 2]. Девиантология – комплексная междисциплинарная область знаний, использующая как эффективные (медицинские, социологические,

психологические), так и философские и этические концепции. Ключевым понятием в девиантологии является понятие «нормы» и социальной приемлемости поведения, что неминуемо предусматривает моральные и этические оценки. Как только оценки такого рода исчезают (а такие попытки постоянно происходят, когда пытаются те или иные девиации обсуждать «непредвзято», или в контексте «свободы личности»), то становится возможным оправдать любую девиацию.

К счастью, относительно суицидов среди подростков и молодых людей, учитывая трагизм ситуации, такой подход неприемлем и серьёзного распространения не находит. Однако следует признать, что суицидология выходит за пределы девиантологии и является самостоятельной дисциплиной, имеющей свои медицинские, психологические и социальные аспекты. Суицид отличается целым рядом особенностей, в этом событии слишком много страданий, психической боли и других проблем личности. Поэтому наряду с общественным осуждением и неприятием основными религиями (что является важным условием так называемого внутреннего антисуицидального барьера, а значит, и предупреждения), суицидальное поведение одновременно требует достаточного уровня эмпатии со стороны окружения. Это особенно ярко проявляется при столкновении с суицидальной попыткой подростка или молодого человека (в современном мире инфантилизм растёт, и раздаются голоса, предлагающие «удлинить» период юношества до 24 лет, иногда называя это «периодом продолженного взросления»).

В случае попытки, то есть «нефатального» суицида, во врачебной среде стараются дифференцировать так называемые «истинные» и «демонстративно-шантажные» попытки среди молодых людей. Критериями часто выступают степень тяжести самоповреждения (более объективный критерий) или оценки, опирающиеся на понимание мотивов и осознанности суицидальных действий (субъективный критерий). Врачи-реаниматологи и медперсонал отделений, куда в основном поступают подростки и молодые люди в состоянии интоксикации (около 80% попыток в этой возрасте – это самоотравления), а также психиатры – консультанты этих отделений в этом смысле оказываются «на передовой». Им приходится в беседе с пациентом выяснять обстоятельства и мотивы самоповреждений, квалифицируя эти действия как суицид или как несчастный случай. В то же время, номенклатура, дефиниции и критерии различных видов суицидального поведения сложны и запутаны, многие понятия взаимно перекрываются (например, парасуицид и суицидальная попытка, аутоагрессивное и суицидальное поведение, и т.д.) и в самой суицидологии по этому поводу идут дискуссии [3]. Это создаёт дополнительные трудности в практической деятельности врача. В этом контексте, как нам представляется, больше пользы могут принести теоретические модели суицида – схемы, объясняющие это явление, построен-

ные на основе биологических, психологических и социальных факторов риска суицида. Схемы всегда остаются неполными и не могут охватить всю сложность этого человеческого явления, но, тем не менее, дают определённые ориентиры. Это послужило основанием для написания настоящей статьи, которая стала результатом обсуждения этих вопросов в аудитории анестезиологов-реаниматологов токсикологического направления и возникшего затем сотрудничества.

Подростковые суициды как глобальная проблема.

Во многих странах мира среди самой молодой части населения в последние десятилетия наблюдается рост суицидов [4]. Данная тенденция, естественно, вызывает тревогу и озабоченность в обществе – как объяснить снижение индексов среди взрослых, и одновременно повышение (или отсутствие снижения) среди подростков? Ещё одна особенность – в молодом возрасте на 1 смертельный случай суицида приходится около 100 случаев суицидальных попыток различной степени тяжести. Суицидальные попытки на популяционном уровне учитывать намного сложнее, это требует скоординированных действий всей системы здравоохранения, правоохранителей и социальных служб, поэтому соотношение завершённых суицидов и попыток – это всегда оценочное суждение. В то же время, именно с молодыми людьми, совершившими попытки, приходится сталкиваться врачам.

В общественном сознании и в медицинской традиции подростковый и молодой возраст всегда рассматривался как наиболее благополучный и счастливый период развития человека, полный надежд и жизненных планов, связанный с высокой адаптивностью, здоровьем и эффективным развитием. Однако за последние 40-50 лет эта точка зрения постепенно уходит в прошлое, и этот период жизни всё чаще рассматривают как наполненный повышенными рисками для здоровья, характеризующийся нестабильностью психических состояний, и только впоследствии сменяющийся более стабильным периодом взросления. Журнал *Nature* в редакционной статье в 2018 г. призвал к более глубокому изучению подросткового периода жизни с самых разных позиций – биологических, медицинских, психологических и поведенческих, в основном с той точки зрения, что этот период жизни во многом предопределяет, как сложатся последующие периоды – взросление, зрелость и даже старение [5]. Соответственно, необходим взвешен-

ный и очень внимательный подход к суицидальному поведению и психическому здоровью подростков и молодежи.

Подросток и молодой человек в настоящее время испытывает высокий уровень субъективно ощущаемого стресса, что обусловлено комплексом факторов, среди которых конфликты, одиночество, нарастающий разрыв между родителями и детьми, засилье потребительства, пропаганда гедонизма и индивидуализма. В значительной степени это связано с различными социально-экономическими процессами, к негативным сторонам которых общество, система образования и другие структуры ещё не сумели выработать иммунитета [4]. Проблема суицида среди подростков активно обсуждается в отечественной литературе с самых разных позиций – медицинских (психиатрических), социальных и психологических [6-8]. Морев М.В. и Шматова Ю.Е., в частности обсуждают суицидальное поведение в детско-подростковой среде с позиций качества человеческого потенциала и обращают внимание на то, что оно несёт в себе три угрозы: социально-психологическую, демографическую и экономическую [6]. Положий Б.С. анализирует распространённость подростковых суицидов на региональном уровне и подчёркивает, что индексы суицидов среди подростков в целом ранжируются в таком же порядке, что и «взрослые» суициды, что говорит о культурной обусловленности суицидального поведения [7]. Хуснутдинова З.А. обсуждает факторы риска подросткового суицида, половозрастные различия и роль аддикций [8]. Количество публикаций по данной тематике в России исчисляется тысячами, в то же время в патогенезе подростковой суицидальности, на наш взгляд, недостаточное внимание уделяется роли биологических факторов. В то же время, биологические факторы, генетические и нейробиологические механизмы, понятные во врачебной среде, весьма логично объясняют подростковый суицид. К тому же, в молодом возрасте их роль, скорее всего, значительнее, чем в более поздние периоды, когда растёт значение «усталости от жизни», осознания своих ограниченных перспектив и волевых решений.

Стресс-уязвимость – базовый биологический конструкт суицида.

В последнее время в литературе обсуждаются несколько моделей, направленных на осмысление феномена подросткового суицида, которые, так или иначе, включают в себя биологический (в том числе, генетический) компонент. Все они основаны на био-психо-

социальной парадигме. Для понимания суицида в раннем периоде жизни наиболее продуктивны модели стресс-уязвимости, обсуждающие взаимодействие биологических (генетических), психологических, поведенческих и стрессовых (социальных) факторов, как полагают, при участии эпигенетических механизмов [9, 10]. Согласно модели стресс-диатеза Дж. Манна самоубийство наиболее вероятно тогда, когда имеет место конституционная предрасположенность, повышенная чувствительность к стрессу, проявляющаяся в более высокой вероятности возникновения его повреждающего, разрушающего психическое здоровье действия. Сама концепция строится на простой идее о том, что многие люди испытывают влияние различных социальных стрессоров, но очень незначительная их часть совершает суицидальные действия [9]. Дж. Манн также последовательно отстаивает точку зрения о том, что суицидальное поведение является самостоятельным видом поведения со своими биологическими механизмами. Эта точка зрения базируется главным образом на том факте, что самоубийства происходят при самых различных психических расстройствах, а не только, к примеру, при депрессии, когда суицидальные тенденции и действия являются характерным симптомом.

Вторая модель, признающая стресс уязвимость как ведущий фактор суицидальности, – это модель Д. Вассерман. Отличительная черта этой модели в том, что в её основе лежат представления о «суицидальном процессе», в ходе которого суицидальные мысли, коммуникации, попытки и завершённый суицид составляют некий континуум [10]. Суицидальный процесс включает в себя разнообразные события и явления, как видимые, так и скрытые от внешнего наблюдателя, начиная от смутного желания умереть или более определённых суицидальных мыслей и планов, до суицидальных коммуникаций, попыток и завершённого самоубийства. Все эти события происходят в контексте двух важнейших факторов – факторов риска и протективных факторов, баланс между которыми имеет решающее значение для вероятности того или иного суицидального проявления. Стресс-уязвимость в данной модели противопоставляется стресс-устойчивости, ведущими компонентами которой также являются биологические механизмы, в наиболее общем виде представленные как генетические predispositions и качества, приобретённые в результате прохождения ранних периодов развития, но с положительным знаком [10].

Стресс-уязвимость – это та биологическая основа, на которой базируются многие модели для понимания суицида в молодом возрасте. Она может найти своё выражение в виде различных психологических, психиатрических, поведенческих и когнитивных проявлений. Стресс-уязвимость – относительно новый концепт, возникший под влиянием генетических исследований суицидального поведения во второй половине и в конце прошлого века. Многие выдающиеся модели суицида, например, концепция «инстинкта смерти» З. Фрейда, модель «психической боли» Э. Шнейдмана, модель социально-психологической дезадаптации личности в условиях конфликта А.Г. Амбрумовой, модель «саморазрушающего поведения» Фарбероу развивались без учёта этого концепта. Они очень широко представлены в различных руководствах по суицидологии и хорошо известны. Мы остановимся на самых современных моделях, появившихся в последние десятилетия.

Ведущие модели суицидального поведения в молодом возрасте.

Так, Дж. Бридж, Т. Гольдштейн и Д. Брент рассматривают подростковый и молодёжный суицид как следствие совокупности социокультурных, психиатрических, психологических, семейных и биологических факторов [11]. Суицидальное поведение имеет шансы проявиться при наличии двух основных неблагоприятных факторов: высокой выраженности аффективных расстройств и склонности к импульсивной агрессии (оба фактора имеют генетическую основу и испытывают сильное влияние генов). В формировании суицидального поведения имеет значение вся семейная история и траектория развития личности. До наступления пубертата наиболее важны семейные факторы, например, наличие аффективных расстройств у одного или обоих родителей. Постоянное пребывание ребёнка в таких условиях приводит к «выученному нейротизму» и повышенной тревожности, что часто сопровождается ощущением беспомощности. Если родители регулярно демонстрируют импульсивную агрессию и раздражительность в качестве ответной реакции на фрустрирующее событие, дети также осваивают этот паттерн поведения. Суицидальные попытки у родителей являются наиболее сильным предиктором суицидальности у детей. Ребёнок, а затем подросток и молодой взрослый из такой семьи, чаще указывает на появление суицидальных мыслей в раннем возрасте [11]. Следует отметить, что в данном случае может иметь место пассивная

ковариация генов и среды, когда общие гены и среда дополняют друг друга [12].

В период взросления вступают в действие другие механизмы. Суицидальные мысли (характерные для юношеского периода с его исканиями смысла жизни и себя) перерастают в суицидальную попытку или суицид под воздействием стрессоров (межличностный конфликт, потеря значимых отношений, потеря близкого человека, социальный конфликт, проблемы с законом, проблемы в школе или университете, и т.д.) и облегчающих факторов, куда можно отнести алкоголь, психоактивные вещества, доступность информации о самоубийстве и наличие средств самоубийства. В качестве защитных факторов авторы выделяют устойчивые семейные связи, наличие позитивных социальных отношений, благоприятную академическую ситуацию, наличие увлечений, религиозные и культурные убеждения [11].

Интерперсонально-психологическая теория (Т. Джойнер) трактует суицид как следствие сочетания трёх факторов: 1) потери принадлежности, брошенности, одиночества, 2) восприятия себя как бремени для семьи, общества, близких друзей и 3) приобретённой сниженной чувствительности к боли. Брошенность (потеря ощущения принадлежности) и одиночество являются наиболее сильными предикторами суицидальных намерений, попыток и завершённого суицида. Восприятие себя как бремени для семьи – второй ключевой фактор СП. Некоторые родительские послания (прямые или косвенные), интерпретируются подростком как то, что он не нужен семье, и всем было бы лучше, если бы его не было. В восприятии себя как бремени входят убеждение в своей ущербности и мысли собственного неприятия и самоуничтожения, вплоть до ненависти к себе [13].

Томас Джойнер обратил внимание на то, что психологических составляющих, являющихся основой желания смерти (или, как некоторые авторы подчёркивают, нежелания жизни, поскольку смерть как категория в молодом возрасте не вполне сформирована в сознании) недостаточно для совершения суицида, то есть необходимы факторы, которые обеспечат возможность его совершения. Отвечая на вопрос «почему люди убивают себя» он приходит к довольно простому выводу – «потому что они хотят и могут это сделать». Помимо доступности средств суицида, в его теории фактором возможности может стать приобретённая сниженная чувствительность к боли. Чтобы закончить с собой, человек должен потерять не-

которую долю страха, связанного с болью и смертью. В раннем возрасте этот страх может быть ослаблен в силу психологических особенностей возраста, а под влиянием среды может развиться повышенная толерантность к физической боли. В современном мире, применительно к подросткам и молодым людям, это может быть опыт неоднократного перенесения сильной боли (самоповреждения, рискованное поведение – характеристики с сильным влиянием генов), а также привыкание к сценам насилия и жестокости (СМИ, телевидение, видеофильмы, интернет, компьютерные игры, связанные с убийством и насилием, и т.д.) [13]. Одним из дополнительных факторов, усиливающих ощущение одиночества, может стать виртуализация общения, связанная с тем, что молодые люди более других возрастных групп вовлечены в социальные сети. Это своеобразное «одиночество среди сотен друзей» является современным веянием, при том, что любые конфликты в этом виртуальном мире наносят вполне реальный ущерб.

Одна из теорий (Девид Лестер) в попытке объяснить суицид у подростков и молодёжи широко использует такое понятие, как «субкультура». Потребность в переходе в определённом возрасте от тесных отношений с родителями и семьей к новым отношениям со сверстниками реализуется через формирование групп по интересам. При этом подростки объединяются по принципу общих целей и в силу близких психологических характеристик. Такие группы часто сводят вместе депрессивных, агрессивных, тревожных людей, лиц с акцентуациями или с признаками аффективных расстройств. В этом свою роль может сыграть то, что все они имеют схожие, в том числе, генетически обусловленные характеристики. Постепенно эти психологические характеристики могут, в результате взаимного подкрепления, усиливаться (позитивная ковариация и взаимодействие генов и среды) [14].

Разрастание группы до формата субкультуры происходит при условии формирования групповых ценностей, которые становятся для подростка личными ценностями и через некоторое время воспринимаются уже как собственные желания [14]. Теория Лестера частично объясняет возникновение таких современных течений, как суицидальные игры в социальных сетях. Виртуализация суицида, принадлежность к «особой» группе, постепенное усугубление негативного эмоционального состояния у неустойчивого подростка, навязывание ему некоей системы ценностей в виде сво-

да правил, о которых нельзя рассказывать взрослым, обстановка таинственности, постепенное повышение сложности заданий, воздействие страхом, манипулятивные техники и при этом нарушения сна (что сопровождается снижением волевых возможностей и ослаблением критики), может действительно довести подростка до суицида. Для более старшей возрастной группы субкультура часто связана с принадлежностью к фанатским группам, увлечённым определённым течением в музыке, спорте, или политике. Стоит кому-то из лидеров такого движения совершить самоубийство (что нередко бывает, учитывая то, что такие движения привлекают акцентуантов или лиц с психологическими проблемами, аддиктов и т.д.), среди молодых последователей могут произойти подражательные самоубийства. Так, в частности, было с ситуацией вокруг самоубийства фронтмена группы Нирвана Курта Кобейна в 1994.

Несколько особняком стоят модели преимущественно когнитивного направления. Модель суицидального поведения подростков и молодых людей Аарона Бека основывается на когнитивной теории, разработанной им в 1960-1980 гг. для взрослых [15]. Центральным конструктом этой теории является безнадежность как пессимистический взгляд на будущее. В этом смысле концепция Бека, на первый взгляд, менее всего обсуждает биологические факторы. Подростковый или молодёжный суицид в рамках этой теории рассматривается как следствие сочетания четырех факторов. Первый фактор – «Окружение» (стрессовые жизненные события, исключительно требовательная семья с высоким уровнем перфекционизма); второй – «Негативная мысленная триада»: негативное отношение к себе, к своему будущему, к миру; третий – «Когнитивная ригидность»: неспособность видеть альтернативные пути решения проблемы, оценивать плюсы и минусы различных вариантов; четвертый – «Ошибки мышления»: определённый тип обработки информации и интерпретации повседневных событий, восприятие некоторых событий как жизненной катастрофы, чёрно-белое и туннельное мышление [15]. Эти факторы могут быть присущи любому возрасту, но в молодости могут проявляться особенно ярко.

Согласно данной модели, при действии внешних факторов, связанных с процессами развития и социализации, у молодого человека постепенно формируется определённый ригидный тип мышления. Такому мышлению свойственен негативный взгляд на себя, окружающих и свое будущее. Поддержанию этих уста-

новок способствуют «ошибки мышления», которые не позволяют преодолевать свои негативные оценки (себя, ситуации, своих перспектив). Попадая в стрессовые ситуации, такой подросток не в состоянии найти продуктивный выход из них, и в результате оказывается под воздействием стойких и сильных негативных эмоций. Эмоции страха перед наказанием запускают определённые поведенческие паттерны, например, избегание контакта со взрослыми. Молодой человек легко попадает в порочный цикл «мысли – эмоции – поведение», усугубляет свое состояние, пока не возникнет ощущение безнадежности, отсутствия выхода из сложившейся жизненной ситуации. На этой стадии вполне возможна фиксация на мысли, что суицид – единственное решение проблемы («туннельное видение», охваченность идеей, что «выхода нет»). Такому мышлению способствует определенный культурный стиль, порой присущий молодежи, когда негативизм, депрессивность, ирония и разрыв с традициями создают дополнительные сложности в выстраивании будущего.

Данная модель по-иному воспринимается с учётом новейших данных, касающихся возможных механизмов когнитивных нарушений. Многие наблюдаемые нейропсихиатрические и нейробиологические особенности суицидальных подростков и молодых людей могут быть, в том числе, обусловлены различными дисбалансами в процессе развития и становления мозговых структур (прежде всего префронтальной коры, гиппокампа и миндалин), возникающими под влиянием стресса ранних периодов жизни. Это сопровождается нейрокогнитивными отклонениями, ошибками мышления, личностными деформациями, особенностями реагирования на стрессовые ситуации и другими характеристиками, которые повышают риск психопатологий и суицидального поведения [16].

Анализ перечисленных моделей подтверждает мнение двух авторитетных современных суицидологов (Рори О'Коннор и Мэттью Нок) о том, что все самые современные модели суицида основываются на концепции стрессуязвимости и при этом уделяют повышенное внимание когнитивным процессам [17].

Модели суицидального поведения подростков и современность.

Подросток в современном мире испытывает намного большую нагрузку – психологическую, академическую, информационную и, в определённом смысле, экзистенциальную, связанную с формулированием жизненных целей и смыслов. Все это может иметь определённые

последствия в самых разных сферах, каждая из которых является вмес­ти­ли­щем факторов риска. При анализе характеристик молодых людей за последние 70 лет замечено изменение выраженности некоторых личностных черт у новых поколений – нарастание психопатологических шкал по ММРІ (депрессии, тревожности, нейротизма) [18]. Рост нейротизма и психопатологий усиливает личностные предпосылки к суициду. Ряд исследований свидетельствует о том, что среди молодых людей увеличивается распространённость нарушений психического здоровья в более тяжёлых, субклинических и клинических проявлениях [19]. Это формирует целый набор потенциальных рисков с психиатрической точки зрения. Погружённость в виртуальный мир сопровождается нарастанием гиподинамии, а это чревато ростом соматической патологии, которая также относится к числу факторов риска суицидального поведения. Это сочетается с проблемами семьи, испытывающей кризис, что ещё больше провоцирует одиночество. В итоге снижается вероятность социальной поддержки в сложных жизненных ситуациях. Все это происходит на фоне постоянного информационного давления, подталкивающего к сверхпотреблению и доминантному статусу, что усиливает тревогу и депрессию и также повышает фрустрированность тех, кто не достигает желаемого успеха и охвачен нереалистичными ожиданиями от будущего [4, 19].

Современная культурно-экономическая модель, к сожалению, поощряет эгоизм и эксплуатирует патологические влечения и поведенческие девиации, расширительно трактует права индивидуума и девиантных меньшинств, вытесняя существовавшие веками традиционные запреты на некоторые формы поведения и патологические влечения. Сюда относятся право на употребление психоактивных препаратов, любые патологические влечения и зависимости, сексуальные девиации, право на модификацию своего тела (следует обратить внимание на повальное и порой безудержное увлечение татуировками, пирсингом и другими обезображивающими практиками) и, в конечном итоге, на самоубийство как таковое. Свою роль играет продвижение идей ассистированного самоубийства, оно как-бы намекает на «право умереть вместо обязанности жить». То, что может найти моральное оправдание в секуляризованном обществе для пожилого и смертельно больного человека, оказывает влияние на ценностную сферу молодого человека, внушая ему, что суицид может быть признан со-

циально приемлемым выбором. Религия, роль которой в обществе постмодерна слабеет, все меньше препятствует этому. Все эти тенденции тесно связаны между собой, переплетаются на уровне общественного сознания. В конечном итоге они находят своё оформление в искусстве, в модных течениях, в смысловом выражении – как часть молодёжного дискурса («буду умирать молодым», «жить быстро, умереть молодым» и т.д.) [4].

Все эти смысловые, связанные с сознанием, мышлением и самоощущением тенденции по-новому воспринимаются в свете достижений нейронаук. В последнее время за счёт всё более широкого внедрения нейровизуализации в деталях охарактеризован процесс развития человеческого мозга от момента органогенеза до старости. Ведущим сегодня является понимание роли высокой пластичности мозга, в том числе, его постоянных изменений в течение всей жизни и в процессе приобретения опыта [20]. Одновременно получила дальнейшее развитие концепция стресса, изучена динамика нейрогуморальных реакций, характер нейроадаптации и повреждения мозговых структур при стрессе, оценена интегрирующая роль нейроэндокринных механизмов и психологических процессов [21]. Современные данные увязывают стресс с его биологическими механизмами прежде всего с социальными процессами и явлениями, в частности, с социальной и имущественной стратификацией общества [22]. Третьей важной составляющей, на наш взгляд, является новое понимание роли эпигенетических трансформаций в клетках и тканях организма при реагировании на стрессовые воздействия, признание важнейшей роли ранних этапов развития и значения программирующих и потенциально наследуемых эффектов, возникающих при восприятии стрессовых сигналов, в том числе, социального характера [23, 24].

На основании интеграции этих представлений, с учётом роли стресс-уязвимости как программируемой характеристики и выраженности психосоциального стресса в современном обществе, разработана модель, объясняющая относительно быстрые (за десятилетия) изменения, проявляющиеся в росте наиболее массовых психических расстройств, психопатологий и суцидов среди молодёжи. Центральное место в этой модели занимают эпигенетические стресс-индуцированные трансформации, а эпигеному придаётся роль интерфейса между относительно стабильным геномом и исключительно динамичной и высокострессовой социальной средой. Постоянно нарастаю-

щий уровень психо-социального стресса, в сочетании с рядом социально-психологических процессов (рост одиночества, снижение социальной поддержки, кризис семьи, следование пропагандируемым моделям социального поведения, консьюмеризм и многое другое, с чем сталкивается современный подросток или молодой человек), создаёт предпосылки для закрепления негативных моделей стресс - реагирования, что в свою очередь, становится основой для нарушений психического здоровья и поведенческих девиаций, включая суицидальное поведение [25].

Молодые пациенты с суицидальными самоотравлениями в ургентном стационаре.

В условиях многопрофильного ургентного стационара пациенты с различными интоксикациями госпитализируются в отделения токсикологического профиля. Отравления с суицидальной целью среди них составляют 4,45%, то есть относительно небольшую долю. Из числа суицидальных пациентов молодые люди в возрасте 18-25 лет составляют 18,8%, лица следующей возрастной группы (26-33 лет) – 14,8%. Таким образом, молодые люди в целом составляют около трети всех пациентов, поступивших по поводу суицидальной попытки. Среди них женщины составляют 69,6%, мужчины – 30,4%. Вопрос о верификации суицидальных намерений решается на основе клинического обследования и беседы с пациентом и родственниками, а также анализа медицинской документации, в частности, сопроводительных талонов скорой помощи, доставившей пациента. Сложным является дифференциация суицидальных попыток от несчастных случаев или умышленного самоповреждения, самолечения, ошибочного приёма, употребления с целью опьянения и пр. В тех случаях, даже когда нет прямых указаний на самоубийство, если на догоспитальном этапе (при контакте с бригадой скорой помощи), на этапе приёмного отделения или непосредственно у лечащих врачей возникает подозрение, что отравление или повреждение носило характер суицидальных действий, пациент в обязательном порядке, осматривается психиатром. Как уже указывалось выше, далеко не всегда суицидент прямо указывает на то, что собирался лишить себя жизни. Перед врачом-психиатром часто стоит непростая задача, для решения которой необходимо «взвесить» все детали, которые могут быть описаны не только самим пациентом и его родственниками, но и теми, кто присутствовал на месте происшествия. Очень важны такие подробности как предсмертная записка,

упаковки из-под лекарств, разбросанные вокруг потерпевшего или в мусорном ведре пустые ёмкости от средств бытовой химии или ядовитых веществ. Также необходимо обращать внимание на приём большего числа таблеток, чем предписано врачом, употребление веществ, которые могут быть несъедобны. Отказ пациента отвечать на вопросы, указание родственников больного на наличие конфликтной ситуации, предшествующие суицидальные попытки, тенденции к самоповреждению (аутоагрессии), самоубийства или парасуицида среди родственников больных, злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами, наличие психических расстройств, в частности тяжёлой депрессии, наличие тяжёлых соматических заболеваний, утраты близких (острое горе), семейные проблемы (уход из семьи, развод) – всё это, по отдельности или в совокупности, может указывать на попытку самоубийства. Таким образом, сбор дополнительных сведений на догоспитальном этапе необходим для квалифицированной оценки действий пациента, режима его дальнейшего наблюдения и тактики терапии.

Консультация психиатра осуществляется с согласия пациента, однако в случае выявленной суицидальной попытки, психиатрическое обследование может быть осуществлено недобровольно в соответствии со статьёй 29-а Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В ходе первичного осмотра психиатр может предположить, либо принять окончательное решение о характере отравления и выписке пациента домой с рекомендациями обращения к психотерапевту или психиатру амбулаторно. Так происходит в случаях, когда ни психическое, ни соматическое состояние пациента не вызывают опасений. При этом у пациента отсутствуют суицидальные тенденции, имеется критика к суицидальным действиям, и пациент имеет реальные планы на будущее. Согласно нашим данным, для пациентов мужчин чаще характерно отсутствие критики при оценке своих действий и принятого решения, а также более серьёзный характер самоповреждений, среди которых наиболее частыми были умышленные травмы острыми предметами, повешения и применение огнестрельного оружия, для них характерны более взвешенные решения уйти из жизни. По статистическим данным мужчины чаще совершают «удачные» самоубийства. Такое поведение и более серьёзное отношение к своим намерениям у сильного пола психологи связывают с их образом, ролью в обществе. Мальчикам с детства внушают, что

они должны быть успешными, при этом для «мужчины» считается неприемлемым проявление эмоций и переживаний. К тому же мужчины реже обращаются за психологической помощью к специалистам, скорее – к алкоголю. Женщины, как отмечалось выше, чаще совершают попытки путём отравления, а свои намерения часто сами характеризуют как способ «обратить на себя внимание». Это свидетельствует о меньшей серьёзности намерений и чаще связано с оценкой своих действий в дальнейшем как «неправильных». Среди средств, применяемых с целью отравления, на первом месте стоят лекарственные препараты (78,2%), далее следуют наркотики и психодислептики (15,0%), затем алкоголь и технические спирты (4,1%), в последнюю очередь вещества немедицинского назначения (2,7%), включающие средства бытовой химии, уксус или уксусную эссенцию, технические жидкости и растворители. Принимая решение о скорой выписке пациента в ближайшем постсуицидальном периоде (первая неделя после суицидальной попытки), необходимо помнить о периоде «злобного покоя», когда у больного исчезают имевшиеся до попытки самоубийства симптомы – тревога, депрессия, он перестает высказывать свои переживания, заявляя о том, что «ситуация уже разрешена». При этом не исключено, что он уже продумал способ повторного суицидального акта и окончательно решил привести его в исполнение.

Пациенты, о которых идёт речь в данной статье, имеют непсихотический уровень расстройств, суицидальное поведение в данном случае является результатом аффективных или невротических реакций, такое поведение в обычно характеризуется быстрым принятием решения и приведением его в жизнь. Молодой человек не даёт себе времени «подумать». Он принимает значительное число нетоксичных средств из домашней аптечки или наносит себе порезы кухонным ножом, то есть использует те средства, которые находятся «под рукой», при этом желание умереть бывает мимолетным или малоопределённым [26]. В других случаях суицидальное поведение является следствием длительной и тяжелой психической травматизации, намерение покончить с собой вынашивается постепенно, решение принимается обдуманно, выбор способа в данном случае будет более серьёзным, соответственно отравление или самоповреждение будут иметь более тяжёлые последствия.

В течение всего периода госпитализации психиатр осуществляет динамическое наблю-

дение за состоянием пациента, при необходимости корректирует терапию, проводит психотерапевтические мероприятия, направленные на формирование у больных критического отношения к суицидальному поведению, изыскание внутреннего резерва и формирование позитивных установок (краткосрочная рациональная психотерапия). Беседует с родственниками больного для создания благоприятной атмосферы в семье, при необходимости рекомендует сеансы семейной психотерапии. В случаях, когда даже после проводимого лечения у больного сохраняются суицидальные переживания, он переводится в психиатрический стационар. Однако нельзя не учитывать, что перевод в психиатрический стационар без достаточных на то оснований сам по себе может быть психотравмирующей ситуацией. В этом смысле просматривается связь с концепцией стрессуязвимости – важно усиливать факторы, ослабляющие влияние стресса. Представляется необходимым более тесное взаимодействие с амбулаторными психиатрическими, психотерапевтическими, психологическими, а также социальными службами, что значительно повысит качество помощи суицидентам. Кроме того, данное взаимодействие послужит одной из мер профилактики суицидального поведения, поскольку верифицированным предиктором самоубийства является предшествующая суицидальная попытка.

Заключение.

Молодые люди составляют значительную часть того контингента, который поступает в реанимационные отделения с последствиями суицидальных попыток. Соответственно, врачи и персонал токсикологических отделений – это те медицинские работники, которые чаще всего сталкиваются с суицидальным поведением, и поэтому знание основных факторов риска суицида, а также тех патогенетических механизмов и психологических факторов, которые лежат в основе этого поведения, является для них важным. Понимание этого необходимо не только психологам и врачам-психиатрам, но и врачам общей практики, педиатрам, а также реаниматологам и токсикологам. Данная статья отражает всё нарастающий интерес со стороны медицинского сообщества к междисциплинарным проблемам суицидологии, что ещё раз подчеркивает назревшую необходимость появления этой специальности в медицинских ВУЗах как самостоятельной дисциплины, а не только как раздела психиатрии [27].

Практика показывает, что лучшие результаты превенции достигаются тогда, когда вра-

чи непсихиатрических специальностей могут вовремя заподозрить депрессию и суицидальную опасность, и имеют возможность привлечь психиатра или клинического психолога к решению вопроса о необходимости госпитализации или психотерапии. В то же время, необходимо всячески способствовать тому, чтобы врачи самых разных специальностей, от педиатров и врачей скорой помощи, до реаниматологов, имели представление о современных моделях суицида [28]. Это позволит им говорить с психиатрами «на одном языке» и сформировать сбалансированное отношение к подросткам и молодым людям, совершившим попытки самоубийства и поступившим в отделения больниц скорой помощи, что будет способствовать профилактике более серьёзных последствий в виде завершённого суицида.

Литература / References:

1. Змановская Е.В. Девиантология. Психология отклоняющегося поведения. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. 3-е изд., испр. М.: Издательский центр «Академия», 2006. 288 с. [Zmanovskaya E.V. Deviantology. Psychology of deviant behavior. Textbook. 3rd ed, revised. Moscow: publishing center "Academy", 2006. 288 p.] (In Russ)
2. Гилинский Я.И., Гоголева А.В., Евенко С.Л. и др. Современная девиантология: методология, теория, практика / ред. Я.И. Гилинский, S.D. Kwami. UK Academy of Education, London. 2016. 310 с. [Gilinsky Ya. I., Gogoleva A.V., Evenko S. L., and others. Modern deviantology: methodology, theory, practice / ed. Ya. I. Gilinsky, S. D. Kwami. UK Academy of Education, London. 2016. 310 c.] (In Russ)
3. Ласый Е.В. Определение и классификация суицидального поведения. Часть 1. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2013; 1 (11): 94-105. [Lasy E. V. Definition and classification of suicidal behavior. Part 1. *Psychiatry, psychotherapy, and clinical psychology*. 2013; 1 (11): 94-105.] (In Russ)
4. Розанов В.А. Самоубийства детей и подростков – что происходит, и в чем причина? *Суицидология*. 2014; 5 (4): 16-31. [Rozanov V.A. Suicides in children and adolescents – what is happening and what may be the reason? *Suicidology*. 2015; 5 (4): 16-31.] (In Russ)
5. Adolescence research must grow up. Editorial (21 February, 2018). *Nature*. 2018;554(403). DOI: 10.1038/d41586-018-02185-w
6. Морев М.В., Шматова Ю.Е. Социальные патологии в детско-подростковом возрасте (на примере исследований суицидального поведения). Вопросы территориального развития. 2014; 10 (20): 1-12. [Morev M. V., shmatova Yu. E. Social pathologies in childhood and adolescence (on the example of research on suicidal behavior). *Issues of territorial development*. 2014; 10 (20): 1-12.] (In Russ)
7. Положий Б.С. Суициды среди несовершеннолетних (эпидемиологический аспект). *Суицидология*. 2019; 10 (1): 21-26. [Polozhy B.S. Suicides among minors (epidemiological aspect). *Suicidology*. 2019; 10 (1): 21-26.] (In Russ)
8. Хуснутдинова З.А. Суицидальное поведение подростков. *Социологические исследования*. 2015; 11: 161-163. [Husnutdinova Z. A. Suicidal behavior of adolescents. *Sociological research*. 2015; 11: 161-163.] (In Russ)
9. van Heeringen K., Mann J.J. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1 (1): 63-72. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70220-2
10. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: D. Wasserman (ed.) *Suicide. An Unnecessary Death*, 2001, London: Martin Duniz. pp. 13-27.
11. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47 (3/4): 372-394. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
12. Розанов В.А. Гены и суицидальное поведение. *Суицидология*. 2013; 4 (10): 3-14. [Rozanov V.A. Genes and suicidal behavior. *Suicidology*. 2013; 4 (10): 3-14.] (In Russ)

13. Joiner T.E., Van Orden K.A. The interpersonal psychological theory of suicidal behavior indicates specific and crucial psychotherapeutic targets. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2008; 1: 80–89. DOI: 10.1521/ijct.2008.1.1.80
14. Lester D. Suicide and Culture. *World cultural psychiatry research review*. 2008; 3 (2): 51–68.
15. Beck A.T., Steer R.A., Kovacs M. et al. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*. 1985; 142: 559–563.
16. Desmyter S., van Heeringen C., Audenaert K. Structural and functional neuroimaging studies of the suicidal brain. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2011; 35: 796–808. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2010.12.026
17. O'Connor R.C., Nock M.K. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1 (1): 73–85. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6
18. Twenge J.M., Gentile B., DeWall C.N. et al. Birth cohort increase in psychopathology among young Americans. 1938–2007: a cross temporal meta-analysis of the MMPI. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30: 145–154. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.10.005
19. Collishaw S. Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56 (3): 370–393.
20. Oberman L., Pascual-Leone A. Changes in plasticity across the lifespan: cause of disease and target for intervention. *Prog Brain Res*. 2013; 207: 91–120. DOI: 10.1016/B978-0-444-63327-9.00016-3
21. Epela E.S., Crosswell A.D., Mayer S.E. et al. More than a feeling: A unified view of stress measurement for population science. *Front Neuroendocrinol*. 2018; 49: 146–169. DOI: 10.1016/j.yfrne.2018.03.001
22. McEwen B.S., Gianaros P.J. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2010; 1186: 190–222.
23. Stankiewicz A.M., Swiergiel A.H., Lisowski P. Epigenetics of stress adaptation of the brain. *Brain Research Bulletin*. 2013; 98:76–92.
24. Jawahar M.C., Murgatroid C., Harrison E.L. et al. Epigenetic alterations following early postnatal stress: a review of novel aetiological mechanisms of common psychiatric disorders. *Clinical Epigenetics*. 2015; 7: 122.
25. Rozanov V. Stress and Epigenetics in Suicide. 1st Edition, Academic Press. 227 p.
26. Личко А.Е. Подростковая психиатрия (Руководство для врачей). Изд. 2-е, доп. и перераб. Л.: Медицина, 1985. 416 с. [Lichko A. E. Adolescent psychiatry (Guide for doctors). 2nd ed., add. and pererab. L.: Medicine, 1985. 416 p.] (In Russ)
27. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Розанов В.А., Севастьянов А.А. Суицидология в подготовке медицинского профессионала: междисциплинарный подход. Суицидология. 2019; 10 (3): 93–101. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-93-101 [Zotov P.B., Lyubov E.B., Rozanov V.A., Sevastianov A.A. Suicidology in preparation of a medical professional: interdisciplinary approach. *Suicidology*. 2019; 10 (3): 93–101.] (In Russ)
28. Zalsman G., Hawton K., Wasserman D. Et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *European Neuropsychopharmacology*. 2017; 27 (4): 418–421. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2017.01.012

RECENT MODELS EXPLAINING SUICIDAL BEHAVIOURS IN ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS: IMPORTANCE FOR HEALTH CARE

V.A. Rozanov¹,
G.A. Prokopovich²,
A.N. Lodiagin³,
A.G. Sinenchenko³

¹Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia; v.rozanov@spbu.ru
²North-Western State Medical University Named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia; galinapro1@rambler.ru
³Saint-Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine, Russia; alodyagin@mail.ru, andreysin2013@yandex.ru

Abstract:

Suicidal behavior of adolescents and young adults is one of the forms of deviant behavior and a serious public health problem. In medical practice young people that have attempted suicide are prevalent in the departments of toxicology and resuscitation units. In a current review modern models of suicidal behavior of young people are discussed with the emphasis on neurobiological mechanisms. Knowledge regarding these models by general practitioners, reanimatologists, toxicologists and other medical specialties may help better understanding of psychology and behavior of young suicide attempters and will promote better communication between psychiatrists and clinical psychologists in the medical hospitals.

Keywords: suicide, suicide attempt, young age, suicidal behavior models, stress-vulnerability, neurobiological mechanisms, healthcare system

Вклад авторов:

В.А. Розанов: разработка дизайна исследования, написание текста рукописи, редактирование текста рукописи;
Г.А. Прокопович: написание текста рукописи;
А.Н. Лодягин: написание текста рукописи;
А.Г. Синенченко: написание текста рукописи.

Authors' contributions:

V.A. Rozanov: developing the research design, article writing, article editing;
G.A. Prokopovich: article writing, article editing;
A.N. Lodiagin: article writing, article editing;
A.G. Sinenchenko: article writing, article editing.

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 22.04.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 24.06.2020.

Для цитирования: Розанов В.А., Прокопович Г.А., Лодягин А.Н., Синенченко А.Г. Современные модели суицидального поведения подростков и молодежи – значение для практического здравоохранения. *Девиянтология*. 2020; 4 (1): 45–54. DOI: 10.32878/devi.20-4-01(6)-45-54

For citation: Rozanov V.A., Prokopovich G.A., Lodiagin A.N., Sinenchenko A.G. Recent models explaining suicidal behaviours in adolescents and young adults: importance for health care. *Deviant Behavior (Russia)*. 2020; 4 (1): 45–54. (In Russ) DOI: 10.32878/devi.20-4-01(6)-45-54