

УДК 616.89

*Медицинская психология*

## **ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ: СТРАТЕГИЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ САМОУБИЙСТВ МОЛОДЕЖИ**

**Божкова Е.Д., Агафонова А.И., Рытова А.Ю**

Суицид на сегодня является второй ведущей причиной смерти молодых людей в возрасте 15-29 лет, поэтому предупреждение самоубийств является приоритетным вопросом охраны здоровья населения. Авторы изучили данные, полученные российскими и зарубежными учеными, по установлению основных факторов суицидального риска и защитных (антисуицидальных) факторов. Особый акцент делается на защитных факторах, так как на сегодняшний момент они менее изучены, чем факторы риска. При этом при формировании антисуицидальной установки, основное внимание должно уделяться протективным факторам. Кроме того, описываются уязвимые группы населения, на которые в первую очередь должны быть направлены усилия по профилактике суицидального поведения. Данные, содержащиеся в этом обзоре, указывают на необходимость скорейшей разработки стратегий, которые помогут повысить индивидуальные и психосоциальные факторы защиты населения от самоубийств.

**Ключевые слова:** молодежь, факторы суицидального риска, антисуицидальные факторы, предотвращение самоубийств

## **FACTORS OF SUICIDAL RISK AND PROTECTIVE FACTORS: A STRATEGY FOR THE PREVENTION OF YOUNG SUICIDES**

**Bozhkova E.D., Agafonova A.I., Rytova A.Y.**

Suicide today is the second leading cause of death for young people aged 15-29 years old, so the prevention of suicide is a priority issue for the protection of public health. The authors studied the data obtained by Russian and foreign scientists on the determination of the main factors of suicidal risk and protective (anti-suicidal) factors. Special emphasis is placed on protective factors, since at the present moment they are less studied than risk factors. At the same time, in the formation of an anti-suicidal installation, the main attention should be paid to protective factors. In addition, vulnerable populations are described, to which efforts to prevent suicidal behavior should be primarily directed. The data contained in this review indicate the need for the early development of strategies that will help improve individual and psychosocial factors protecting the population from suicide.

**Keywords:** youth, suicidal risk factors, anti-suicidal factors, suicide prevention

### **Введение**

В мае 2013 г. на шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения был утвержден первый в истории План действий в области психического здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Предотвращение самоубийств является неотъемлемой частью этого плана, поставлена цель снизить к 2020 году частоту самоубийств в странах на 10% [26].

Суицид на сегодня является второй ведущей причиной смерти молодых людей в возрасте 15-29 лет при стабильно высоких показателях частоты самоубийств в этой группе за последнее годы, а самоубийства молодежи ведут к огромным и невосполнимым демографическим и социально-экономическим последствиям [4, 22]. В молодой популяции один суицид приходится на 100-200 попыток самоубийства, а суицидальные мысли

возникают примерно в 6 раз чаще, чем суицидальные попытки и в 100 раз чаще, чем завершённые суициды. За последние 10 лет в Российской Федерации снижение показателя частоты самоубийств составило 42,3% [2]. Тем не менее, ВОЗ призывает страны рассматривать предупреждение самоубийств как один из важнейших вопросов охраны здоровья населения, вне зависимости от существующей в стране ситуации с уровнем самоубийств и их профилактикой.

По данным различных исследований уровень суицидов у лиц 15-19 лет был выше, чем у 10-14 и летних, а после 17-18 лет большинство суицидальных попыток являются повторными [8, 16]. Суицидальные тенденции нарастают с возрастом и количеством суицидальных попыток, при этом интервал между ними и суицидом сокращается.

**Суицидальное поведение** включает как самоубийство, так и акты самоповреждения, которые не имеют смертельного исхода. Многие термины используются для обозначения последних, включая попытку самоубийства, умышленное самоповреждение и парасуицид. Нефатальное самоповреждение может быть подразделено на поведение, которое должно было привести к смерти (высокие суицидальные намерения) и поведению со смешанным / амбивалентным или без суицидального намерения. Суицидальное намерение не концептуализируется как двоичное явление; скорее, это континуум, от какого-либо намерения на одном конце до серьёзного намерения в другом. Литература отражает эту реальность; хотя в некоторых исследованиях основное внимание будет уделено образцам тех, кто подвергается высокому риску смерти от самоубийства, многие из них будут содержать образцы людей с разной степенью суицидального намерения, а другие, возможно, не могут быть откровенными в отношении уровня суицидальности в своей выборке. Поэтому на практике может быть трудно ввести в действие различие между самоубийственными (нефатальными) самоповреждениями и несуйцидальными (нефатальными) самоповреждениями. Этот обзор включает только те исследования, которые исследуют самоповреждение с явным суицидальным намерением, в отличие от исследований самосудикативного самоповреждения или суицидальных идей.

Эмпирическая литература о риске суицидального поведения и защитных факторах опирается на широкий круг дисциплин от генетики до экономики. Признано, что суицидальное поведение имеют многофакторную этиологию, и поэтому для понимания этого феномена требуется междисциплинарная теоретическая основа. В литературе существует ряд моделей самоубийства и суицидального поведения, демонстрирующих потенциальное взаимодействие между риском и защитными факторами на индивидуальном, психосоциальном и социальном уровнях и этапах жизни. Риск и защитные факторы чаще встречаются в комбинации, чем в изоляции. Некоторые факторы риска, такие как

самоповреждение, могут стать защитными факторами в зависимости от факторов риска, которым подвергается индивид, и их результирующих стратегий преодоления. Психосоциальная среда и социальные условия будут различны для разных групп риска на разных этапах их жизни, и поэтому некоторые факторы риска и защиты будут варьироваться в зависимости от групп риска и на протяжении всей жизни. Недавние данные указывают на меняющийся риск самоубийства на разных этапах жизни; до 14 лет и 15-19 лет, поэтому жизненный курс имеет большое значение в теоретических рамках этого обзора.

**Цель:** провести обзор литературы по клиническим и социальным факторам риска суицида и защиты от суицидального поведения у молодежи.

В обзоре были две основные цели: во-первых, описать и оценить существующие знания о социальных и клинических факторах, связанных с увеличением числа случаев самоубийства (факторы риска), и очертить подгруппы молодежи, которые подвергаются повышенному риску суицидального поведения; и во-вторых, для описания и оценки существующих знаний о факторах, которые способствуют защите против суицидального поведения среди молодых людей, которые подвержены известным суицидальным условиям риска (защитные факторы).

Взаимодействие между рядом факторов риска и защитных факторов на индивидуальном и психосоциальном уровнях должно основываться на любой попытке понять, какие факторы способствуют отказоустойчивости и уязвимости к самоубийству и суицидальному поведению. Идентификация факторов риска в группах высокого риска демонстрирует потенциальную возможность участия нескольких факторов риска, некоторые из которых присутствуют на индивидуальном уровне и связаны с их статусом группы риска (например, увеличением тяжести заболевания или быстрым циклом), тогда как некоторые из них являются психосоциальными факторами риска, например безработицы или утраты. Это указывает на необходимость уделения особого внимания группам высокого риска, таким как те, у кого есть психическое заболевание, из-за вероятности множественного риска.

### **Факторы риска**

**Психическое заболевание.** Во всех возрастных и гендерных группах и в самых разных географических точках были установлены несколько диагнозов психических заболеваний, включая аффективные расстройства, шизофрению, расстройства личности, психические нарушения в детском возрасте как факторы риска для завершеного самоубийства [11, 15]. При шизофрении и пограничном расстройстве личности риск самоубийства, как представляется, повышается во время первого эпизода болезни [9]. Для биполярного расстройства и шизофрении повышенный риск самоубийства еще более усугубляется другими факторами риска, такими как история попыток самоубийства,

злоупотребление наркотиками или алкоголем, тревожные расстройства, тяжесть симптомов, безнадежность и пессимистический взгляд на будущее. Однако, при оценках риска необходимо учитывать, что 10% суицидентов не страдают психическими заболеваниями [13].

**Предшествующая попытка самоубийства.** Те, кто уже совершал суицидальную попытку, имеют гораздо больший риск смерти от самоубийства по сравнению с теми, кто никогда не проявлял суицидального поведения [7].

**Злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, наркотики).** Злоупотребление психоактивными веществами увеличивает риск совершения попытки и смерти от самоубийства [3, 6]. Риск, связанный с зависимостью от наркотиков, особенно опиоидов (например, героин) выше, чем риск злоупотребления алкоголем. Риск самоубийства от злоупотребления алкоголем выше среди женщин, чем среди мужчин.

**Тяжелые соматические заболевания.** Существует повышенный риск самоубийства, связанный с онкологическими, сердечно-сосудистыми и метаболическими заболеваниями [5]. Этот риск варьирует в зависимости от степени тяжести болезни, а также отношения пациента к своему состоянию. Однако, в настоящее время считается, что лица с хроническим болевым синдромом любой этиологии имеют еще больший риск самоубийства [12].

**Черты характера / личностные особенности.** Может быть повышен риск самоубийства, связанный с конкретными индивидуальными / личностными факторами. Научные доказательства особенно неоднородны и дискуссионны в этом разделе как внутри одной работы, так и между обзорами большого количества исследований. Тем не менее, можно с уверенностью утверждать, что риск самоубийства выше у лиц с такими личностными качествами, как безнадежность, невротизм, экстраверсию, импульсивность, агрессию, гнев, раздражительность, враждебность, беспокойство, и низкими навыками решения проблем [14].

**Менструальный цикл, беременность и аборты.** Риск попытки самоубийства может увеличиться в фазах менструального цикла, когда уровни эстрогенов становятся ниже и у женщин, страдающих предменструальным синдромом. Беременность также определяется как период, в течение которого женщины могут испытывать повышенный риск суицидального поведения [21]. Кроме того, имеются ограниченные данные о том, что уровень самоубийств выше у женщин, которые делали аборты.

**Безработица** тесно связана с повышенным риском самоубийства. Чем ниже социальный класс, тем выше риск суицидального поведения. Несмотря на это, самые высокие коэффициенты смертности от самоубийств обнаруживаются у врачей и фермеров, причем женщины-врачи с более высоким риском самоубийства, чем мужчины [10], причины

этого явно не установлены. Бедность и лишения связаны с риском самоубийства. Регионы с высоким уровнем социально-экономического неблагополучия имеют более высокие уровни самоубийств.

### **Защитные факторы**

**Навыки преодоления.** Умение решать проблемы может быть защитой от суицидального поведения среди тех, кто пытался совершить самоубийство. Имеются данные, что способность справиться с решением проблемы может иметь защитный эффект. Ряд навыков преодоления трудностей, требующих элемента самоуправления, как представляется, защищают от суицидального поведения, особенно подростков, включая самоконтроль и самоэффективность, навыки социальной адаптации, позитивное мышление и сублимацию [18].

**Причины для жизни.** Высокий уровень причин для жизни, ориентация на будущее и оптимизм защищают от попыток самоубийства даже людей с депрессией. Надежды защищают от суицидов лиц, оказавшихся в сложной экономической ситуации (нищета) и страдающих от насилия (в том числе, насилие в семье). Есть свидетельства того, что те, кто ранее пытался совершить самоубийство, могут разработать позитивные стратегии преодоления препятствий и выработать барьер для будущего суицидального поведения [1].

**Физическая активность и здоровье.** Есть доказательства того, что позитивное отношение к спорту и участие в ежедневной физической активности защищает от суицидального поведения подростков [19].

**Семейная связь.** Хорошие отношения с родителями уменьшают риск самоубийства, особенно у подростков и в том числе тех, кто подвергся сексуальному насилию. Позитивные семейные отношения также обеспечивают защитный эффект для подростков, с ограниченными возможностями. Наличие детей, живущих дома, защищает от самоубийств женщин. Брак является защитным фактором против самоубийства. Важно учитывать и другие переменные, в том числе вывод о том, что женатые мужчины менее склонны к злоупотреблению наркотиками, азартными играми, и имеют меньше психологических проблем, по сравнению с холостыми сверстниками [24].

**Влияние школы.** Поддерживающая школьная среда, включая доступ к медицинским работникам и психологам, являются важными защитными факторами для подростков, в том числе тех, кто испытал сексуальное насилие, детей с ограниченными возможностями [25].

**Социальная поддержка.** Социальная поддержка в целом защищает от самоубийств незащищенные группы населения, включая бездомных, молодых правонарушителей, заключенных в тюрьму, пациентов страдающих ВИЧ / СПИД, лиц, подвергшихся

физическому и сексуальному насилию, и тех, кто идентифицирует себя как лесбиянок, геев, бисексуалов или транссексуалов [23].

**Религия.** Существует множество доказательств того, что религиозное участие может быть защитным фактором против суицидального поведения. Моральные санкции против самоубийства, поощряемые членами религиозной общины, могут оказывать защитное воздействие, хотя они не обеспечивают равную защиту отдельных лиц. Другие факторы, такие как соблюдение традиционных культурных ритуалов, могут иметь более сильный защитный эффект [20].

**Социальные ценности.** Традиционные социальные ценности могут оказывать защитное действие против суицидального поведения у девочек-подростков, тогда как индивидуалистические ценности могут иметь защитный эффект на мальчиков-подростков [17].

### **Выводы**

В последние годы увеличился объем знаний в отношении того, как уровень самоубийств варьируется в зависимости от пола и возраста, социально-экономических условий, географических регионов. Кроме того, в последние 30 лет наблюдаются сдвиги в показателях самоубийств, такие как удвоение завершенных суицидов у молодых мужчин, увеличение числа самоубийств среди молодых женщин и молодых заключенных-мужчин.

Взаимодействие между рядом факторов риска и защитных факторов на индивидуальном и психосоциальном уровнях, которые могут влиять по-разному на разных людей и сообщества в разное время, должно приниматься во внимание при попытке понять, какие факторы способствуют устойчивости и уязвимости к суицидальному поведению. Самоубийство явление сложное, и риск может измениться с учетом обстоятельств, а то, что является риском или защитными факторами для одного человека, может не являться таковыми другого в подобных обстоятельствах.

Данные, содержащиеся в этом обзоре, позволяют предложить, что, стратегии, которые помогут повысить индивидуальные и психосоциальные факторы защиты среди населения в целом и среди наиболее уязвимых, например, психически больных, заключенных, безработных, нищих, бездомных, могут привести к снижению частоты самоубийств. Более глубокое понимание факторов риска и защитных факторов для самоубийства позволит разработать более эффективные и целенаправленные превентивные меры.

### **Литература**

1. Втюрина М.В., Святогор М.В. Сравнительное исследование антисуицидальных факторов у пациентов с психической патологией и у лиц, ранее не обращавшихся за

психиатрической помощью // Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы: тезисы докл. Всерос. конф. (Санкт-Петербург, 23-26 сент. 2015 г.). – Санкт-Петербург, 2015. – С. 888

2. Демографический ежегодник России. 2017 : Стат. сб. / Росстат. – М., 2017. – 263 с.

3. Демчева Н.К., Касимова Л.Н., Лацплес П.Р. Социальные и клинико-психопатологические факторы, влияющие на формирование зависимого поведения от психоактивных веществ у молодёжи // Психическое здоровье. – 2012. – Т. 10, № 6 (73). – С. 48-54.

4. Домнина О.Л., Святогор М.В., Алешкина М.В. Анализ экономической значимости психических расстройств // Вестник Волжской государственной академии водного транспорта. – 2018. – № 56 (56). – С. 139-148.

5. Касимова Л.Н., Жилиева Т.В. Психопатологическая и социально-психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 1. – С. 16-19.

6. Касимова Л.Н., Святогор М.В., Втюрина М.В. Анализ суицидальных попыток путем самоотравления // Суицидология. – 2011. – Т. 2, № 1. – С. 54.

7. Касимова Л.Н., Святогор М.В., Втюрина М.В. Социо-демографический анализ суицидального поведения у пациентов, проходивших лечение в токсикологическом центре г. Н.Новгорода в 2009 году // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 12-13.

8. Касимова Л.Н., Втюрина М.В., Святогор М.В. Показатели попыток самоотравлений по данным токсикологического центра Нижнего Новгорода за период с 2006 по 2010 годы // Медицинский альманах. – 2013. – № 1 (25). – С. 176-179.

9. Касимова Л.Н., Втюрина М.В., Святогор М.В. Оценка факторов суицидального риска у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 1. – С. 10-13.

10. Касимова Л.Н., Смиренский Е.А., Святогор М.В., Втюрина М.В. Психическое здоровье и качество жизни медицинского персонала на примере группы врачей г. Нижнего Новгорода // Медицинский альманах. – 2014. – № 3 (33) – С. 112-116.

11. Касимова Л.Н., Святогор М.В., Смиренский Е.А. Социально-демографические и клинические факторы риска развития депрессивных расстройств у студентов медицинского вуза // Медицинский альманах. – 2018. – № 5 (56). – С. 185-188.

12. Святогор М.В. Нервно-психические расстройства у больных с болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации их динамика при восстановительной терапии : дис. ... канд. мед. наук. – Иваново. 2007. – С. 88-90.

13. Смиренский Е.А., Святогор М.В., Втюрина М.В. Психическое здоровье различных социальных групп населения г. Нижнего Новгорода // Медицинский альманах. – 2015. – № 4 (39). – С. 186-189.
14. Церковникова Н.Г. Психологические особенности личности подростка, склонного к суицидальному поведению // Суицидология. – 2011. – Т. 2, № 2 (3). – С. 25-26.
15. Чуркин А.А., Михайлов В.И., Касимова Л.Н., Ревенко В.И. Взаимосвязь социальных и этнокультуральных факторов с уровнем психического здоровья городских жителей (часть № 1) // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2009. – №10. – С. 27-37.
16. Adolescent self-harm in the community: an update on prevalence using self-report survey of adolescents aged 13–18 in England / Y. Morey [et al.] // J Public Health. – 2016. – Vol. 38, № 1. – P. 58-64.
17. Amitai M, Apter A. Social aspects of suicidal behavior and prevention in early life: a review // Int J Environ Res Public Health. – 2012. – Vol. 9, № 3. – P. 985-994.
18. Association Between Deliberate Self-Harm and Coping in Adolescents: A Critical Review of the Last 10 Years' Literature / D.F. Guerreiro [et al.] // Archives of Suicide Research. – 2013. – Vol. 17, № 2. – P. 91-105.
19. Berardelli I, Corigliano V, Hawkins M, Comparelli A, Erbutto D, Pompili M. Lifestyle Interventions and Prevention of Suicide // Front Psychiatry. – 2018. – Vol. 36, № 9. – P. 567-571.
20. Cook C. Suicide and religion // British Journal of Psychiatry. – 2014. – Vol.204, № 4. – P. 254-255.
21. Czeizel A.E. Attempted suicide and pregnancy // J Inj Violence Res. – 2011. – Vol. 3, № 1. – P. 45-54.
22. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 / A.H. Mokdad [et al.] // Lancet. – 2016. – Vol. 387. – P. 2383-2401.
23. Kalmar S. The possibilities of suicide prevention in adolescents. A holistic approach to protective and risk factors // Neuropsychopharmacol Hung. – 2013. – Vol. 15, № 1. – P. 27-39.
24. Miers D. (2012). "A phenomenological study of family needs following the suicide of a teenager // Death Stud. – 2012. – Vol. 36, № 2. – P. 118-133.
25. Sheftall A.H., Asti L., Horowitz L.M. Suicide in Elementary School-Aged Children and Early Adolescents // Pediatrics. – 2016. – Vol. 138, № 4. – P. 1604-1619.
26. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative / World Health Organization. – Geneva, 2014. – 92 p.



---

*Божкова Елена Димитрова, к.м.н. ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет», email: [readytotalk@mail.ru](mailto:readytotalk@mail.ru)*

*Агафонова Анастасия Ивановна, ординатор 1 года ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» кафедра психиатрии и медицинской психологии, email: [masha29041994@gmail.com](mailto:masha29041994@gmail.com)*

*Рытова Анна Юрьевна, студентка 6 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет», кафедра психиатрии и медицинской психологии, e-mail: [Moony.Mo8@yandex.ru](mailto:Moony.Mo8@yandex.ru)*