

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.04.001

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ САМОУБИЙСТВ В МИРЕ И ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Носова Е.С.^{1,2}, Спасенников Б.А.², Александрова О.Ю.²

¹ Калужская областная психиатрическая больница им. А.Е. Лифшица, г. Калуга, Российская Федерация

² Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

Ключевые слова:

суицид, эпидемиология, факторы риска, психические расстройства, профилактика

Аннотация

Профилактика суицидов направлена на сокращение детерминант риска при усилении защитных факторов. С помощью данных глобальной обсерватории Всемирной организации здравоохранения и электронного библиотечного ресурса PubMed осуществлен анализ эпидемиологии суицидов в мире за 20-летний период, а также обзор литературы по вопросу факторов риска суицидального поведения. Последние десятилетия отмечены снижением показателей суицидальной смертности на 36%. Коэффициент мужской суицидальной смертности уменьшился на 33%, женской – на 43%. Положительная динамика была отмечена практически во всех регионах ВОЗ: от снижения относительных цифр суицидов на 17% в Восточном регионе до 47% в Европейском. Максимальными показателями самоубийств отмечена возрастная когорта 75+, при этом все же демонстрируя снижение с 27,67 до 20,46 на 100000 населения. Согласно многочисленным исследованиям по вопросам суицидального риска, все факторы условно разделены на демографические, социально-экономические, культуральные, психологические, биологические факторы, психические расстройства, самоповреждения в анамнезе и иные. Полученные данные позволяют сформировать общее представление о ситуации суицидальной смертности в мире и Европейском регионе с учетом гендерных и возрастных различий, а также дают информацию о категориях населения для профилактических мероприятий.

EPIDEMIOLOGY OF SUICIDES IN THE WORLD AND REVIEW OF RISK FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR

Nosova E.S.^{1,2}, Spasennikov B.A.², Alexandrova O.Yu.²

¹ Kaluga Regional Psychiatric Hospital, Kaluga, Russian Federation

² N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

Keywords:

public health, suicide, epidemiology, risk factors, mental disorders, suicide prevention

Abstract

Reducing risk and enhancing protective factors is the main goal of suicide prevention. Data from the WHO Global Observatory and the PubMed Electronic Library have been used to analyze the worldwide epidemiology of suicides over a 20-year period and to review literature on suicide risk factors. In recent decades the global suicide mortality rate has fallen by 36%. The male suicide

rate fell by 33% and the female mortality rate by 43%. Positive trends have been observed in almost all WHO regions, from a 17% decline of rates in the Eastern region to 47% in the European region. In spite of the decline from 27.67 to 20.46 per 100000 suicide mortality rates in European population remains the highest in age cohort 75+. According to numerous studies on suicidal risk, all factors are conditionally divided into demographic, socio-economic, cultural, psychological, biological, mental, self-harm and other. The data received show a general picture of the epidemiology of suicides in the world, taking into account gender and age differences, as well as information on high-risk groups for preventive measures.

Ежегодно, 10 сентября, по инициативе Международной ассоциации профилактики самоубийств (далее – IASP), отмечается Всемирный день по борьбе с суицидами, к которому ряд стран приурочивает серию осведомительных, информационных мероприятий для распространения знаний по проблеме суицидального поведения. Снижение смертности от неинфекционных заболеваний на треть к 2030 г., в число которых включен суицид, является одной из устойчивых целей развития, принятых ООН в 2015 г.¹

На сегодняшний день существующие национальные стратегии превенции суицидов, созданные инициативной группой заинтересованных правительственных и общественных организаций, признаны всеобъемлющими. Важным сектором такой стратегии является профилактика суицидального поведения в группах риска. В общем представлении фактор риска является стрессором, длительно воздействующим на личность на протяжении жизни. Однако, ряд отрицательных жизненных событий, таких как финансовые затруднения, проблемы в отношениях с близкими, публичные оскорбления, унижения и харассмент могут стать триггером суицида. Таргетная профилактика не только повышает эффективность мероприятий, но и позволяет избежать удвоения служб, а равно способствует бережливому расходованию финансовых и трудовых ресурсов.

Цель нашего исследования: сравнительный анализ данных глобальной обсерватории Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) по эпидемиологии самоубийств в мире, а также научных источников по факторам риска, ассоциированным с разными видами суицидального поведения.

¹ URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

Материалы и методы

Использованы официальные данные глобальной обсерватории Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) за период 2000–2019 гг.: коэффициенты суицидальной смертности 183 стран, являющихся членами ВОЗ, с учетом региональной принадлежности (здесь и далее – регионы ВОЗ) и гендерных различий. А также данные официальной статистики Европейского портала информации здравоохранения по суицидальной смертности в отдельных возрастных когортах за период с 2000 г. по 2016 г. С помощью Microsoft Excel проведен анализ динамических рядов и регрессионный анализ данных с применением критерия Фишера. Поиск литературных источников осуществлен с помощью платформы PubMed с выделением наиболее релевантных статей, которые вошли в обзор.

Результаты

По данным глобальной обсерватории ВОЗ² последние десятилетия (2000–2019) отмечены снижением показателей суицидальной смертности: общий мировой коэффициент меняется с 14,03 до 8,96 случаев на 100000 населения ($R^2=0.9890$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$), на 33% уменьшилось относительное число мужских суицидов (с 18,86 до 12,61 случаев на 100000 нас.) и на 43% – показатели женских самоубийств (с 9,54 до 5,44 случаев на 100000 нас.). Во всех регионах, за исключением Американского, цифры суицидов снизились от 17% в Восточном до 47% в Европейском (рис. 1). В странах Американского региона за указанный период напротив отмечена тенденция к росту показателей на 16%, с 7,73 до 8,99 случаев на 100000 нас.; ($R^2=0.8225$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$).

Самые высокие стандартизованные по возра-

² URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-(per-100-000-population))

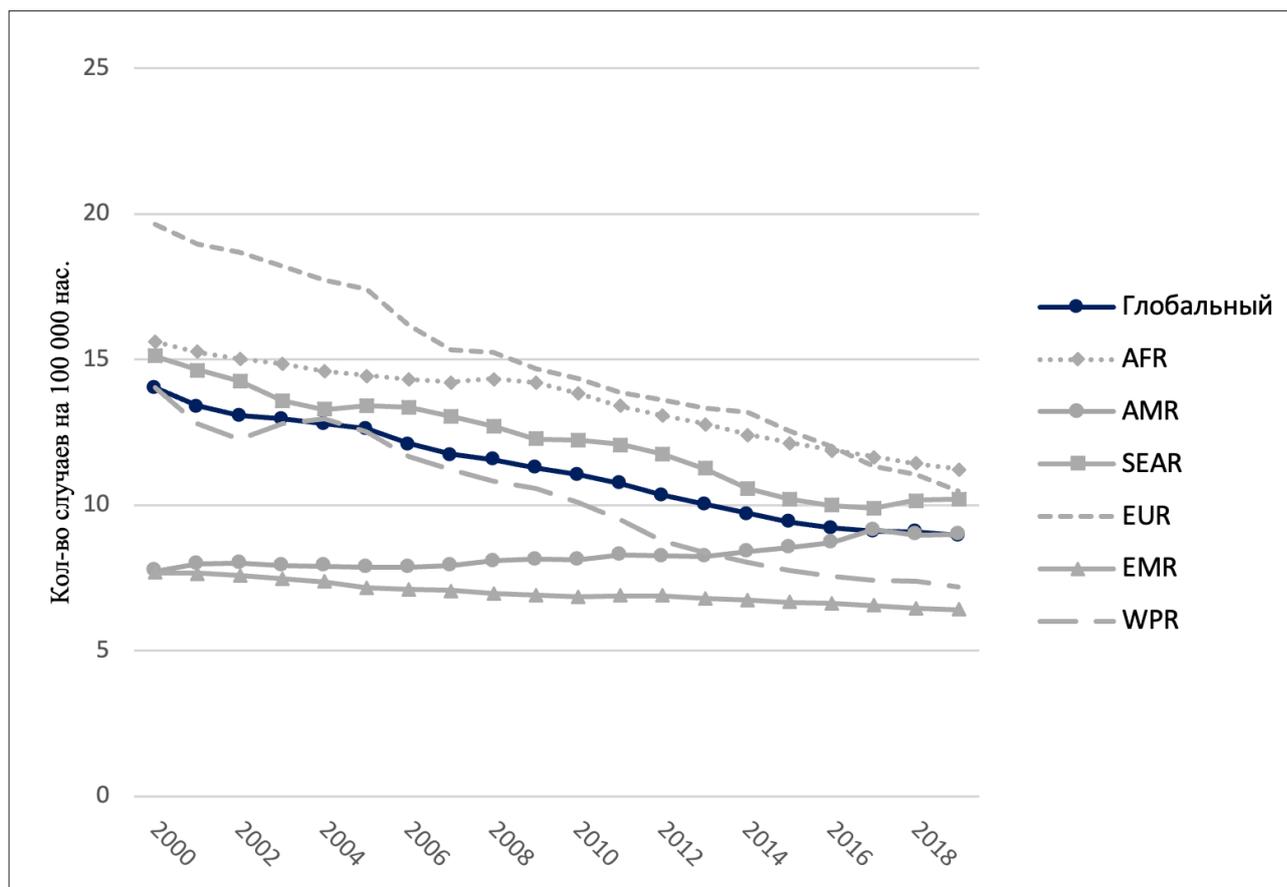


Рис. 1. Динамика показателей суицидальной смертности в мире за 2000–2019 гг., кол-во случаев на 100000 населения (AFR – Африканский регион, AMR – Регион Америки, SEAR – Регион Юго-Восточной Азии, EUR – Европейский Регион, EMR – Регион Восточного Средиземноморья, WPR – Регион Западной части Тихого океана).

Таблица 1

Показатели суицидальной смертности в группах стран, классифицированных в зависимости от уровня дохода (Всемирный банк), кол-во случаев на 100000 населения (2019)

Уровень дохода (Всемирный Банк)	Оба пола	Мужчины	Женщины	Соотношение М:Ж
Низкий	9.91 [5.84-15.85]	15.19 [9-24.27]	5.32 [3.1-8.53]	2.86
Ниже среднего	10.07 [6.75-14.32]	13.11 [8.37-18.79]	7.11 [5.17-9.95]	1.84
Выше среднего	7.28 [5.52-9.96]	10.65 [8.04-14.66]	4.05 [3.1-5.46]	2.63
Высокий	10.95 [9.28-14.47]	16.45 [13.85-21.64]	5.43 [4.69-7.25]	3.03

сту коэффициенты суицидальной смертности (далее – КСС) в 2019 г. отмечены в странах с высоким уровнем дохода – 10,95 на 100000 населения (таб. 1).

В соответствии со стандартизованными по возрасту КСС страны-члены ВОЗ можно распределить на несколько групп (таб. 2). В 113 из

183 стран количество суицидов было менее 10 на 100000 населения, при этом в 41 стране менее 5 на 100000 населения. Самые низкие уровни самоубийств отмечены в Барбадосе (0,31 на 100000.). Антилидером в течение последних лет является Лесото: в 2019 г. показатели самоубийств равны 87,48 на 100000 населения. Россия входит в число

Таблица 2

Показатели суицидальной смертности в 183 странах мира (государства, являющиеся членами ВОЗ), кол-во случаев на 100000 населения (2019)

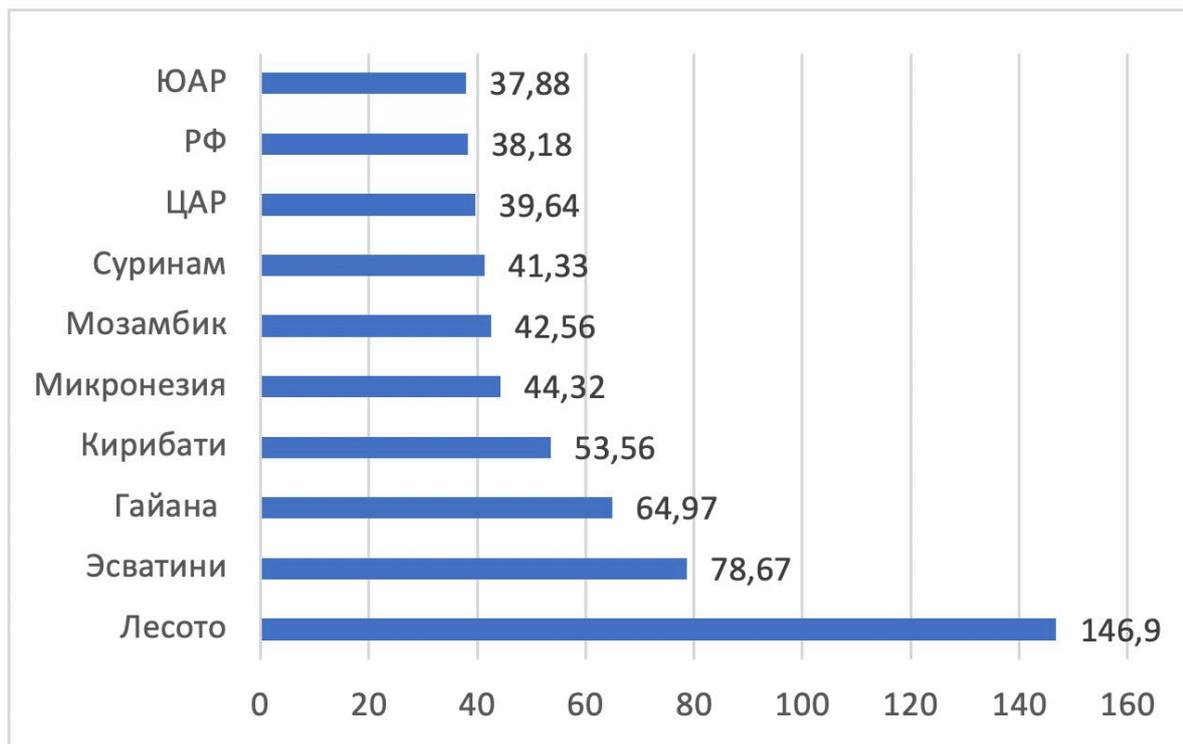
Коэффициент суицидальной смертности	Менее 10 случаев на 100 000 нас.: (n=113)	Барбадос [0.31], Антигуа и Барбуда [0.32], Гренада [0.64], Сент-Винсент и Гренадины [1.01], Иордания [1.98], Венесуэла [2.1], Сирия [2.11], Сан-Томе и Принсипи [2.2], Ямайка [2.28], Турция [2.34], Бруней-Даруссалам [2.54], Филиппины [2.54], Индонезия [2.55], Гондурас [2.58], Алжир [2.6], Армения [2.66], Кувейт [2.66], Перу [2.73], Ливан [2.76], Мальдивы [2.76], Панама [2.86], Мьянма [2.96], Кипр [3.18], Тунис [3.18], Багамы [3.37], Египет [3.41], Папуа-Новая Гвинея [3.57], Греция [3.62], Албания [3.72], Колумбия [3.74], Бангладеш [3.85], Азербайджан [3.97], Италия [4.33], Тонга [4.37], Оман [4.47], Ливия [4.49], Восточный Тимор [4.53], Катар [4.66], Никарагуа [4.66], Ирак [4.74], Судан [4.76], Бутан [5.07], Доминиканская Республика [5.11], Иран [5.13], Израиль [5.15], Объединенные Арабские Эмираты [5.24], Испания [5.28], Мексика [5.29], Таджикистан [5.32], Мальта [5.32], Саудовская Аравия [5.43], Мавритания [5.47], Камбоджа [5.49], Малайзия [5.77], Афганистан [5.96], Лаос [5.98], Сальвадор [6.11], Парагвай [6.16], Гватемала [6.23], Бразилия [6.41], Болгария [6.5], Туркменистан [6.07], Китай [6.67], Южный Судан [6.69], Боливия [6.82], Сент-Люсия [6.85], Нигерия [6.87], Великобритания [6.88], Йемен [7.06], Македония [7.15], Бахрейн [7.2], Португалия [7.22], Вьетнам [7.22], Марокко [7.29], Румыния [7.33], Либерия [7.37], Коста-Рика [7.62], Дания [7.63], Белиз [7.65], Грузия [7.65], Эквадор [7.68], Сейшельские Острова [7.73], Сербия [7.86], Таиланд [7.95], Мали [7.96], Чили [8.04], Аргентина [8.14], Танзания [8.15], Демократическая Республика Корея [8.2], Босния и Герцеговина [8.25], Германия [8.27], Узбекистан [8.28], Киргизстан [8.28], Тринидад и Тобаго [8.28], Коморские Острова [8.46], Люксембург [8.62], Маврикий [8.75], Ирландия [8.9], Мадагаскар [9.18], Нидерланды [9.27], Польша [9.3], Словакия [9.31], Руанда [9.45], Эфиопия [9.45], Чехия [9.48], Фиджи [9.51], Гамбия [9.64], Сингапур [9.65], Франция [9.65], Непал [9.77], Пакистан [9.77], Швейцария [9.83], Норвегия [9.91].
	От 10 до 19 случаев на 100 000 нас.: (n=55)	Нигер [10.15], Куба [10.19], Новая Зеландия [10.3], Канада [10.34], Австрия [10.4], Уганда [10.45], Гана [10.54], Малави [10.58], Сенегал [10.99], Хорватия [11.01], Кения [11.01], Исландия [11.15], Гаити [11.17], Австралия [11.25], Сьерра-Леоне [11.25], Конго [11.62], Венгрия [11.77], Джибути [11.95], Эстония [11.96], Бурунди [12.12], Молдавия [12.17], Япония [12.24], Гвинея [12.33], Швеция [12.37], Гвинея-Бисау [12.38], Демократическая Республика Конго [12.41], Ангола [12.55], Бенин [12.71], Шри Ланка [12.89], Индия [12.91], Габон [13.11], Чад [13.22], Финляндия [13.43], Экваториальная Гвинея [13.51], Намибия [13.51], Бельгия [13.93], Словения [13.97], Буркина Фасо [14.38], Замбия [14.43], США [14.51], Самоа [14.6], Сомали [14.66], Того [14.81], Кабо-Верде [15.23], Кот-д'Ивуар [15.66], Камерун [15.92], Латвия [16.06], Черногория [16.22], Белоруссия [16.49], Эритрея [17.26], Соломоновы Острова [17.37], Украина [17.73], Монголия [18.02], Казахстан [18.05], Уругвай [18.83].
	Свыше 20 случаев на 100 000 нас.: (n=15)	Литва [20.15], Ботсвана [20.22], Вануату [20.96], Республика Корея [21.16], Российская Федерация [21.6], Центральноафриканская Республика (ЦАР) [22.96], Мозамбик [23.19], Южно-Африканская Республика (ЮАР) [23.49], Зимбабве [23.63], Суринам [25.89], Микронезия [28.99], Кирибати [30.56], Эсватини [40.46], Гайана [40.85], Лесото [87.48].

стран с высокими КСС, занимая 11 место в рейтинге с общим показателем 21,6 на 100000 населения в 2019 г.

Соотношение КСС мужчин и женщин в мире (2019) составило 2,32:1. При этом в ряде стран данный показатель резко отличается от общемирового, обуславливая контраст от абсолютного

превосходства женских самоубийств в Антигуа и Барбуда (мужских самоубийств в 2019 г. не зарегистрировано) до преобладания мужских 13,38:1 на Соломоновых Островах. Тем не менее, в 181 из 183 государств-членов ВОЗ количество мужских самоубийств превышает женские.

А.



Б.

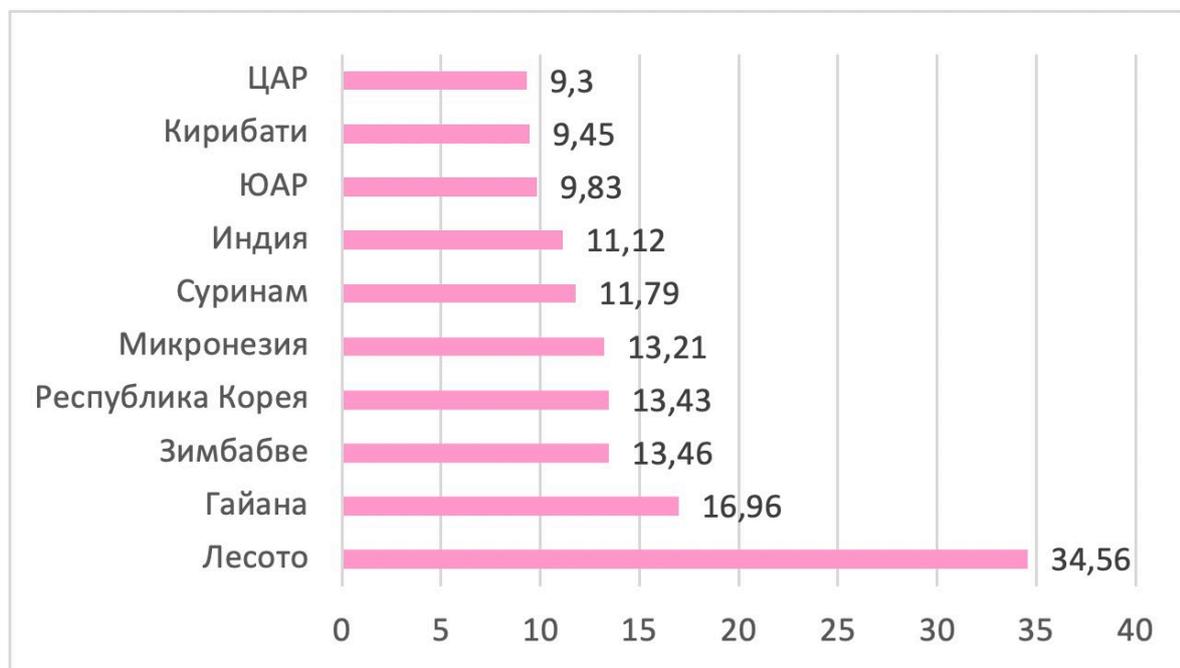


Рис. 2. Гендерные различия показателей суицидальной смертности в мире на примере стран с максимальными КСС (ВОЗ, 2019 г.), кол-во случаев на 100000 населения: а) мужская смертность; б) женская смертность.

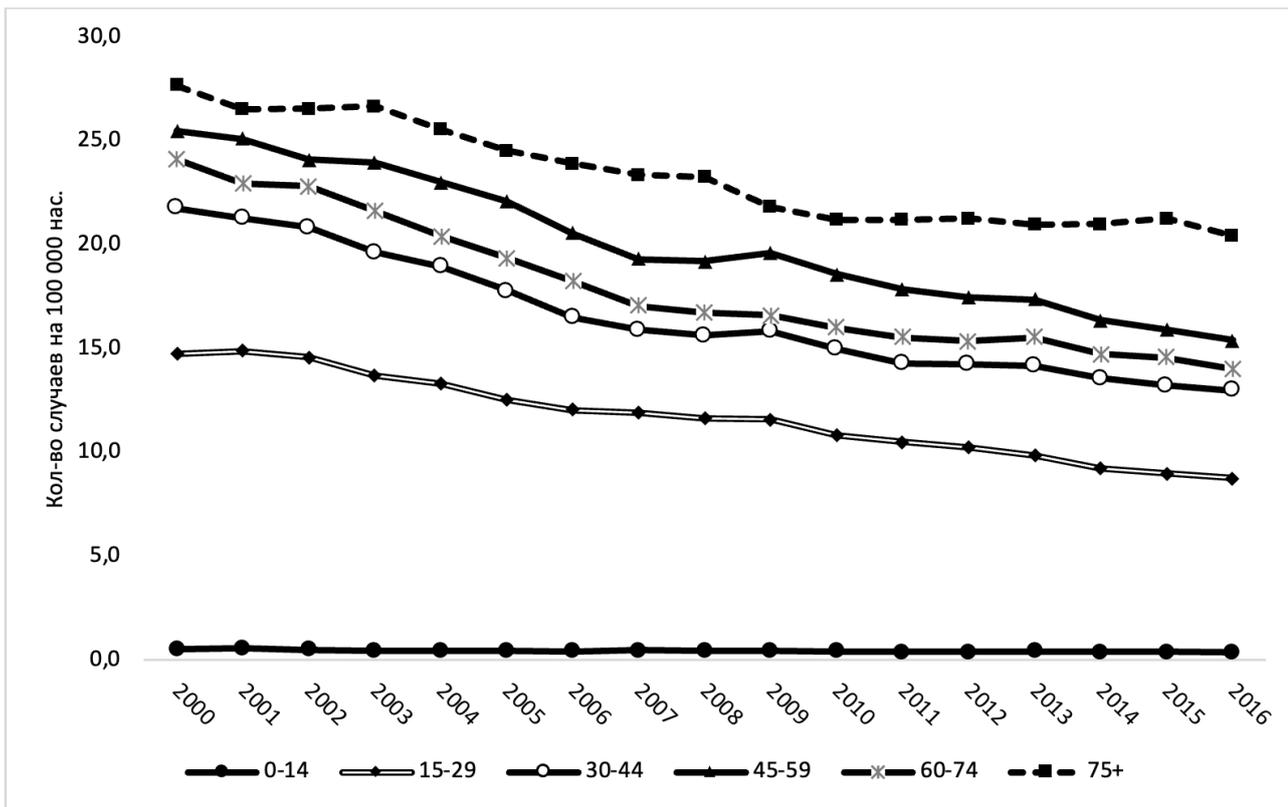


Рис. 3. Динамика по возрастных показателей суицидальной смертности популяции Европейского региона ВОЗ, количество случаев на 100000 населения (2000–2016).

Максимальные показатели суицидальной смертности в 2019 г., как у мужчин (146,9 на 100000) (рис. 2а), так и у женщин (34,56 на 100000) (рис. 2б) зарегистрированы в Лесото. Россия, входит в десятку стран с самыми высокими коэффициентами мужской суицидальной смертности.

Возрастные когорты

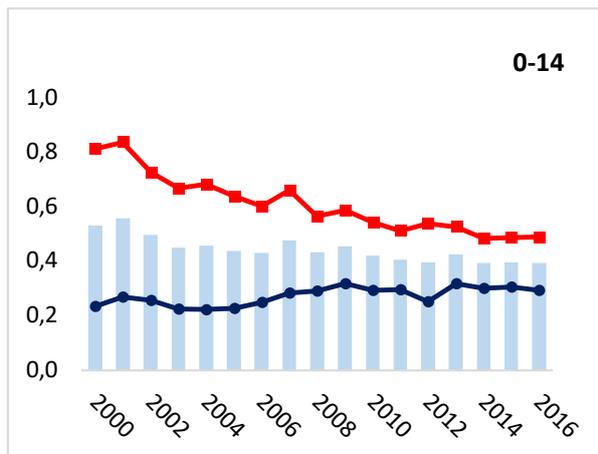
Согласно Европейскому порталу информации здравоохранения (ВОЗ)¹, за 17-летний период (2000–2016) максимальные показатели суицидальной смертности регистрируются в возрастной когорте 75+, снижаясь с 27,67 до 20,46 на 100000 населения ($R^2=0.9217$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$). Минимальные в интервале 0–14 лет: от 0,53 до 0,4 на 100000 населения. Отмечен благоприятный тренд по снижению КСС за указанный период в когорте 45–59 лет (с 25,5 до 15,4 на 100000 нас.; $R^2=0.9705$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$), 60–74 (от 24,1 до 14,01 на 100000 нас.; $R^2=0.9279$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$), 30–44 (от 21,77 до 12,99 на 100000 нас.; $R^2=0.9420$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$), 15–29 лет (от 14,76 до 8,76 на

100000 нас.; $R^2=0.9848$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$) (рис. 3).

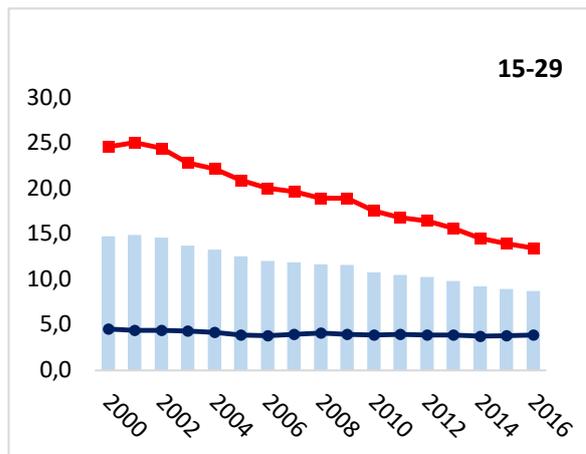
Мужская суицидальная смертность превышает женскую во всех возрастных когортах от 70,3% (75+) – 82,8% (30–44 лет) в 2000 г. до 40,8% (0–14 лет) – 80,2% (30–44 лет) в 2016 г. Отмечено снижение КСС у мужчин в возрастных интервалах 15–29 лет на 45,31% ($R^2=0.9883$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$), 30–44 лет на 41,2% ($R^2=0.9376$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$), 45–59 лет на 41,2% ($R^2=0.9719$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$), 60–74 лет на 41,8% ($R^2=0.9095$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$), 75+ на 24,4% ($R^2=0.9069$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$). Также зарегистрировано снижение женских КСС в когортах 30–44 лет на 35% ($R^2=0.9565$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$), 45–59 лет на 33,5% ($R^2=0.9571$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$), 60-74 лет на 45,5% ($R^2=0.9593$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$), 75+ на 40,8% ($R^2=0.9390$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$; $\alpha=0.05$) (рис. 4а–4е).

¹ URL: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-mortality-database/>

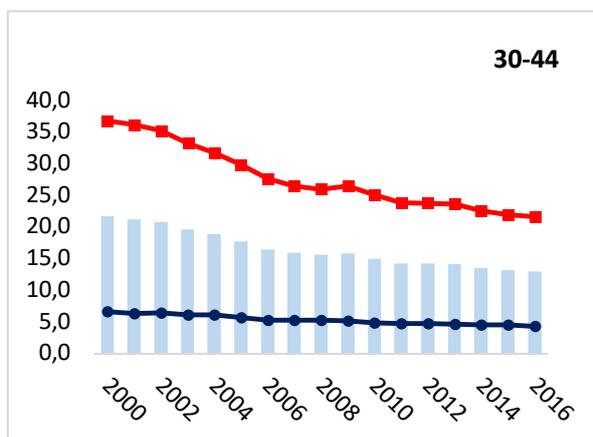
А.



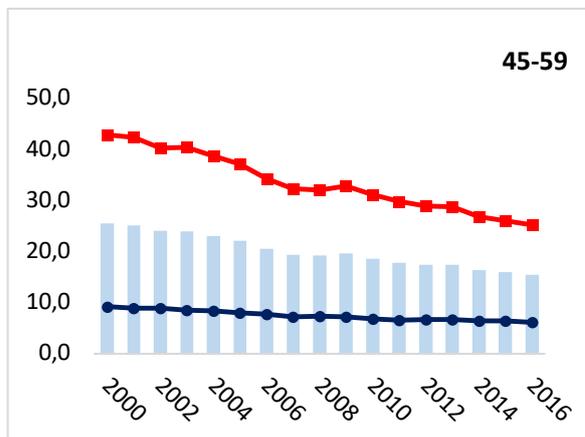
Б.



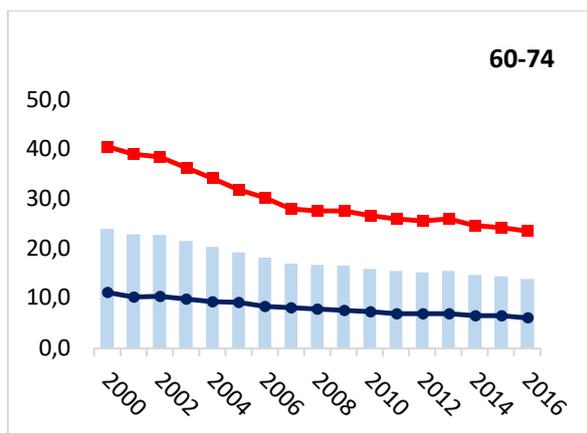
В.



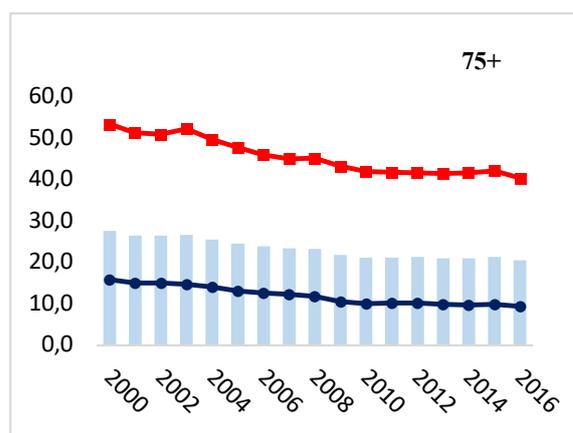
Г.



Д.



Е.



— Оба пола
— Мужчины
— Женщины

Рис. 4. Динамика повозрастных показателей суицидальной смертности популяции Европейского региона ВОЗ с учетом гендерных различий, количество случаев на 100000 населения (2000–2016): а) 0–14 лет; б) 15–29 лет; в) 30–44 лет; г) 45–59 лет; д) 60–74 лет; е) 75+ лет.

Очевидно, что уровни самоубийств неравномерно распределены по странам, полу, возрастным когортам и ряду иных показателей, что также обуславливает особенности уязвимых групп населения.

К настоящему моменту все факторы риска условно можно разделить следующим образом: демографические, социально-экономические, культуральные, психологические, биологические факторы, психические расстройства и иные.

Демографические факторы

Широко известный феномен «гендерного парадокса», заключающийся в преобладании суицидальных попыток у женщин, а завершённых суицидов у мужчин, предположительно объясняется влиянием гендерных моделей. Ранее отмечено, что свойственные мужчинам агрессивные паттерны поведения и отдельные элементы доминирующей мужественности, такие как самодостаточность и самостоятельность, связаны с риском аутоагрессии [1, с. 319–327]. Мужчины испытывают затруднения при обращении за медицинской помощью, их попытки, в отличие от женщин, чаще требуют интенсивной терапии, сопряжены с более высоким риском смерти, а длительность суицидального процесса намного короче. Cleary A.¹ (2012), отмечает, что, переживая длительную, значительную эмоциональную боль, в условиях, когда преобладающие конструкции мужественности ограничивают её выражение, мужчины предпочитают самоубийство обращению за помощью, эквивалентное, в их понимании, признанию собственной уязвимости.

Mallon S. et al. (2016) сделан вывод о роли насилия со стороны брачного партнера, гонимости, утраты, сексуального насилия и вопросов материнства в женской суицидальности. К факторам риска у молодых женщин Fairweather-Schmidt A.K. et al. (2010) относят безбрачие и диагностированное соматическое заболевание, в пожилом возрасте – тревожно-депрессивные расстройства. По мнению Mandal E. & Zalewska K. (2010), для женщин, совершивших парасуицид, характерны более низкая самооценка и слабые навыки межличностного общения, а также трудности в совладании со сложными ситуациями.

Существующий гендерный парадокс харак-

терен также для определенных возрастных когорт: практически повсеместно суицидальная смертность юношей превышает смертность девушек-подростков, при более высоких показателях парасуицидов и суицидальных мыслей у последних. Культурные представления о гендерном и суицидальном поведении могут иметь особое значение для подростков, поскольку они находятся в процессе определения своей идентичности и часто воспринимают идеи о «соответствующем» гендерном поведении более серьезно и буквально, чем взрослые [2, с. 339–351]. По данным Vieweg (2005), 16,8% неестественных смертей детей и подростков приходится на самоубийства, при этом McLoughlin et al. (2015) отметили, что те из них, кто больше всего нуждается в психиатрической помощи имеют к ней наименьший доступ.

Повышенный риск суицидального поведения в данной возрастной когорте тесно связан с виктимизацией со стороны сверстников и высоким уровнем стресса, подавленным настроением, авторитарным стилем воспитания и травмирующими событиями [3, с. 53–60], сексуальным опытом до 13-летнего возраста, ранним началом употребления алкоголя, инъекционным употреблением наркотиков и сексуальным насилием [4, 193–205]. По данным Almquist (2020), проявления суицидального поведения чаще встречаются у детей, помещенных в учреждения социального обслуживания с сохранением риска и по достижении совершеннолетия.

Еще одной категорией, требующей особого внимания и целевых профилактических мероприятий, являются лица пожилого возраста. К факторам риска суицидов пожилых относятся мужской пол, одиночество, утрата близкого человека, психические расстройства, наличие хронических и изнуряющих заболеваний, сопровождающихся глубокими психологическими страданиями². Обсуждается преимущественная роль в суицидогенезе пожилых размышлений о своей несостоятельности и недостатках в совокупности с возрастными ограничениями для искупления своей вины и исправления сложившейся ситуации. Ven Park B.C. & Lester D. (2006) отмечают рост социальной изоляции вследствие увеличения числа разводов у пожилых, что также может отразиться на показателях суицидальной смертности в данной категории населения.

¹ В ходе нашего исследования было использовано свыше 280 источников. Однако, технические возможности журнала не позволяют указать все эти источники в Списке использованной литературы. Библиографические данные многих статей будут представлены нами в последующих публикациях.

² URL: <https://www.mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/view/6312>

Брачный статус может оказывать как протективное влияние, так и способствовать развитию суицидального поведения. Суицид более распространен среди тех, кто одинок, разведен, или вдов [5, с. 747–753], в то время как брак принято считать защитным фактором. Однако это положение имеет особенности в зависимости от культурно-этнических факторов и гендерных ролевых моделей в конкретном обществе. Рост числа суицидов в Корее (1983–2002) в литературе связывают с числом браков и разводов. В тоже время Chang S.-S. et al. (2009) высказывают мнение, что мужские суициды в большей степени связаны с уровнем безработицы, чем с показателем разводов. Стоит отметить, что наличие детей также играет защитную роль, однако, это более характерно для женщин [6, с. 27–58].

Социально-экономические факторы

Кросс-национальное исследование в 26 европейских странах за 37-летний период продемонстрировало ассоциацию между резким ростом безработицы и краткосрочным подъемом суицидальной смертности как у женщин, так и у мужчин [7, с. 315–323]. Известно, что низкий уровень социально-экономического положения оказывает влияние на уровни суицидов, равно как тяжелый психосоциальный климат низкоквалифицированного труда. В исследовании Wetherall (2015) абсолютный доход ассоциировался с суицидальными мыслями и попытками как в течение всей жизни, так и на протяжении прошлого года. Kim M.-S. et al. (2017) сделан вывод о тесной связи незащищенной занятости с вероятностью развития новых депрессивных эпизодов, суицидальных мыслей и пониженным вниманием к собственному здоровью.

Особый интерес представляет направление, изучающее когортные эффекты в популяции: колебания показателей суицидов у рожденных в послевоенные годы, а также в периоды экономических преобразований. Так, в Японии рост числа самоубийств (1985–2010) обусловлен главным образом временными последствиями азиатского финансового кризиса конца 1990-х гг. В Южной Корее описан когортный эффект для тех, кто родился между Великой депрессией и в период последствий Корейской войны¹. Phillips J.A. (2014) предполагает наличие взаимосвязи между ослабленными формами социальной интеграции и ре-

¹ URL: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3020-2>

гулирования с ростом числа самоубийств у поколения послевоенных лет в США.

Этническая принадлежность

Неоднократно показано, что этнические группы являются группами риска суицидального поведения. Так, согласно ряду исследований, американские индейцы и коренные народы Аляски², а также латиноамериканцы [8, с. 435–455] имеют более высокие уровни суицидов, чем любая другая этническая группа в США, а КСС среди афроамериканцев традиционно ниже в сравнении с европеоидными американцами, согласно исследованию Utsey S.O. et al. (2007).

По результатам Kral M.J. (2013), КСС молодежи, принадлежащей к коренному населению циркумполярной зоны, традиционно выше общепопуляционных показателей. Описывая суицидальное поведение иннуитов Гренландии, Vjetregaard (2015) отмечает актуальность гендерного парадокса и подчеркивает связь между высокими КСС коренного населения и неудовлетворительными показателями психического здоровья среди молодых мужчин.

Ожидается создание стратегий, гибко подстраивающихся под потребности той или иной этнической группы и апеллирующих к культурным особенностям, сопряженных с пониманием и уважением к традиционным религиозным верованиям.

Психологические факторы

Литература по психологии суицидального поведения и проблеме самоубийства сфокусирована на личностных чертах и когнитивных особенностях суицидента. Среди первых особенно выделяют невротизм и импульсивность. Gvion Y. & Levi-Belz Y. (2018) показали, что импульсивность – серьезный фактор риска суицида, независимо от установленного психиатрического диагноза. Безнадежность, автобиографическая память, обременительность, болезненные руминации, дихотомическое мышление и когнитивная ригидность, а также навыки решения проблемных ситуаций – когнитивные переменные, прочно ассоциированные с суицидальным поведением [6, с. 27–58].

В ряде исследований обозначена связь суицидального риска в популяции с рядом психологических переменных: безнадежность, алекситимия, самооценка, трудности с коммуникацией, психологическая боль, импульсивность и агрессия, пси-

² URL: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6708a1.htm?s_cid=mm6708a1_w

хические расстройства и их коморбидность³.

Психические расстройства

Очевидна тесная связь между психиатрическим диагнозом и суицидальным поведением: распространенность психических расстройств у суицидентов составляет около 80%⁴, а уровень суицидов среди пациентов психиатрических стационаров, по данным Song Y. et al. (2020), в 5,13 раз выше, чем среди населения в целом. Так, при пограничном личностном расстройстве риск суицида в 45 раз превышает популяционный; у женщин с нервной анорексией в 31 раз. Депрессия дает 20-кратное повышение риска суицида, биполярное аффективное расстройство – 17-кратное, зависимость от опиоидов 14-кратное, шизофрения – 13-кратное⁵.

Chung D.T. et al. (2017) в своем метаанализе выделяют особую группу риска, которую формируют лица, выписавшиеся из стационара в течение 12 недель, но по мнению Isometsä E. et al. (2014), у мужчин с попыткой в анамнезе более высокий риск будет сохраняться неопределенное время. Безнадёжность от ощущения сопутствия психической болезни на протяжении всей жизни, её неотступности – важный фактор риска суицида у лиц с хроническим течением психического заболевания.

Наибольшим суицидальным риском сопровождаются депрессия и другие аффективные расстройства: симптомы депрессии признаны сильным независимым предиктором будущего самоубийства⁶, при этом Lépine J.-P. & Briley M. (2011) продемонстрировали, что 50% пациентов из стран с высоким уровнем доходов и до 85% пациентов из стран с низким уровнем в течение года находятся без лечения. Подростки с высокими уровнями депрессивных, тревожных симптомов и агрессии чаще предпринимали суицидальные попытки в более молодом возрасте и демонстрировали большее число расстройств, связанных со злоупотреблением ПАВ и склонностью к насильственным действиям [9, с. 150–155].

Изучен высокий риск для пациентов с алкогольной зависимостью, которая статистически значимо повышает риск суицидальных мыслей, попыток и суицидов⁷. По данным Østergaard

³ URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/11/4115/htm>

⁴ URL: <https://www.nature.com/articles/mp200929>

⁵ URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20128>

⁶ URL: <https://www.jpmp.org/journal/view.php?doi=10.3961/jpmp.16.012>

⁷ URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126870>

M.L.D. et al. (2017), зависимость от ПАВ тесно связана с риском завершённых суицидов и попыток самоубийств у людей с тяжелыми психическими расстройствами (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, депрессия и личностные расстройства), при этом Wetterling T. & Schneider B. (2013) указывают, что алкогольная интоксикация увеличивает суицидальность сама по себе.

Hengartner M.P. et al. (2020) отмечена связь между употреблением каннабиса в подростковом возрасте и депрессией с суицидальными наклонностями во взрослой жизни. По степени влияния на риск суицидального поведения хроническое употребление и интоксикация другими ПАВ сравнима между собой.

Назначение седативно-гипнотических препаратов оказывает влияние на суицидальное поведение, однако, по мнению ряда авторов, его сложно назвать в полной мере ятрогенным. От 20% до 40% пациентов с шизофренией совершают суицидальную попытку в течение жизни и 5% гибнет вследствие суицида⁸. Параноидный подтип шизофрении, где продуктивные симптомы преобладают, а негативные выражены незначительно, ассоциируется с риском самоубийства в 3–8 раз выше, чем при формах с выраженной дефицитарной симптоматикой [10, с. 171–190].

Особой проблемой является суицидальность пациентов с личностными расстройствами. Так уровень суицидов при пограничном расстройстве личности достигает 10%⁹.

Ряд исследователей обращает внимание на обсессивно-компульсивное расстройство, как фактор риска суицидального поведения: у трети респондентов с ОКР есть суицидальные мысли на момент исследования, половина отмечали их в прошлом, попытку предпринимает каждый десятый пациент [11, с. 1001–1021]. Hoang U. et al. (2014) выявили более высокие уровни суицидов в группе расстройств пищевого поведения, в частности анорексии и булимии, коэффициенты суицидальной смертности составили 11,5 и 4,1 на 100 тысяч населения соответственно.

Отмечена также ассоциация других психических расстройств и суицидального риска: деменции [12, с. 1083–1099], расстройств аутистического спектра [13, с. 237–246], тревожных [14] и посттравматического стрессового расстройства [15, с. 183–190].

⁸ URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/208392>

⁹ URL: <https://www.mdpi.com/1648-9144/55/6/223/htm>

Изучено влияние временного фактора и риск суицида на разных этапах психических заболеваний. В случае аффективных расстройств такой риск выше на начальных этапах болезни: в случае большой депрессии риск самоубийства самый высокий в первые три месяца, суицидальной попытки – в первый год¹. Vythilingam et al. (2003) показали, что при депрессии с психотическими симптомами, риск суицида выше в 2 раза: в течение 15 лет после стационарного лечения вследствие суицида гибнет 41% пациентов с психотической депрессией и 20% с депрессией без психотических симптомов. По данным Rihmer Z. & Rihmer A. (2019), независимо от длительности аффективного расстройства, риск суицида заметно снижается при успешной экстренной и долгосрочной фармакотерапии, дополняемой психосоциальными вмешательствами. Согласно обзору Haw C. et al. (2009), по вопросам ассоциации суицидального поведения и психических расстройств, при деменции максимальный суицидальный риск отмечен на ранней стадии.

В ряде случаев не было найдено корреляции между уровнями суицидальной смертности в популяции и смертности у лиц с психическими расстройствами, а прямое влияние психического расстройства на суицидальное поведение названо не столь глобальным и предопределяющим, как было указано ранее.

Самоповреждение в анамнезе

Coppersmith D.D.L. et al. (2017) расценивают историю несуйцидальных самоповреждений как предиктор возникновения суицидальных мыслей, а суицидальные мысли и парасуицид, по мнению Castellví P. et al. (2017) – фактор риска суицида в будущем. У пациентов с суицидальными попытками и мыслями риск суицида в последующий год после обращения за специализированной медицинской помощью выше, чем в популяции, а равно и риск смерти от иных внешних причин². Zambon F. et al. (2011) отмечена тесная связь между предыдущей госпитализацией в связи с травмами любого характера и подростковым суицидом: госпитализация в связи с самоповреждениями, или неуточненными повреждениями ассоциировалась с повышением риска суицида в 36–47 раз. По данным Molina (2019), около 25% умерших

¹ URL: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674371405901006?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%200pubmed

² URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2757488>

детей и подростков имели предыдущую историю попыток самоубийства или суицидальных мыслей. Замечено, что после 17–18 лет большинство суицидальных попыток – это повторные попытки, сопровождающиеся ростом намерений с возрастом и увеличением числа предыдущих попыток, а также сокращением временных периодов между попытками пропорционально их количеству³.

Суицидальные мысли и попытки в анамнезе не являются факторами риска сами по себе, но предваряют риск суицида только среди лиц с установленным диагнозом психического расстройства.

Биологические факторы

Обсуждается роль семейного анамнеза самоубийств и насилия в детстве в качестве независимых предикторов самоубийства. Так, по данным Rajalin M. et al. (2013), мужчины, предпринявшие попытку самоубийства, с положительным семейным суицидологическим анамнезом, совершали более серьезные и хорошо спланированные попытки, делая их более рискованными. Суицидальная попытка матери повышает риск самоповреждений с суицидальными намерениями, выводы по отцовской линии более слабые и незначительные [16, с. 509–517]. Также Kuramoto S.J. et al. (2010) отмечено, что самоубийство матери связано с повышенным риском госпитализации в психиатрический стационар с суицидальной попыткой у детей.

Неопределенная прогностическая ценность клинических факторов риска объясняет растущий интерес к потенциальным нейробиологическим коррелятам и специфическим маркерам самоубийств. Ранее, van Heeringen K. & Mann J.J. (2014), описали роль серотонинергической системы и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси в диатезе суицидального поведения. Изменения в серотонинергической системе, по мнению Dwivedi Y. (2012), ответственны за дефицит трансмиссии 5-НТ в ядрах шва и постсинаптических нейронах коры. Обсуждается роль эндоканнабиноидной системы головного мозга в развитии суицидального поведения⁴. Roy B. & Dwivedi Y. (2017) среди возможных механизмов, лежащих в основе эпигенетики суицидального поведения, отмечают особенности метилирования ДНК в префронтальной, фронтоорбитальной, фронтальной коре, зоне Вернике, гиппокампе и 8, 9, 4,

³ URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4380814/>

⁴ URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK107200/>

17, 44 и 10 полях Бродмана. Conejero I. et al. (2021) предположили влияние SARS-Cov-2 на развитие системного воспаления посредством воздействия на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему и никотиновые рецепторы, что также играет роль в нейробиологии суицидального поведения. Влияние воспаления на настроение и поведение может быть частично обусловлено метаболитами кинуренинового пути, особенностями нейровоспаления и нейротрансмиссии глутамата, а триггерами воспалительного процесса могут быть аутоиммунные процессы, нейротропные патогенные факторы, стресс и травматическое повреждение головного мозга⁵.

Иные факторы

Среди отдельных групп риска можно выделить лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы. Согласно показателям Bureau of Justice Statistics (США, 2011), уровни суицидальной смертности в тюрьмах в несколько раз превосходят показатели в общей популяции, что делает суицид второй по частоте причиной смерти у заключенных.

Отмечены более высокие уровни суицидов, независимо от метода, среди лиц, имевших лицензию на хранение огнестрельного оружия, при этом риск сохранялся на протяжении пяти и более лет с момента приобретения оружия⁶. По данным Vitt D.C. et al. (2018) увеличение числа владельцев огнестрельного оружия достоверно повышает уровни суицидов от огнестрельных ранений, а ограничение доступа к огнестрельному оружию, позволяет добиться снижения уровней самоубийств с помощью отдельных нормативных актов.

Среди факторов риска – принадлежность к определенным профессиям. Представители экстренных служб имеют более высокие показатели самоубийств в сравнении с популяцией. Они сталкиваются с регулярным острым и хроническим стрессом, а равно высокими уровнями депрессии и риском злоупотребления ПАВ, что может в свою очередь повышать суицидальный риск [17, с. 340–345]. Так, в исследовании Gyorffy (2016), показано, что по сравнению с другими профессиональными группами женщины–врачи имели худшие показатели психического здоровья в отношении депрессии, суицидальных мыслей и расстройств сна.

⁵ URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acps.12458>

⁶ URL: https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/ajph.87.6.974?urlver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed

Ряд соматических и неврологических расстройств ассоциирован с риском суицидального поведения. Так, к соматическим заболеваниям, сопряженным с риском самоубийства, относятся потенциально летальные заболевания: ВИЧ⁷ и новообразования [18, с. 25141–25150]. Травматическое поражение головного мозга, по данным Chang H.-K. et al. (2019), ассоциировано с повышенным риском суицидальных попыток как у подростков и молодежи, так и во взрослом возрасте. Сделан вывод о том, что перенесшие ОНМК пациенты, подвержены более высокому риску суицида в течение года следующего за выпиской, в случае коморбидности с депрессией риск возрастает [19, с. 21–25]. Согласно Brenner (2016), большему риску как попытки самоубийства, так и суицида подвержены пациенты, страдающие рассеянным склерозом. Нельзя исключить потенцирования риска суицидального поведения при коморбидности нескольких соматических диагнозов.

Отдельного упоминания заслуживает хронический болевой синдром, поскольку он связан с более высокой частотой депрессии, чем в популяции [20, с. 530–538].

Выводы

Несмотря на постоянно растущее количество научной литературы, по-прежнему существует необходимость в большем количестве исследований по вопросу факторов суицидального риска. Качественное и своевременное предоставление данных о суицидальном поведении может улучшить наше понимание этого комплексного феномена. С учетом того, что некоторые факторы демонстрируют разную ассоциацию с суицидальностью, в зависимости от региона, последующие исследования должны быть сосредоточены на специфических местных и культурных контекстах. Подобный подход оптимизирует региональные и национальные системы здравоохранения по оказанию кризисной помощи.

⁷ URL: <https://www.hindawi.com/journals/drt/2015/609172/>

REFERENCES

1. Pirkis J., Spittal M. J., Keogh L., Mousaferiadis T., Currier D. Masculinity and suicidal thinking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2017, vol. 52 (3), pp. 319–327.
2. Canetto S.S. Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 1997, vol. 27 (4), pp. 339–351.
3. Huang H.-L., Peng W.-D., Lin Y.-C., Lee C.-H., Hu C.-Y., Huang S.-T. Gender-specific factors associated with the suicidal ideation of children in Taiwan: A large-scale cross-sectional study. *International Journal of Psychology*, 2019, vol. 54 (1), pp. 53–60.
4. Epstein J.A., Spirito A. Gender-specific risk factors for suicidality among high school students. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 2010, vol. 14 (3), pp. 193–205.
5. Heikkinen M.E., Isometsä E.T., Marttunen M.J., Aro H.M., Lönnqvist J.K. Social Factors in Suicide. *British Journal of Psychiatry*, 1995, vol. 167 (6), pp. 747–753.
6. O'Connor R., Platt S., Gordon J. *International Handbook of Suicide Prevention: research, policy and practice*. New York, John Wiley & Sons, 2011. 696 p.
7. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet*, 2009, vol. 374 (9686), pp. 315–323.
8. Duarte-Vélez Y.M., Bernal G. Suicide behavior among Latino and Latina adolescents: Conceptual and methodological issues. *Death Studies*, 2007, vol. 31 (5), pp. 435–455.
9. Hart S.R., Van Eck K., Ballard E.D., Musci R.J., Newcomer A., Wilcox H.C. Subtypes of suicide attempters based on longitudinal childhood profiles of co-occurring depressive, anxious and aggressive behavior symptoms. *Psychiatry Research*, 2017, vol. 257, pp. 150–155.
10. Pompili M., Mancinelli I., Ruberto A., Kotzalidis G. D., Girardi P., Tatarelli R. Where schizophrenic patients commit suicide: A review of suicide among inpatients and former inpatients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2005, vol. 35 (2), pp. 171–190.
11. Pellegrini L., Maietti E., Rucci P., Casadei G., Maina G., Fineberg N. A., Albert U. Suicide attempts and suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2020, vol. 276, pp. 1001–1021.
12. Serafini G., Calcagno P., Lester D., Girardi P., Amore M., Pompili M. Suicide Risk in Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Current Alzheimer Research*, 2016, vol. 13 (10), pp. 1083–1099.
13. Zahid S., Upthegrove R. Suicidality in Autistic Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Crisis*, 2017, vol. 38 (4), pp. 237–246.
14. De La Vega D., Giner L., Courtet P. Suicidality in Subjects With Anxiety or Obsessive-Compulsive and Related Disorders: Recent Advances. *Current Psychiatry Reports*, 2018, vol. 20 (4), p. 26.
15. LeBouthillier D.M., McMillan K.A., Thibodeau M.A., Asmundson G.J.G. Types and Number of Traumas Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in PTSD: Findings From a U.S. Nationally Representative Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 2015, vol. 28 (3), pp. 183–190.
16. Geulayov G., Metcalfe C., Heron J., Kidger J., Gunnell D. Parental suicide attempt and offspring self-harm and suicidal thoughts: Results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2014, vol. 53 (5), pp. 509–517.
17. Vigil N. H., Grant A. R., Perez O., Blust R. N., Chikani V., Vadeboncoeur T. F., Spaitte D. W., Bobrow B. J. Death by Suicide-The EMS Profession Compared to the General Public. *Prehospital Emergency Care*, 2019, vol. 23 (3), pp. 340–345.
18. Zhong B.-L., Li S.-H., Lv S.-Y., Tian S.-L., Liu Z.-D., Li X.-B., Zhuang H.-Q., Tao R., Zhang W., Zhuo C.-J. Suicidal ideation among Chinese cancer inpatients of general hospitals: Prevalence and correlates. *Oncotarget*, 2017, vol. 8 (15), pp. 25141–25150.
19. Chang H.-K., Hsu J.-W., Wu J.-C., Huang K.-L., Chang H.-C., Bai Y.-M., Chen T.-J., Chen M.-H. Risk of attempted suicide among adolescents and young adults with traumatic brain injury: A nationwide longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 2019, vol. 250, pp. 21–25.
20. Fishbain D. A., Bruns D., Bruns A., Gao J., Lewis J. E., Meyer L. J., Disorbio J. M. The Perception of Being a Burden in Acute and Chronic Pain Patients Is Associated with Affirmation of Different Types of Suicidality. *Pain Medicine*, 2016, vol. 17 (3), pp. 530–538.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Носова Евгения Сергеевна – заведующая отделением, Калужская областная психиатрическая больница имени А.Е. Лифшица, г. Калуга; соискатель ученой степени, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: nosova.evgenya@lenta.ru
ORCID: 0000-0002-8275-7749
Author ID 957567

Спасенников Борис Аристархович – доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-5668-6457
Author ID 441681

Александрова Оксана Юрьевна – заместитель директора, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: alexandrovaoyu@nriph.ru
ORCID: 0000-0002-0761-1838
Author ID 596298

AUTHORS

Evgeniia Nosova – Head of Department, Kaluga Regional Psychiatric Hospital, Kaluga; Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: nosova.evgenya@lenta.ru
ORCID: 0000-0002-8275-7749
Author ID 957567

Boris Spasennikov – Doctor habil. in Medicine, Doctor habil. in Law, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-5668-6457
Author ID 441681

Oxana Alexandrova – Deputy Director, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: alexandrovaoyu@nriph.ru
ORCID: 0000-0002-0761-1838
Author ID 596298

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Носова Е.С. Эпидемиология самоубийств в мире и факторы риска суицидального поведения / Е.С. Носова, Б.А. Спасенников, О.Ю. Александрова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2021. – № 4. – С. 4–17.

FOR CITATION:

Nosova E.S., Spasennikov B.A., Alexandrova O.Yu. Epidemiology of suicides in the world and review of risk factors of suicidal behavior. *Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* [Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health], 2021, no. 4, pp. 4–17 (in Russian).