

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУИЦИДОЛОГИИ

Материалы
межрегиональной
научно-практической
конференции
с международным
участием

16–17 мая 2024 г.

Иркутск – 2024

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

ИРКУТСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ – ФИЛИАЛ ФГБОУ ДПО
«РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ» МИНЗДРАВА РОССИИ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУИЦИДОЛОГИИ

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

16–17 мая 2024 г.

Иркутск – 2024

УДК 616.89-008.441.44

ББК 56.14

А43

Актуальные вопросы суицидологии: Материалы межрегиональной научно-практической конференции, Иркутск, 16–17 мая 2024 г. / Под ред. д.м.н. О.П. Ворсиной. – Иркутск: ИНЦХТ, 2024. – 242 с.

ISBN 978-5-98277-395-1

Сборник содержит материалы по классификации, распространенности, социально-демографическим, клиническим, этнокультуральным особенностям суицидального поведения. Приведены результаты практической работы по организации различных звеньев суицидологической службы.

Издание предназначено для врачей-психиатров амбулаторной и стационарной сети, медицинских психологов, врачей общесоматической практики.

Редакционная коллегия

д.м.н. **Ворсина О.П.** (ответственный редактор),

к.м.н., доцент **Колягин В.В.**,

к.м.н., доцент **Петрунько О.В.** (зам. ответственного редактора)

Рецензент

Собенников В.С. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО

«Иркутский государственный медицинский университет»

Минздрава России

ISBN 978-5-98277-395-1



© Коллектив авторов, 2024 г.

© ГУЗ ИОПНД, 2024 г.

© ГБОУ ДПО ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России, 2024 г.

© ФГБНУ ИНЦХТ, 2024 г.

MINISTRY OF HEALTH OF THE IRKUTSK REGION
IRKUTSK REGIONAL PSYCHONEUROLOGICAL DISPENSARY
IRKUTSK STATE MEDICAL ACADEMY OF POSTGRADUATE EDUCATION –
BRANCH CAMPUS OF THE RUSSIAN MEDICAL ACADEMY OF CONTINUING
PROFESSIONAL EDUCATION

TOPICAL ISSUES OF SUICIDOLOGY

**PROCEEDINGS OF THE INTERREGIONAL
SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE**

May 16–17, 2024

Irkutsk – 2024

Topical Issues of Suicidology: Proceedings of the interregional research-to-practice conference, Irkutsk, May 16–17, 2024 / Ed. by Dr. Sc. Vorsina O.P. – Irkutsk: ISCST, 2024. – 242 p.

ISBN 978-5-98277-395-1

The collection contains materials on the classification, prevalence, socio-demographic, clinical, ethnocultural characteristics of suicidal behavior. The results of practical work on the organization of various links of the suicidological service are presented.

The publication is intended for outpatient and inpatient psychiatrists, medical psychologists, general medical practitioners.

Editorial board:

O.P. Vorsina, Dr. Sc. (Med.) – editor-in-chief

V.V. Kolyagin, Cand. Sc. (Med.)

O.V. Petrunko, Cand. Sc. (Med.) – deputy editor-in-chief

Reviewer:

V.S. Sobennikov – Dr. Sc. (Med.), Professor, Head of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Irkutsk State Medical University

ISBN 978-5-98277-395-1



© Composite authors, 2024

© Irkutsk Regional Psychoneurological Dispensary, 2024

© Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education –
Branch Campus of the Russian Medical Academy
of Continuing Professional Education, 2024

© Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Абдуллаева В.К., Алиев Б.А.</i> Оценка риска формирования суицидального поведения у мужчин с первичным бесплодием ..	11
<i>Арзамазова Л.П.</i> Роль экстренной психологической помощи по единому номеру «112» в профилактике самоубийств	17
<i>Аюрзанаева И.И.</i> Особенности ведения диалога по телефону с абонентами с суицидоопасными намерениями	26
<i>Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.</i> Особенности суицидальных тенденций в пубертатном периоде ..	30
<i>Быков Ю.В., Быкова А.Ю., Беккер Р.А.</i> Каппа-опиоидный антагонизм и /или мю-опиоидный агонизм в предотвращении острой суицидальности при аффективной патологии	42
<i>Быков Ю.В., Быкова А.Ю., Беккер Р.А.</i> Цитокины и суицидальная активность	48
<i>Быков Ю.В., Быкова А.Ю., Беккер Р.А.</i> О проблеме суицидальной активности у беременных	54
<i>Ворсина О.П., Бронникова С.Н.</i> Анализ суицидального поведения населения Иркутской области в 2023 году	61
<i>Ганиханов А.А.</i> Анализ динамики завершенных суицидов в Республике Узбекистан за 2018–2022 годы	71
<i>Иванова Л.А., Елисеева Т.А., Горшкова В.И., Иванова И.А.</i> Особенности самоповреждающего поведения в клинике приступообразной шизофрении	73
<i>Канавина С.С.</i> Пресуицид: работа с пациентом, остро переживающим утрату (клинический случай)	80
<i>Канавина С.С., Лобанова О.В.</i> Актуализация смысложизненных ориентаций в работе с суицидальными пациентами	84
<i>Козлов М.Ю.</i> Какова роль «темной триады» в суицидальном поведении?	90
<i>Колягин В.В., Чернигова Е.П.</i> Подростковый суицид (клинический случай)	95
<i>Кузьмина К.Н., Крахмалева О.Е.</i> Организация оказания помощи лицам, находящимся в кризисном состоянии, на территории Омской области	103
<i>Кульбакина Т.А.</i> Аутоагрессивное поведение детей и подростков в Томской области	108

<i>Кунафина Е.Р.</i> Особенности личности и пресуицидального периода суицидентов	110
<i>Кунафина Е.Р., Тулбаева Н.Р.</i> Опыт работы по профилактике суицидов в Республике Башкортостан в 2022–2023 гг.	113
<i>Кунафина Е.Р., Афзалетдинова Д.Х., Курамшина З.А.</i> Особенности завершенных суицидов в детском и подростковом возрасте (по данным комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз)	116
<i>Любов Е.Б.</i> Психофармакотерапия эмоционально неустойчивого личностного расстройства: фармакоэпидемиологический аспект	122
<i>Мокрицкая А.Н., Григорьева А.А.</i> Экзистенциальные переживания у подростков с опытом несуйцидального самоповреждающего поведения	125
<i>Ольховская Ю.А.</i> Повышение эффективности суицидологической помощи пожилым людям	129
<i>Петрова Н.Н.</i> Суицидальность пациентов молодого возраста на ранних этапах развития психических расстройств	136
<i>Петрунько О.В., Тарасенко Т.В., Васильковская О.А., Кузнецова И.А., Задарновская Г.Л., Швецова А.В.</i> Предикторы повторных общественно опасных действий психически больных	140
<i>Петрунько О.В., Шаманская Е.А., Дианова С.В., Васильковская О.А.</i> Клинико-демографические особенности женщин с психическими расстройствами, совершивших убийство своих детей и находящихся на стационарном принудительном лечении	150
<i>Раева Т.В., Балбаров Б.Б., Миронов А.А.</i> Суициды у пожилых в период пандемии COVID-19	160
<i>Розанов В.А., Лаская Д.А., Батлук Ю.В., Красько Е.Л., Шаболтас А.В.</i> Суицидальное поведение студентов вузов: некоторые особенности и перспективы превенции в России	164
<i>Рустамова Ж.Т.</i> Роль аффективных нарушений в возникновении суицидального поведения у больных эпилепсией	174
<i>Садурская О.С., Чигрова В.Е.</i> Комбинированная терапия тревожных расстройств невротического уровня	181

<i>Собенников В.С., Лобков С.А.</i> Отдельные аспекты суицидального поведения больных шизофренией (на основе анализа стационарного контингента)	197
<i>Утеулиева П.Г., Рогов А.В.</i> Роль зависимости от социальных сетей в развитии несуйцидального поведения у подростков	201
<i>Файзуллоев Х.И.</i> Гендерные особенности аутодеструктивного поведения подростков таджикской культуры	204
<i>Файзуллоев Х.И., Пенявская А.В.</i> Взаимосвязь показателей суицидального риска, агрессии и типа акцентуаций у подростков таджикской культуры	207
<i>Худина Ю.С.</i> Особенности локуса контроля и аффективно-поведенческих реакций у пациентов с органическим расстройством личности, совершивших суицид	212
<i>Худина Ю.С., Власенко Е.В.</i> Оценка взаимосвязи риска суицида и центральной сенситизации	220
<i>Чернышова А.А., Логачева А.А., Кривошапова Т.Н., Обухова А.А.</i> Использование биопсихосоциального подхода в разработке программ реабилитации для подростков с суицидальными тенденциями	226
<i>Чеснокова Е.А.</i> Анализ завершенных суицидов среди населения г. Тулуна и Тулунского района Иркутской области в 2013–2023 гг.	228
<i>Шматова Ю.Е.</i> Факторы риска субъективной тревоги и депрессии у старшего поколения в России: итоги выборочного наблюдения состояния здоровья 2023 г.	234

CONTENTS

<i>Abdullaeva V.K., Aliev B.A.</i> Assessment of the risk of suicidal behavior in men with primary infertility	11
<i>Arzamazova L.P.</i> The role of emergency psychological assistance in a suicide prevention by the «112» common emergency number ..	17
<i>Ayurzanaeva I.I.</i> Features of conducting a dialogue on the phone with subscribers with suicidal intentions	26
<i>Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Suleymanov Sh.R., Sharipova F.K.</i> Features of suicidal tendencies in puberty	30
<i>Bykov Yu.V., Bykova A.Yu., Bekker R.A.</i> Kappa-opioid antagonism and/or mu-opioid agonism in the prevention of acute suicidality in affective disorders	42
<i>Bykov Yu.V., Bykova A.Yu., Bekker R.A.</i> Cytokines and suicidal activity ...	48
<i>Bykov Yu.V., Bykova A.Yu., Bekker R.A.</i> On the problem of suicidal activity in pregnant women	54
<i>Vorsina O.P., Bronnikova S.N.</i> Analysis of suicidal behavior of the population of the Irkutsk region in 2023	61
<i>Ganikhanov A.A.</i> Analysis of completed suicides dynamics in the Republic of Uzbekistan from 2018 to 2022	71
<i>Ivanova L.A., Eliseeva T.A., Gorshkova V.I., Ivanova I.A.</i> Features of self-injurious behavior in the clinic of paroxysmal schizophrenia .	73
<i>Kanavina S.S.</i> Pressuicide: working with a patient acutely experienced loss (clinical case)	80
<i>Kanavina S.S., Lobanova O.V.</i> Actualization of meaningful values in working with suicidal patients	84
<i>Kozlov M.Y.</i> What is the role of the “dark triad” in suicidal behavior? ...	90
<i>Kolyagin V.V., Chernigova E.P.</i> Adolescent suicide (clinical case)	95
<i>Kuzmina K.N., Krahmaleva O.E.</i> Organization of assistance to person in crisis in the Omsk region	103
<i>Kulbakina T.A.</i> Self-aggression in children and adolescents in the Tomsk region	108
<i>Kunafina E.R.</i> Personality and presuicidal period of suicidents	110
<i>Kunafina E.R., Tulbayeva N.R.</i> Work experience in suicide prevention in the Republic of Bashkortostan in 2022–2023	113

<i>Kunafina E.R., Afzaletdinova D.H., Kuramshina Z.A.</i> Features of complete suicide in children and adolescents (according to comprehensive forensic psychiatric examinations)	116
<i>Lyubov E.B.</i> Psychopharmacotherapy of borderline personality disorder: pharmacoepidemiological aspect	122
<i>Mokritskaya A.N., Grigorieva A.A.</i> Existential experiences in adolescents with experience of non-suicidal self-injurious behavior	125
<i>Olkhovskaya Yu.A.</i> Improving the effectiveness of suicidal care for the elderly people	129
<i>Petrova N.N.</i> Suicidality in young patients at the early stages of development of mental disorders	136
<i>Petrunko O.V., Tarasenko T.V., Vasilkovskaja O.A., Kuznecova I.A., Zadarnovckaja G.L., Shvetcova A.V.</i> Predictors of repeated socially dangerous actions in mentally ill patients	140
<i>Petrunko O.V., Shamanskaya E.A., Dianova S.V., Vasilkovskaja O.A.</i> Clinical and demographic features of women with mental disorders who have committed the murder of their children and are under inpatient compulsory treatment	150
<i>Raeva T.V., Balbarov B.B., Mironov A.A.</i> Suicides in the elderly during the COVID-19 pandemic	160
<i>Rozanov V.A., Laskaja D.A., Batluk Yu.V., Kras'ko E.L., Shaboltas A.V.</i> Suicidal behavior among university undergraduates: some patterns and prevention perspectives in Russia	164
<i>Rustamova Zh.T.</i> The role of affective disorders in the emergence of suicidal behavior in patients with epilepsy	174
<i>Sadurskaya O.S., Chigrova V.E.</i> Combination therapy for anxiety disorders of a neurotic level	181
<i>Sobennikov V.S., Lobkov S.A.</i> Some aspects of suicidal behavior in schizophrenia	197
<i>Uteulieva P.G., Rogov A.V.</i> The role of dependence on social networks in the development of nonsuicidal behavior in adolescents	201
<i>Faizulloev H.I.</i> Gender characteristics of self-destructive behavior of adolescents of Tajik culture	204
<i>Faizulloev H.I., Penyavskaya A.V.</i> The relationship of indicators of suicidal risk, aggression and accentuation in adolescents of Tajik culture	207

<i>Khudina Ju.S.</i> Peculiarities of locus of control and affective-behavioral reactions in patients with organic personality disorder who committed suicide	212
<i>Khudina Ju.S., Vlasenko E.V.</i> Assessment of the relationship between suicide risk and central sensitization	220
<i>Chernyshova A.A., Logacheva A.A., Krivoshchapova T.N., Obukhova A.A.</i> The use of a biopsychosocial approach in the development of rehabilitation programs for adolescents with suicidal tendencies .	226
<i>Chesnokova E.A.</i> Analysis of completed suicides among the population of Tulun and Tulun district of Irkutsk region in 2013–2023	228
<i>Shmatova Yu.E.</i> Risk factors for subjective anxiety and depression in the older generation in Russia: results of a selective observation of the state of health in 2023	234

В.К. АБДУЛЛАЕВА, Б.А. АЛИЕВ

**ОЦЕНКА РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ У МУЖЧИН С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент,
Республика Узбекистан

V.K. ABDULLAEVA, B.A. ALIEV

**ASSESSMENT OF THE RISK OF SUICIDAL BEHAVIOR IN MEN
WITH PRIMARY INFERTILITY**

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Актуальность

Проблемы бесплодного брака в основном представлены в исследованиях зарубежных авторов. Так, отмечены психологические особенности мужчин и женщин с бесплодием (Boivin J., Eugster A., Peterson B.D.), выявлены нарушения семейного и социального функционирования (Lund R., Schmidt L., Sejbaek C.S.), описаны наиболее стрессовые методы восстановления репродуктивной функции и особенности преодоления трудностей во время лечения (Hjelmstedt A., Lemmens G.M., Pook M., Verhaak C.M.). В отечественной психологии существуют единичные работы, посвященные проблеме бесплодия: исследования функционирования семейной системы без детей (Хабалашвили Т.А.), особенности репродуктивной установки бесплодных мужчин и женщин (Карымова О.А.). Традиционно бесплодие связывалось с нарушением репродуктивной функции у женщины, поэтому большая часть исследований направлена на изучение психологических особенностей бездетных женщин или же проблемы бесплодного брака в целом (Васильева В.В., Орлов В.И., Свяцкевич И.Ю., Eugster A., Peterson B.D.). В отечественной психологии недостаточно исследований функционирования бездетной семьи, на данный момент немногочисленны исследования, посвященные изучению психологического состояния и особенностей поведения мужчин и особенностей поведения в бесплодном браке, что и определяет актуальность данного исследования. Изучение особенностей совладающего поведения

мужчин, состоящих в бесплодном браке, оценка возможных суицидальных тенденций позволит выявить психологические детерминанты совладания в ситуации бесплодия и раннее выявление риска развития суицида у данного контингента населения.

Цель исследования

Изучить психоэмоциональные изменения и копинг-стратегии мужчин с первичным бесплодием, своевременное оказание медико-психологической помощи пациентам иммунологического профиля и вопросы превенции развития психоэмоциональных изменений на самых ранних этапах их формирования.

Материал и методы исследования

В основу исследования положены данные обследования мужчин с первичным бесплодием, находившихся на амбулаторном лечении, получавших комплексную терапию в виде фармакотерапии и психотерапии в течение 3-х лет наблюдения в Республиканском специализированном научно-практическом центре иммунологии. Обследованы 140 мужчин с первичным бесплодием верифицированным диагнозом инфертильности. Для выявления эмоциональных изменений (уровня тревожности) использовался экспериментально-психологический метод исследования (тест Спилбергера – Ханина). Использовался метод определения копинг-стратегий по тесту Плутчика, Келлермана, Конте (Методика – Индекс жизненного стиля). Для редукции психоэмоциональных изменений у мужчин с первичным бесплодием проводились групповые и индивидуальные занятия медицинскими психологами и психотерапевтами в течение 3-х месяцев по специально разработанной реабилитационной программе. Диагноз первичного бесплодия был верифицирован согласно диагностическим критериям МКБ-10. Специально разработанная карта обследования, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов для выявления факторов риска формирования заболеваний иммунологического профиля с учетом копинг-стратегий и уровнем тяжести психоэмоциональных расстройств. Особенности суицидального поведения у мужчин с первичным бесплодием изучены с помощью Колумбийской шкалы суицидального риска (C-SSRS).

Результаты и обсуждение

Исследование реактивной и личностной тревожности при помощи шкалы Спилбергера – Ханина установило, что пациенты иммунологического профиля склонны к формированию реактивной тревожности средней степени выраженности депрессии и развитию личностной тревожности более глубокой степени выраженности. Проявление личностной тревожности было достоверно интенсивнее у больных при ОСП3 и ОСП2 в отличие от пациентов с ОСП 1-й стадии ($p < 0,05$). В то же время максимальные показатели выраженности реактивной (ситуативной) тревожности отмечались при ОСП 3-й стадии. Анализируя межгрупповое сравнение полученных результатов исследования, можно предположить, что с утяжелением клинических проявлений ОСП в клинико-динамическом аспекте прогрессирует усиление личностной и реактивной тревожности пациентов.

Механизм защиты по типу отрицания используется пациентами всех групп исследования с целью блокирования информации о своем реальном состоянии и во избежание негативных переживаний, связанных с представлением о возможном формировании почечной недостаточности. Отрицание подразумевает инфантильную подмену принятия окружающими – позитивным вниманием с их стороны, привлекая его к себе всеми доступными индивиду способами, в том числе жалобами психосексуального и урологического контента.

Повышенная регрессия говорит об инфантильности личностных реакций, установке на зависимое поведение, получение помощи и поддержки извне, так как большая часть больных отличается низкой социальной адаптацией. Высокие баллы по регрессии могут быть отчасти вызваны самой ситуацией нахождения в больнице.

Повышенное подавление соответствовало стремлению избежать тревожащей информации. Блокирование страха происходило путем забывания о реальном стимуле, фактах и обстоятельствах, ассоциативно связанных с ним.

В группе больных с ОСП1 достоверно преобладают: подавление, компенсация и реактивное образование; в группе пациентов с ОСП2 достоверно преобладает регрессия (8,97); а в группе пациентов с ОСП3 статистически значимо преоб-

ладает замещение (7,68). Напряженность «компенсации» в группе с ОСП1 выше, в сравнительном аспекте с пациентами других групп. Компенсация предполагает попытку исправления или нахождения замены реальной или мнимой потери, утраты. Выраженность реактивного образования была достоверно выше у пациентов с ОСП1, и характеризует собой выражение неприемлемых для личности мыслей, чувств и поведения с помощью развития противоположных реакций. Сочетание механизмов психологической защиты по типам «проекция» и «отрицание» свидетельствуют об осознанности болезненного состояния как психотравмирующей ситуации, ее рациональной эмоционально подавленной интерпретации. Однако, отсутствие должного эмоционального реагирования приводит к ситуации психологического конфликта и снижению значимости травмирующих моментов.

Результаты изучения механизмов совладающего поведения у пациентов иммунологического профиля определило, что замещение способствует накоплению внутреннего беспокойства, формируя очаги застойного эмоционального напряжения, что способствует усугублению течения хронического бесплодия. Межгрупповой анализ результатов исследования механизмов совладающего поведения по типу замещения свидетельствует о прогрессирующем нарастании показателей в клинико-динамическом аспекте в зависимости от формы мужского бесплодия.

Для выявления социально-психологических предикторов риска развития заболеваний иммунологического профиля, его клинического оформления и прогноза нами произведено исследование структуры механизма психологической защиты (МПЗ) у мужчин с первичным бесплодием среди трех диагностических групп в зависимости от степени тяжести заболевания – ОСП1, ОСП2 и ОСП3, которое определило, что у мужчин с первичным бесплодием наблюдается высокий уровень напряженности механизмов психологической защиты (согласно тесту Плутчика, Келлермана, Конте – Методика: Индекс жизненного стиля). По всем шкалам в суммарной оценке были получены высокие баллы (ОСП1 – 55,89; ОСП2 – 56,52; ОСП3 – 54,75), при этом доминирующими являются механизмы совладающего поведения по типу отрицания, подавления и регрессии.

Для установления особенностей суицидальных тенденций у пациентов нами была использована Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS) (Posner K., Brown G.K., Stanley B. et al., 2011). Это тестирование определяет как тяжесть суицидальной попытки, так и риск развития повторных суицидальных попыток (Петрова Н.Н., 2013). Шкала дает возможность оценить внутренние формы суицидального поведения: суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения. Пассивные суицидальные мысли представляли собой переживания и фантазии, связанные с тематикой смерти. Актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением расценивались как активная форма проявления суицидальности. Пассивные суицидальные мысли имели место всего у 8,2 % пациентов, активные неспецифические мысли о самоубийстве при отсутствии размышлений о конкретных способах лишения себя жизни – у 13,1 % пациентов. У большинства мужчин суицидальные идеи носили актуальный характер, в 22,9 % случаев включая размышления о способе самоубийства, в 19,7 % случаев – суицидальные намерения при отсутствии конкретного плана действий, в 36,1 % случаев – актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением. Различия между суммарной частотой выявления пассивных и неспецифических мыслей о самоубийстве (21,3 %) и суммарной частотой выявления актуальных суицидальных идей (78,7 %) обладали статистической достоверностью ($p < 0,001$). Колумбийская шкала оценки тяжести суицида позволяла определить роль сдерживающих (антисуицидальных) факторов, препятствующих реализации суицидальных тенденций, в число которых были включены вероисповедание, семья, страх перед болью или смертью. При опросе 84,5 % мужчин положительно ответили на вопрос о том, что эти факторы определенно удержали их от совершения суицидальной попытки, 22 % – допускали вероятность их влияния, 3,5 % отметили отсутствие уверенности в возможности протективных факторов предотвратить суицидальную попытку.

Выводы

Определено влияние мужской инфертильности на формирование психоэмоциональных нарушений у лиц, страдающих

мужским бесплодием. В большей мере наблюдаются тревожно-депрессивные расстройства, а в меньшей степени у пациентов регистрируется фобическая и дисфорическая симптоматика, провоцирующая риск развития суицидального поведения. Установлено, что с утяжелением клинических проявлений мужской infertility прогрессирует усиление уровня тревожности, достигающие максимальных значений при высоких показателях олигоспермии, что является предиктором появления активных суицидальных мыслей с намерением и планированием совершения суицида. Наличие мужской infertility сопровождается снижением показателей физической составляющей качества жизни пациентов иммунологического профиля, по психическому здоровью и социальной активности регистрируются значительные отличия от нормативных данных по сравнению со здоровой популяцией и ухудшение показателей качества жизни в зависимости от формы мужского бесплодия.

Литература

1. *Abdullaeva V.K., Faizullaeva N.Ya., Musakhodzhaeva D.A., Yarmukhamedov A.S.* Specific features of psycho-emotional disorders in men with impaired fertility // *European journal of pharmaceutical and medical research.* – 2020. – Vol. 7 (12). – P. 56–58.
2. *Abdullaeva V.K.* Features of psycho-emotional changes in women during pregnancy // *ISJ Theoretical & Applied Science.* – 2017. – Vol. 02 (46). – P. 122–124.
3. *Babarakhimova S.B., Mirvorisova Z.Sh., Fayzullaeva K.R.* Art therapy of digestive disorders in patients with paranoid schizophrenia // *Problems of biology and medicine.* – 2023. – N 1 (142). – P. 29–33.
4. *Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al.* Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // *Danish Scientific Journal.* – 2020. – Vol. 3, N 5. – P. 24–27.
5. *Sattarov T.F.* Integrative methods of psychotherapy in adolescents // *Science and Innovation.* – 2024. – N 2. – P. 40–44. – <https://doi.org/10.5281/zenodo.10636317>
6. *Sattarov T.F., Babarakhimova S.B.* Efficacy of art therapy in adolescents // *Вестник интегративной психологии. Журнал для психологов.* Вып. 30 / Под ред. В.В. Козлова, Ш.Р. Баратова, М.Н. Усмановой. – Бухара – Ярославль: МАПН, 2023. – С. 279–283.

Сведения об авторах

Абдуллаева Васила Каримбековна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского педиатрического медицинского института (Ташкент, Узбекистан; e-mail: vasila.abdullaeva@tashpmi.uz)

Алиев Бурхан Артурович – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского педиатрического медицинского института (Ташкент, Узбекистан; e-mail: AliyevBurhan2006@gmail.com)

Л.П. АРЗАМАЗОВА

**РОЛЬ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ЕДИНОМУ НОМЕРУ «112» В ПРОФИЛАКТИКЕ
САМОУБИЙСТВ**

ГКУ Иркутской области «Безопасный регион», г. Иркутск

L.P. ARZAMAZOVA

**THE ROLE OF EMERGENCY PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE IN A SUICIDE
PREVENTION BY THE «112» COMMON EMERGENCY NUMBER**

State Institution of the Irkutsk Region «Safe Region», Irkutsk

Самоубийства и покушение на самоубийство представляют собой серьезную проблему общества. Суициды занимают третье место среди причин смерти человека в возрасте от 15 до 45 лет и более чем в половине случаев они совершаются в рамках психических расстройств и длительных состояний, связанных с психотравмирующей ситуацией. Количество покушений на самоубийство в десятки раз превосходит число завершенных суицидов, что значительно увеличивает масштабность проблемы.

В проблему суицидального поведения вовлечено 5 млн. россиян или более 3 % населения страны. Потери от преждевременной смерти в связи с самоубийствами превысили таковые от иных внешних причин и сравнимы с потерями вследствие злокачественных новообразований и ИБС.

Если бы не самоубийства, разрыв между смертностью и рождаемостью в стране был бы меньше на 15 %. Каждый 50-й умерший россиянин уходит из жизни добровольно. Средний возраст самоубийцы-мужчины 42 года, женщины – 44 года. Суициды лидируют в ранжире бремени от смертей молодежи в связи с внешними причинами.

Уровни суицидов и их динамика – общепринятый показатель социально-психологического благополучия страны, а также косвенный показатель нуждающихся в неотложной профилактической и антикризисной помощи.

Таблица 1

*Количество обращений, поступивших в «Систему-112»
за 2023 год*

№ п/п	Месяц	Поступивших в систему «112»	Оказано психологической помощи	Консультативных (справочных)	Количество вызовов, 01	Количество вызовов, 02	Количество вызовов, 03	Количество вызовов, 04	Количество граждан, обратившихся по вопросам COVID-19
1	I	89913	215	3096	1124	9219	22882	75	19
2	II	76331	188	2374	891	8103	18953	89	37
3	III	86581	171	2551	950	9412	21047	61	29
4	IV	89556	195	2844	1820	10037	20667	49	54
5	V	101330	198	2784	2749	11295	20855	35	14
6	VI	99753	134	2988	1284	11031	20181	58	6
7	VII	101768	173	3502	1252	13002	21368	33	8
8	VIII	97932	149	3231	1136	11892	20553	39	1
9	IX	91702	142	2720	1060	10519	20471	51	7
10	X	88746	96	2722	1342	10492	19921	40	6
11	XI	81566	164	2386	1134	9218	21045	49	49
12	XII	100319	170	3838	1373	10898	28385	106	61
Всего:		1105497	1995	35036	16115	125118	256328	685	291

Прогнозируемый ВОЗ рост распространенности депрессивных состояний, являющихся доказанным фактором риска суицидального поведения, ПТСР, как последствия СВО, диктуют необходимость оптимизации и повышения эффективности суицидологической помощи населению.

В осуществлении экстренной психологической помощи ведущее значение принадлежит экстренной линии «112», которая предназначена для неотложного психотерапевтического купирования кризисных состояний. Количество обращений, поступивших в «Систему-112» за 2023 год, представлено в таблице 1.

Определение сенсорной модальности

Хотя дистанционное консультирование по единому номеру «112» использует только слуховой канал коммуникации, не стоит полагать, что дело ограничивается только аудиальной информацией. Абоненты бывают по-разному ориентированы. У них можно выделить в основном три стиля восприятия (системы репрезентации): слуховой, зрительный и кинестетический. Изредка встречается обонятельный и вкусовой. Если у человека преобладает та или иная сенсорная модальность то, скорее всего, она будет доминировать всю жизнь. Но это не означает, что другие стили восприятия у него будут отсутствовать.

Понимание того, что каждый человек имеет преобладающий стиль восприятия, облегчает психологу установление эмпатических отношений. Определение ведущей модальности проводится на основе выявления предиктов (глаголов, прилагательных, наречий) с помощью которых абонент описывает проблемную ситуацию.

Большая часть людей ориентирована зрительно, и это легко определить в беседе по использованию глаголов визуальной модальности: вижу, рисую, наблюдаю и т.д. Меньшая часть абонентов имеют слуховую ориентацию, что определяется в беседе по глаголам, которые они используют: звучит, произносится, гремит и т.д. Еще меньше абонентов оказываются ориентированы на кинестетический стиль общения. Им нравятся глаголы «взрываюсь, дрожу, использую, создаю и т.д.», они отличаются тем, что используют комфорт только в процессе активной деятельности, обязательно стремятся быть физически вовлеченными

даже в конфликтную ситуацию. Сенсорная модальность является своего рода лингвистическим диалектом абонента. Психологу имеет смысл оперативно освоить его и использовать в диалоге. Это открывает пути для поиска конструктивных решений.

Некоторые абоненты используют в ходе консультативных бесед жаргон. Профессиональное отношение психолога к нему должно быть двояким. Специалисту следует знать и понимать жаргонные выражения, поскольку они могут открывать путь к эмпатическим отношениям с собеседником. Однако содержательная сторона жаргона является ограниченной, используя его, невозможно достичь конструктивных изменений. Его применение психологом необходимо только для достижения начального взаимопонимания. Как только оно появилось, следует избегать отход от жаргона путем использования синонимов или близких слов из арсенала нормативной лексики, значение которых для дальнейших позитивных изменений существенно выше.

Некоторые абоненты широко используют термины психологии и психиатрии для описания своего состояния, например, «фрустрация», «стресс», «депрессия», «апатия», «панические атаки» и т.д. Перешедшие в сферу обыденного сознания, они из научных понятий превратились в застывшие ярлыки. Их следует принять, но вслед за этим планомерно побуждать абонента к описанию его состояния или желаемых целей в конкретных терминах действий (вижу, слышу, чувствую). Например, описание конкретных признаков имеющейся депрессии делает их видимыми, осязаемыми, измеримыми, т.е. более доступными осознанию. Кроме того, создается возможность для их отстраненного восприятия. Затем наиболее значимыми для абонента признаки депрессии, например, страх, переводятся в действия («Что вас страшит сейчас?»). Глаголы способствуют осознанию временности и текучести этих признаков. Никакое действие не может длиться вечно. Более того, оказывается, что действие (например, то, что тревожит человека) имеет гораздо большее отношение к обычной жизни, чем к такому патологическому состоянию, как депрессия, поэтому оно может восприниматься как нечто вполне естественное и приносить утешение.

Одним из существенных этапов дистанционного диалога является его завершающая стадия. Перед многими психологами

встает вопрос: как и когда, завершить диалог? Часто диалог завершается по обоюдному согласию сторон при его конструктивном течении после коррекции чувств абонента или разрешения проблемной ситуации. Вместе с тем, в ряде случаев в заключительной стадии диалога психолог должен брать на себя ответственность за его завершение. Эта инициатива, как правило, нуждается в согласии с одним из основных правил дистанционной помощи – психолог не должен завершать первым беседу.

Если специалист чувствует, что:

- а) обсуждение ситуации повторяется вновь и вновь;
- б) абонент становится зависимым;
- в) он не может в силу длительного разговора быть «здесь-и-теперь» полезным из-за усталости или фрустрации, то ему следует принять решение и приложить усилия к завершению беседы. Наилучшим способом является подытоживание чувств, проблем и ситуаций абонента: «Итак, мы пришли с Вами к тому, что...», «по-видимому, следовало бы подвести итог...» При подытоживании необходимо быть кратким, твердым и эмпатически настроенным, еще раз напомнить абоненту о том, что его звонку всегда рады и он может в любое время обратиться с возникающими у него проблемами, ровно, как и в случае, если потребуется дальнейшее обсуждение.

В завершающей стадии консультативного диалога может возникнуть потребность отказать абоненту в тех или иных его желаниях и мотивах. Отказ может оказаться полезным, если абонент:

- 1) предпочитает вести беседу с консультантом определенного пола;
- 2) настойчиво интересуется личностью или деталями жизни консультанта;
- 3) требует наставлений;
- 4) настаивает на встречи с консультантом или просит перезвонить ему;
- 5) ведет беседу типа «да, но...» в качестве ответной реакции на множество предложенных консультантом решений и альтернатив;
- 6) рассказывает различные истории или говорит о мелочах;
- 7) просит: «подождите пока я...»;

- 8) все время повторяется;
- 9) ждет гарантий или стремится переложить всю ответственность на консультанта;
- 10) консультант исчерпал все свои внутренние резервы и нуждается в завершении разговора.

Отказывать в продолжении консультативной беседы следует решительно и в то же время мягко. Если абонент выражает сомнение, что консультант из-за возраста очень компетентен для решения его проблем, можно сказать: «Ваше утверждение звучит так, будто вы полагаете, что я слишком молод, чтобы помочь Вам и Вашим трудностям». При необходимости можно осторожно вводить разнообразные ограничения: «я не могу..., поскольку...» «Этот вопрос вызывает у меня некоторые затруднения, так как...».

Главная трудность завершающей стадии – это опасность стать жертвой манипулятивного отношения со стороны абонента. Любые манипуляции нужно встречать с твердостью. Важно помнить, что, подытоживая и заканчивая разговор, его нужно действительно завершить.

В Иркутской области в 2017 году была создана психологическая служба как структурное подразделение системы «112», для работы с лицами, находящимися в кризисных и суицидоопасных состояниях. По своей доступности помощь по единому номеру «112» во много раз превосходит любой другой вид психотерапии: помощь можно получить анонимно, круглосуточно, бесплатно, конфиденциально; Во многих случаях психотерапевтическая помощь по единому номеру «112» представляет собой единственно необходимый вид помощи клиентам, переживающих кризисные и суицидоопасные состояния.

Активное выявление таких клиентов – главная задача психологов службы, работающих по единому номеру «112» и, прежде всего, уделяется большое значение выявлению кризисных и суицидальных тенденций у абонента.

Из таблицы 2 видно, что количество обратившихся высок, особенно выросли кризисные обращения в 2023 году. Количество обращений на единый номер «112» постепенно растет, что объясняется вышеперечисленными преимуществами дистанционной помощи, а также постоянной популяризации «112» в средствах

массовой информации. В сутки поступает до 25 обращений за психологической помощью.

Таблица 2

Количество психологических консультаций при обращении на экстренную линию «112» с 2020 по 2023 гг.

№ п/п	Год	Количество психологических консультаций	Кризисные состояния	Суицидальные тенденции
1	2020	1694	1597	97
2	2021	1490	1396	94
3	2022	1112	1074	38
4	2023	1995	1971	24
Итого:		6291	6038	253

Структура обращения на «112»

По времени суток обращения в 2023 году распределяются следующим образом:

с 08:30 до 18:00 – 31,9 % обращений;

с 18:00 до 23:00 – 20,6 % обращений;

с 23:00 до 08:30 – 47,5 % обращений.

Сравнительный анализ данных по полу в 2023 году показал, что сохраняется преобладание женского пола над мужским. Доля обращений женщин составляет 75–78 % от общего количества обращений. Среди причин преобладания женщин-абонентов в контексте вербальных обращений можно выделить следующее: большая социальная экстравертируемость, стремление получить постороннюю помощь; несамостоятельность и инфантильность в структуре личности.

Низкий процент обращений мужчин на экстренную линию «112» (22–25 %), скорее всего, обуславливается культурными стереотипами. Так, обращение мужчины за помощью часто ассоциируется с немужским типом поведения.

По тематике обращений в 2023 году звонки подразделяются на проблемные, информационные, «немые» звонки. Отмечается тенденция к увеличению числа проблемных звонков.

Сравнительный анализ полученных данных позволяет увидеть сохранение в 2020–2023 гг. процентного соотношения категорий профильных, непрофильных и «немых» обращений на экстренную линию «112»: первое место по количеству обращений занимают профильные звонки, требующие непосредственно психологической помощи (79–95 % от общего числа обращений), далее идут непрофильные обращения, и наименьшее количество звонков – это «немые» обращения. Необходимо отметить, что такая тенденция отмечалась и в прошлые годы.

Знание психологической проблематики обращений на единый номер «112» является для психологов вопросом профессиональной компетенции, прогностичности и эффективности. Поэтому анализу проблематики звонков отводится важное место. Анализ проблематики обращений показал, что в 2020–2023 гг. наиболее актуальной проблемой, с которой обращаются на экстренную линию «112», остается проблема здоровья (такие звонки составляют 37–38 % от всех профильных обращений). Так, большое количество профильных обращений составляют консультации от соматически инвалидизированных лиц, одиночество которых является в значительной степени вынужденным. Эти люди могут быть одинокими в социальном плане – не создавшими, либо утратившими семью (так называемое паспортное одиночество) или иметь недостаточную социализацию, то есть страдать из-за отсутствия эмоциональных контактов, несмотря на формальное наличие семьи, родных. Одиночество не только приводит к субъективно тягостным переживаниям, но и представляет потенциальную суицидоопасность. Для всех абонентов рассматриваемой группы, особенно соматически ивалидизированных лиц, характерны повторные обращения в ночные часы, так как большинство из них страдает нарушениями сна.

На втором месте по обращаемости в 2020–2023 гг. стоят проблемы зависимостей. Статистика утверждает, что из каждых четырех человек, по крайней мере, у одного среди близких был алкоголик.

Алкоголик в семье – это всегда большие проблемы, нередко перерастающие в драмы и даже трагедии. Что делать, если любимый человек начал пить? Отправить к наркологу? А если не пойдет, скажет, что у него нет проблем, с которыми он не мог бы

справиться сам. К тому же редкий алкоголик считает себя больным. Не отставать и постоянно попрекать? От этого еще больше тянет выпить. Таким образом, по меньшей мере, 25 % абонентов – члены семей, близкие друзья или любимые алкоголиков.

На третьем месте в 2020–2023 гг. стоят проблемы семейных и супружеских отношений. Такие обращения за дистанционной помощью связаны, прежде всего, с охлаждением чувств в супружеской паре, уходом одного из супругов из семьи, разрывом с любовным партнером, изменой и т.д. (11–12 % от проблемных обращений).

Затем идут проблемы, связанные с детско-родительскими отношениями, конфликтами, ссорами между детьми и родителями (9 % от профильных обращений).

В 2021 году ситуация несколько изменилась: на второе место вышли проблемы семейных отношений и на третьем месте – проблемы принятия себя.

Любой обратившийся за экстренной помощью на единый номер «112» и нуждающийся в дальнейшем наблюдении и, возможно, лечении, направляется на консультацию к психиатру, психотерапевту, наркологу, ему проводится соответствующее психодиагностическое исследование, при тяжелом психическом состоянии возможно направление в психиатрический стационар (оформление вызова психиатрической бригады).

Кризисные и суицидальные тенденции рассматриваются как внутренние формы суицидального поведения. У большинства абонентов, кто говорит или признает наличие суицидальных мыслей, к этой идее имеются амбивалентные или смешанные чувства. Важной задачей психолога является проявлять мягкую, осторожную заботу об абоненте, помочь человеку понять то, ради чего стоит жить. То, чего в действительности хочет большая часть самоубийц – это чтобы кто-нибудь был небезразличен к ним, проявил заботу, вселил надежду.

Сведения об авторе

Арзамазова Людмила Петровна – психолог I категории Государственного казенного учреждения Иркутской области «Безопасный регион» (664007, г. Иркутск, ул. Карла Либкнехта, 61, e-mail: milena_psy@mail.ru)

И.И. АЮРЗАНАЕВА

**ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДИАЛОГА ПО ТЕЛЕФОНУ
С АБОНЕНТАМИ С СУИЦИДООПАСНЫМИ НАМЕРЕНИЯМИ**

ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер»,
г. Иркутск

I.I. AYURZANAIEVA

**FEATURES OF CONDUCTING A DIALOGUE ON THE PHONE
WITH SUBSCRIBERS WITH SUICIDAL INTENTIONS**

Regional state budgetary healthcare institution «Irkutsk Regional
Psychoneurological Dispensary», Irkutsk

Служба «Телефон доверия» в г. Иркутске организована и включена в состав системы суицидологической помощи, на базе психоневрологического диспансера. Основная цель деятельности «Телефон доверия» – оказание экстренной, психологической, психотерапевтической и иных видов помощи населению средствами телефонного консультирования. Психологическая помощь, осуществляемая по телефону, по некоторым параметрам является более предпочтительной, чем очное консультирование. Такую помощь можно получить анонимно, круглосуточно, бесплатно и конфиденциально. Телефонное консультирование обеспечивает новое качество медико-психологического обслуживания и имеет огромный терапевтический потенциал: можно оказывать помощь людям, находящимся в кризисном или суицидоопасном состояниях, которые по каким-либо причинам не могут получить ее иным способом. Одну из задач экстренного психологического консультирования можно обозначить как восстановление эмоционального равновесия, формулирование проблемы, расширение пространственно-временной зоны восприятия, увеличение числа и разнообразия вариантов решения проблемы, помощь в восстановлении или установлении социальных и межличностных связей.

В работе с абонентами с суицидоопасными тенденциями используется следующий алгоритм:

1. При поступлении звонка по теме суицида проясняется запрос, определяется стадия развития. Это суицидальные мысли, это намерения, или это суицидоопасное поведение.

2. На этапе оказания эмоциональной поддержки используются техники отражения и контейнирования эмоций, проводится работа с чувствами абонента.

Важно дать понять абоненту, что его слышат. Сообщить, что его голос звучит расстроено, или зло, или депрессивно, или испуганно. Сообщить, какие чувства слышны в голосе. «Уже сам факт Вашего звонка по теме самоубийства ясно дает понять, что Вам сейчас очень плохо и Вам требуется помощь. Это очень тяжело переживать, давайте обсудим, чем я вам могу помочь. Здесь важно дифференцировать эмоциональное состояние абонента, определить, что в приоритете – тревога, растерянность, раздраженность, агрессия, подавленность, тоска.

Далее проводится анализ существующих рисков. Здесь важно уточнить, абонент хочет покончить с собой в ближайшее время? «Есть ли у Вас план? Какой?», «Как часто возникают эти мысли? Как долго они длятся?» Ответы абонента на эти вопросы помогут определить серьезность его намерений. Если абонент путается, не может сказать что-то определенное, то, несмотря на весь его настрой и запрос, который он обозначил – это, скорее всего, стадия суицидальных мыслей. В состоянии абонента необходимо учитывать:

- переживание безысходности;
- восприятие абонентом неразрешимости ситуации;
- «тоннельное» восприятие ситуации абонентом.

3. Осуществляется сбор информации о ситуации, с помощью обобщений, перефразирования, обратной связи, резюмирование. Очень важный момент – обязательно дать возможность высказаться абоненту.

4. Этап поиска ресурсов. «Можно ли как-то выйти из Вашего положения?» «Кто мог бы тебя поддержать?» «Обращались ли Вы за помощью?»

К каким ресурсам можно обратиться:

- ресурсы, помогающие жить (то, ради чего стоит жить);
- ресурсы как катализаторы изменений (то, что помогает справляться со своим эмоциональным состоянием, помогает обдумать проблему, использовать копинг-стратегии);

- ресурсы отношений: возможности отношений с другими людьми – семья, отношения, друзья, общение, контакты, сообщества, поддержка коллег, социальные связи, социальный статус;
- личные ресурсы: личные качества, интересы, увлечения, жизненные ценности, смыслы, предназначение, вера, знания, опыт, навыки. Как абонент уже решал сложные проблемы или эту проблему в прошлом?
- телесные ресурсы: области благополучия, источники жизни (психическое и физическое здоровье, секс, спорт, танцы, бег, плавание, тактильные, обонятельные ощущения и пр.).
- ресурсы окружающей среды: путешествия, новые места, люди, прогулки: движение, контакт с собой и с природой, а также контакты со стихиями: с водой, смотреть на огонь, ощущать дуновение ветра, лежать на земле, на песке, идти босиком по траве, лепить из снега, играть в снежки.

5. Следующий этап – переформулирование запроса, задачи. Пример: абонент сообщает, что он никому не нужен. Встречный вопрос психолога может звучать так: «А есть люди, которые нужны вам?»

Проводится обсуждение перечня возможных способов решения ситуации. Психолог помогает выбрать оптимальный вариант решения.

6. Резюмирование полученных выводов. Производится закрепление мотивации на реализацию решений. На этом этапе у абонента могут возникать плач, агрессия, усталость, эйфория. Работать с ними нужно, как и с любой другой эмоцией кризисного состояния. Намечаем конкретный план на ближайшее будущее: «Вы обдумаете все, что мы обсудили и перезвоните завтра».

Для установления, формирования доверительного контакта, в самом начале беседы, рекомендуется использовать такой метод, как «Техника активного слушания», которая состоит из:

- эхо-техники – это повторение отдельных слов или словосочетаний абонента без изменений;
- уточнения – уточняем самые мелкие подробности;
- пауза – когда абонент заканчивает говорить – психолог держит паузу. Пауза дает возможность подумать, осмыслить, осознать, добавить что-то к рассказу;

- сообщения о восприятии – это возможность сообщить абоненту, что психолог понял мысль позвонившего, его эмоции и состояние. «Я понимаю, как тебе сейчас больно, обидно, страшно и т.д.», «В такие моменты хочется плакать, хочется, чтобы тебя пожалели»;

- развитие мысли – осуществление попытки подхвата и продвижение далее хода основной идеи или мысли абонента;

- отражение чувств – т.е. выражение эмоциональной позиции собеседника на основе наблюдений психологом «мне кажется, вас это волнует, раздражает и т.д.»;

- сообщение о восприятии себя – психолог сообщает абоненту о том, как изменилось его состояние в результате слушания «Меня заделали ваши слова»; «Я почувствовала волнение внутри»;

- замечания о ходе беседы – когда психолог сообщает абоненту, как можно осмыслить беседу в целом: «Похоже, мы достигли общего понимания проблемы»; «Похоже, что наши точки зрения совпадают по этому вопросу»;

- перефразирование – т.е. пересказ той же мысли, но, иными словами. Перефразирование дает возможность абоненту увидеть/услышать, что его правильно понимают. В противном случае – есть возможность вовремя внести коррективы. При перефразировании ориентируемся на смысл и содержание сообщения, а не на эмоции, которыми оно сопровождается, «Если я вас правильно понимаю...», «Поправьте меня, если я ошибаюсь, но вы говорите, что...», «Другими словами вы считаете...». Данный прием уместен тогда, когда абонент логически завершил один из фрагментов рассказа и собирается с мыслями, чтобы продолжить;

- резюмирование, т.е. подведение промежуточных итогов из сказанного абонентом в процессе монолога: «Итак, мы с Вами обсудили следующее...»; «Вы сейчас мне рассказали о...», «Ваша основная идея, как я поняла, в том, что...», «Если подытожить сказанное, то...».

Общие правила при работе на ТД:

- беседа завершается по обоюдному согласию сторон при его конструктивном течении после разрешения чувств абонента и коррекции ситуации;

- соблюдение одного из основных принципов телефонного консультирования – первым завершает разговор и кладет трубку абонент;

- интонация, которая используется должна быть мягкой, но твердой; не должно быть заискивания перед абонентом, не должно быть угоджающих нот;

- тембр голоса – лучше использовать низкий; низкий голос вызывает больше доверия, чем высокий.

Таким образом, используя в работе перечисленные методы и техники, психологи телефона доверия помогают абонентам снижать психоэмоциональное напряжение и находить в себе силы справляться с аутодеструктивными тенденциями.

Сведения об авторе

Аюрзанаева Ирина Ивановна – медицинский психолог «Телефон Доверия» ОГБУЗ ИОПНД (664022, г. Иркутск, пер. А. Сударева, 6)

**С.Б. БАБАРАХИМОВА, В.К. АБДУЛЛАЕВА, Ш.Р. СУЛЕЙМАНОВ,
Ф.К. ШАРИПОВА**

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент,
Республика Узбекистан

**S.B. BABARAKHIMOVA, V.K. ABDULLAEVA, SH.R. SULEYMANOV, F.K.
SHARIPOVA**

FEATURES OF SUICIDAL TENDENCIES IN PUBERTY

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Введение

В последние десятилетия все виды аутодеструктивного поведения признаются суицидоопасными, особенно в подростковом периоде, однако на сегодняшний день нет единой универсальной общепринятой теории возникновения суицидального поведения, которая позволяла бы идентифицировать суицидальный риск и прогнозировать самоубийства и эквивалентные ему формы деструктивных тенденций (Абдуллаева В.К. с соавт.,

2020). В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагоприятного эмоционального микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями (Мухторов Б.О. с соавт., 2022).

В научных трудах большинство исследователей проводят корреляционную взаимосвязь аутоагрессивных тенденций с девиантными и деликвентными формами поведения, социализированными расстройствами поведения (Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., Abbasova D.S., 2019). Возникновению несуйцидального самоповреждающего поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются у подростков соматическими симптомами и поведенческими эксцессами (Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al., 2020). По мнению ряда исследователей, суицидальные тенденции обусловлены развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов, а также возникновением психопатологических нарушений, вызывающих аутодеструктивное поведение, в связи с патологическими внутрисемейными взаимоотношениями (Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V., 2020). По данным ряда авторов, микросоциальное окружение, в том числе семья, стили родительского воспитания и образовательные учреждения способствуют риску развития аутоагрессивного поведения у детей и подростков (Мухторов Б.О. с соавт., 2022).

Цель исследования

Изучить клинические особенности суицидальных тенденций у подростков для ранней превенции и оптимизации психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы исследования

Обследовано 111 подростков с поведенческими нарушениями и суицидальными намерениями депрессивного генеза. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев акцентуированных личностных черт по МКБ-10 – Z73.1. Вся исследуемая выборка была распределена на две группы в зависимости

от наличия аутоагрессивных тенденций самоповреждающего характера несуйцидального генеза. В основную группу были отобраны 61 подросток с самоповреждающими действиями. В группу сравнения вошли подростки с отсутствием суицидальных тенденций и аутоагрессии. Личностные особенности подростков мы определяли при помощи Модифицированного патохарактерологического диагностического опросника (МДПО) (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 2001). Структурированный личностный опросник, разработанный сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержал перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования несуйцидального самоповреждающего поведения с учетом личностных особенностей.

Результаты исследования и обсуждения

Одной из основных задач нашего исследования являлось изучение особенностей суицидальных тенденций у подростков, включая типы суицидального поведения, его мотивы, способы реализации суицидальных намерений. Наиболее частым типом суицидального поведения у обследованных нами подростков оказался демонстративный, наблюдавшийся у 29 (47,5 %) больных. Относительно реже (20 больных; 32,8 %) у подростков выявлялось суицидальное поведение аффективного типа. Истинное суицидальное поведение выявлено у 12 (19,7 %) подростков. Подавляющее большинство (80,3 %) подростков не имели истинных намерений расстаться с жизнью, скорее демонстрируя суицидальное поведение или действуя импульсивно под влиянием сильных эмоций, тогда как формирование истинного суицидального поведения у них наблюдалось достоверно реже (19,7 %). У большинства подростков суицидальные идеи носили актуальный характер, различия между частотой выявления пассивных и неспецифических мыслей о самоубийстве (21,3 %) и частотой выявления актуальных суицидальных идей (78,7 %) обладали статистической достоверностью. У большинства подростков после госпитализации в психиатрический стационар суицидальные идеи продолжали сохранять актуальный характер, возникали ежедневно и продолжались много часов на протяжении

дня, не подчиняясь волевому контролю. Основными мотивами суицидального поведения были стремление привлечь внимание к своим проблемам, месть обидчикам, попытки облегчить душевную боль. Значительная часть подростков пессимистически оценивала влияние сдерживающих (антисуицидальных) факторов, что свидетельствовало о сохранении высокого риска повторения суицидальных действий. Среди обследованных доля подростков, совершивших суицидальные попытки, составила 42,6 %. При детальном расспросе пациентов было установлено, что подготовкой к запланированному самоубийству (покупка и сбор лекарственных препаратов, приобретение острых режущих предметов, ведение дневниковых записей, написание прощальных записок) занимались 36,1 % подростков. Изучение связи между способами совершенных суицидальных попыток на момент поступления в стационар и личностными особенностями пациентов показало, что среди подростков основной группы суицидальные попытки совершили представители истероидного, эпилептоидного и аффективного типов. У представителей гипертимного и неустойчивого типов суицидальных попыток не регистрировалось ни на момент исследования, ни в анамнезе. Склонность к порезам в большей степени определяется у подростков с истероидной акцентуацией характера (23,1 % случаев), а комбинированные способы совершения суицидальных попыток чаще встречались у подростков с эпилептоидными чертами характера (15,4 % случаев). Оценка тяжести суицида показала, что у 10 (16,4 %) подростков были зарегистрированы незначительные физические повреждения (незначительные поверхностные порезы и легкие отравления). Повреждения умеренной тяжести (хирургическая обработка порезов с наложением швов или промывание желудка в токсикологическом отделении РНЦЭМП) наблюдались у 10 (16,4 %) пациентов. У 4 (7,7 %) суицидентов диагностированы повреждения средней тяжести, у 2 (3,3 %) – тяжелые физические повреждения (эти подростки поступили в ГКПБ после стационарного лечения и интенсивной терапии в РНЦЭМП). Мотивами суицидальных действий чаще являлись протест и призыв, реже месть, устранение или отказ от жизни. На суицидальное поведение подростков статистиче-

ски значимое влияние оказывали преморбидные особенности личности, которые обнаруживали корреляцию с типом и выбором способа суицидального поведения, степенью актуальности, интенсивности и поглощенности подростков суицидальными идеями, способностью их волевого контроля, сформированностью сдерживающих (антисуицидальных) факторов. Наименее тяжелые проявления суицидальности выявлялись у личностей истерического склада, характеризуюясь демонстративностью суицидального поведения, непостоянством и пассивностью суицидальных мыслей, отсутствием определенного плана реализации суицидальных намерений, заметным влиянием сдерживающих антисуицидальных факторов. В момент обследования у большинства подростков (преимущественно аффективного и эпилептоидного склада) отмечалось преобладание актуальных суицидальных идей, которые отличались достаточно высокой интенсивностью и продолжительностью, слабо подчиняясь волевому контролю при несформированности сдерживающих (антисуицидальных) факторов. Это свидетельствовало о сохранении высокого риска повторных суицидальных действий и требовало дальнейшего изучения и устранения причин суицидального поведения. Изучение клинических форм депрессии позволило выделить пять клинических форм депрессивных расстройств в зависимости от ведущего синдрома – дисфорическую, тревожную, дисморфофобическую, астенопатическую и ипохондрическую. Наиболее часто у обследованных подростков встречались дисфорические (31,5 %) или тревожные (27,0 %) депрессии, реже – ипохондрические (16,3 %), астенопатические (12,6 %) и дисморфофобические (16,3 %) депрессии. Исследование обнаружило преобладание дисфорических депрессий (23,4 %) у подростков с социализированным расстройством поведения, тревожные (9,9 %) депрессии относительно чаще наблюдались у подростков с несоциализированным расстройством поведения. Изучение корреляции между клинической формой депрессии и типом акцентуации характера подростка выявило относительное преобладание дисфорических депрессий у подростков с эпилептоидной акцентуацией характера (18,0 %). Тревожная депрессия чаще наблюдалась у подростков с психастеническим

складом личности (12,6 %), астенопатическая – у истерических личностей (5,4 %). Диморфофобическая депрессия встречалась у 11,7 % подростков с истероидной акцентуацией характера. У гипертимных (5,4 %) личностей относительно чаще диагностировалась ипохондрическая депрессия. Корреляция клинической формы депрессии с преморбидными типологическими особенностями личности оказалась достаточно сильной ($C = 0,71$) и превышала размеры связи с нозологической принадлежностью депрессивного расстройства. Изучение связи между нозологической, а также синдромологической структурой депрессивных нарушений и наличием или отсутствием суицидальных тенденций в поведении подростков установило статистически достоверное преобладание подростков с социализированным расстройством поведения (F91.2) в основной группе (49,2 %) в отличие от подростков группы сравнения (28,0 %). Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи (F91.0), достоверно чаще встречалось у подростков группы сравнения (1,6 % подростков основной группы и 10,0 % – группы сравнения). Клиническое оформление депрессии обнаруживало значимую связь как с нозологической принадлежностью самой депрессии, так и с типологическими особенностями личности. Однако нозологическая принадлежность психических расстройств у подростков относительно мало влияла на возникновение суицидальных тенденций.

В задачи нашего исследования входило изучение особенностей клинических проявлений депрессивной патологии у подростков и влияния клинической формы депрессивных нарушений на формирование суицидальных тенденций. Дисфорическая депрессия достоверно чаще наблюдалась у подростков основной группы (42,6 % подростков основной группы и 18 % – группы сравнения) и клинически проявлялась вспышками тоскливо-злобного настроения, конфликтностью, агрессией, грубостью по отношению к взрослым, особенно к родителям и близким родственникам, на фоне пониженного психоэмоционального состояния. В целом дисфорическая депрессия верифицировалась чаще других клинических форм (у 31,6 % подростков общей выборки) и в основном наблюдалась у мальчиков с социализированным расстройством поведения. При этом можно предположить, что на клинику депрес-

сии большое влияние оказывает формирующееся расстройство личности, привнося в ее структуру характерологические реакции в виде усиления эксплозивности, импульсивности, жестокости, оппозиционное отношение к родителям, а также склонность к аддикциям и асоциальному поведению. Тревожная депрессия выявлялась почти с одинаковой частотой у подростков обеих групп (27,9 % пациентов основной и 26 % – группы сравнения). В клинической картине астенопатической депрессии (11,5 % пациентов основной и 14,0 % – группы сравнения) ведущими жалобами были быстрая утомляемость и слабость, упадок сил, снижение двигательной активности, плохая переносимость большого скопления людей, невозможность находиться в обществе сверстников и одноклассников, трудности в общении, бездеятельность, чувство скуки и уныния. Дисторфофобическая депрессия наблюдалась только у девочек (8,2 % пациентов основной и 18,0 % – группы сравнения), причем относительно чаще у девочек группы сравнения. В клинической картине дисторфофобической депрессии преобладали жалобы на чувство собственной неполноценности, наличие физических недостатков, несоответствие эталонам и стандартам красоты. Сходные результаты получены в отношении ипохондрической депрессии, которая достоверно чаще наблюдалась у подростков группы сравнения (9,8 % пациентов основной и 24,0 % – группы сравнения). Ипохондрическая депрессия верифицировалась чаще, чем дисторфофобическая и астенопатическая (у 16,2 % подростков общей выборки) и в основном наблюдалась у подростков с расстройствами адаптации и приспособительных реакций. Корреляция наличия или отсутствия суицидальных тенденций с клинической формой депрессии была статистически значимой и средней по силе ($C = 0,30$). Результаты тестирования по шкале Цунга свидетельствуют о большей частоте тяжелой депрессии у подростков основной группы (36,1 % пациентов основной и 10,0 % – группы сравнения). Достоверных различий в частоте депрессий средней тяжести между группами не выявлялось (55,7 % пациентов основной и 48,0 % – группы сравнения). Легкие депрессии достоверно чаще встречались в группе сравнения (8,2 % пациентов основной и 42,0 % – группы сравнения).

Анализ распределения подростков с разными формами депрессивной симптоматики в зависимости от степени тяжести депрессии позволил отнести к тяжелым депрессиям преимущественно депрессии дисфорического типа (14,4 %), частота которых обнаруживала статистически значимые различия с частотой тревожных депрессий (1,8 %). Депрессии средней степени тяжести достоверно чаще носили характер тревожных депрессий (22,5 %), причем отмечалась достоверность различий в частоте встречаемости с дисморфофобическими депрессиями (3,6 %). Среди легких депрессий относительно чаще регистрировались ипохондрические депрессии (8,1 %). Корреляция степени тяжести депрессивной симптоматики с клиническими формами депрессии была статистически значимой и средней по силе ($C = 0,47$). Изучение корреляции между степенью тяжести депрессии и типом акцентуации характера выявило, что склонность к формированию депрессий легкой (12,6 % случаев) и средней (16,2 % случаев) степени тяжести в большей мере определяется у подростков с истероидной акцентуацией характера. Тяжелые депрессии чаще наблюдались у эпилептоидных личностей (9,0 %), однако статистически значимых различий с истерическими (2,7 %), аффективными (7,2 %) и психастеническими личностями (5,4 %) по этому показателю не обнаруживалось. Корреляция степени тяжести депрессивной симптоматики с преморбидными типологическими особенностями личности была статистически значимой и средней по силе ($C = 0,41$).

При сравнительном изучении характера конфликтов у подростков двух групп установлено, что они основаны на реальных фактах и играли значимую роль в жизни подростков. Внутрисемейные конфликты с высокой статистической достоверностью преобладали у подростков-суицидентов (68,8 % пациентов основной и лишь 12,0 % пациентов группы сравнения). Статистически значимые различия конфликтов во взаимоотношениях в образовательном учреждении достоверно чаще обнаруживались у подростков из группы сравнения (14,8 % пациентов основной и 54,0 % – пациентов группы сравнения). Сравнительный анализ частоты конфликтов с лицами противоположного пола на почве безответной любви также свидетельству-

ет о статистически достоверном преобладании их у подростков из группы сравнения (9,8 % пациентов основной и 32,0 % – группы сравнения). В наших наблюдениях конфликтные ситуации, способствующие формированию суицидальных тенденций у подростков, касались системы наиболее значимых, внутрисемейных, отношений при менее значительной суицидогенной роли ситуаций другого рода. Корреляция наличия или отсутствия суицидальных тенденций с характером конфликтных ситуаций была статистически значимой и средней по силе ($C = 0,51$).

Результаты распределения причин конфликтов с учетом личностных особенностей подростков показали, что пациенты с истероидной акцентуацией характера (26,1 %) имеют высокие значения по параметру «внутрисемейные конфликты», у психастенических личностей в основном наблюдались конфликты в образовательных учреждениях (18,9 %). Конфликты с лицами противоположного пола на почве неразделенной любви чаще регистрировались у неустойчивых личностей (5,4 %). Корреляция причин суицидогенных конфликтов с преморбидными типологическими особенностями личности была статистически значимой и средней по силе ($C = 0,66$). Исследование особенностей депрессивной симптоматики у подростков обеих обследуемых групп определило, что вероятность реализации попыток самоубийства является наиболее высокой у подростков с эпилептоидной акцентуацией характера при наличии дисфорической депрессии тяжелой степени со значительными нарушениями поведения. Наибольшей суицидогенной опасностью для подростков обладают внутрисемейные конфликты при значительно меньшей роли конфликтных ситуаций другого характера. Формирующееся расстройство личности с наличием девиаций в поведении оказывает значимое влияние на развитие суицидального поведения.

Исследование роли социальных и психологических факторов в формировании суицидальных тенденций дало следующие результаты. Наследственная отягощенность психической патологией достоверно чаще выявлялась у подростков основной группы (72,1 % пациентов основной группы и 38,0 % пациентов группы сравнения). При этом наиболее частым оказалось наличие наследственной отягощенности алкогольной зависи-

мостью (31,1 %), которая у родственников подростков группы сравнения встречалась всего в 6,0 % случаев. Отягощенность эндогенными заболеваниями (8,2 % пациентов основной и 8,0 % – группы сравнения) и пограничными нервно-психическими расстройствами (9,8 % пациентов основной и 10,0 % – группы сравнения) у подростков обеих групп наблюдалась почти с одинаковой частотой. Отягощенность наследственности аффективными расстройствами преобладала у подростков основной группы (19,7 %), однако статистически достоверных различий с подростками группы сравнения (14,0 %) по этому показателю не обнаруживалось. Следует отметить, что отягощенность по завершённому суициду установлена только у подростков основной группы (3,3 %). Характерно, что у большинства подростков группы сравнения (21,3 % подростков основной группы и 62,0 % – группы сравнения) наследственной отягощенности психической патологией не выявлялось. Корреляция между наличием или отсутствием суицидальных тенденций и наследственной отягощенностью соответствовала средней по силе связи ($C = 0,43$). Это позволяло отнести наличие наследственной отягощенности психической патологией, прежде всего, алкогольной зависимостью, к факторам риска формирования суицидального поведения у подростков. Учитывая тесную связь характерологических особенностей личности с конституционально-генетическими факторами и типологическими особенностями суицидогенных депрессивных расстройств, мы сочли необходимым оценить влияние типа акцентуации характера на возникновение суицидальных тенденций у подростков. Согласно полученным данным, подростки с истерическим складом характера со статистической достоверностью преобладали в основной группе (41,1 %), в отличие от подростков группы сравнения (20,0 %). Сходные результаты получены и по количеству подростков с аффективным (24,6 % пациентов основной и 4,0 % пациентов группы сравнения) и эпилептоидным (26,2 % пациентов основной и 8,0 % пациентов группы сравнения) типами личности. Между тем, в группе сравнения обнаруживалось статистически значимое преобладание подростков с неустойчивой (1,6 % пациентов основной и 14,0 % – группы сравнения), психастенической (4,9 % пациентов

основной и 42,0 % – группы сравнения) и гипертимной (1,6 % пациентов основной и 12,0 % – группы сравнения) акцентуациями характера. Корреляция между наличием или отсутствием суицидальных тенденций и личностными особенностями подростков была средней по силе ($C = 0,51$). Полученные результаты позволяли отнести подростков с эпилептоидным, аффективным и истероидным типами акцентуации характера к группе риска по развитию суицидальных тенденций.

Выводы

Таким образом, суицидальное поведение подростков 15–19 лет достоверно чаще носило демонстративный или импульсивный характер при более редком формировании истинных суицидальных намерений. Мотивами суицидальных действий чаще являлись протест и призыв, реже – месть, устранение или отказ от жизни. На суицидальное поведение подростков статистически значимое влияние оказывали преморбидные особенности личности, которые обнаруживали корреляцию с типом и выбором способа суицидального поведения, степенью актуальности, интенсивности и поглощенности подростков суицидальными идеями, способностью их волевого контроля, сформированностью сдерживающих (антисуицидальных) факторов. Наименее тяжелые проявления суицидального поведения демонстративного характера выявлялись у истерических личностей, наиболее интенсивные и продолжительные суицидальные идеи с высоким риском повторного суицида – у личностей аффективного и эпилептоидного склада.

Литература

1. *Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.* Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и поведенческих нарушений у подростков // Человеческий Фактор. Социальный Психолог. – 2020. – № 1 (39). – С. 146–153.
2. *Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б.* Психофизиологические особенности подростковых депрессий // Интеграция теории и практики в медицине: достижения и перспективы: материалы I Международной научно-практической конференции. – Кемерово, 28 апреля 2022 г. – С. 199–202

3. *Саттаров Т.Ф., Бабарахимова С.Б.* Анализ взаимосвязи между мотивами суицидальных тенденций и личностными особенностями подростков // Человеческий Фактор. Социальный Психолог. – 2024. – № 1 (49). – С. 437–442.

4. *Шарипова Ф.К., Бабарахимова С.Б.* Предикторы формирования самоповреждающего поведения у подростков // Человеческий Фактор. Социальный Психолог. – 2024. – № 1 (49). – С. 465–469.

5. *Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B.* Analysis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents // Central Asian Journal of Pediatrics. – 2019. – Vol. 2 (1). – P. 201–204.

6. *Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al.* Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents // Journal Sciences of Europe. – Praha, Czech Republic, 2019. – Vol. 2, N 36. – P. 52–55.

7. *Babarakhimova S.B.* Study of emotional disorders in adolescents // Science and innovation international scientific journal. – 2024. – Vol. 3, 2. – P. 54–59.

8. *Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S. et al.* Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencies // Austria-science. – 2019. – Vol. 1, N 24. – P. 16–18.

9. *Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al.* Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. – 2020. – Vol. 1, N 24. – P. 24–27.

10. *Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V.* Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents // Indian Journal of Forensic medicine & Toxicology. – 2020. – Vol. 1, N 24. – P. 7258–7263.

Сведения об авторах

Бабарахимова Сайера Бориевна – PhD, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского педиатрического медицинского института (Республика Узбекистан, г. Ташкент, e-mail: sayorababaraximova2010@gmail.com)

Абдуллаева Василя Каримбековна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского педиатрического медицинского института (Республика Узбекистан, г. Ташкент, e-mail: vasil.a.abdullaeva@tashpmi.uz)

Сулейманов Шухрат Рахимович – главный детский психиатр МЗ РУз, старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского

педиатрического медицинского института (Республика Узбекистан, г. Ташкент, e-mail: sunatullosoleymanov@gmail.com)

Шарипова Фарида Камилевна – доцент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского педиатрического медицинского института (Республика Узбекистан, г. Ташкент, e-mail: farida48@mail.ru)

Ю.В. БЫКОВ¹, А.Ю. БЫКОВА¹, Р.А. БЕККЕР²

**КАППА-ОПИОИДНЫЙ АНТАГОНИЗМ И/ЛИ
МЮ-ОПИОИДНЫЙ АГОНИЗМ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ОСТРОЙ
СУИЦИДАЛЬНОСТИ ПРИ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ**

¹ ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Ставрополь, Российская Федерация

² Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, г. Беэр-Шева, Израиль

Yu.V. Bykov¹, A.Yu. Bykova¹, R.A. Bekker²

**KAPPA-OPIOID ANTAGONISM AND/OR MU-OPIOID AGONISM
IN THE PREVENTION OF ACUTE SUICIDALITY IN AFFECTIVE
DISORDERS**

¹ Stavropol State Medical University, Stavropol, Russian Federation

² David Ben-Gurion University at Negev, Beer-Sheba, Israel

Введение

О роли нарушений в работе эндогенной опиоидной системы в патогенезе депрессивных расстройств как таковых и в патогенезе острой суицидальности или остро развивающихся тенденций к несуйцидальному самоповреждению известно давно. В частности, показано, что у пациентов, умерших от суицида, повышены экспрессия мРНК гена продинорфина и содержание самого динорфина в хвостатом ядре, и что у пациентов с актуальными суицидальными тенденциями повышается секреция динорфина мозговым слоем надпочечников и его содержание в плазме крови (Hurd Y.L. et al., 1997; Stanley B. et al., 2010; Serafini G. et al., 2013).

Стресс приводит к повышению секреции бета-эндорфина, а физическая боль – к повышению секреции мет-энкефалина. Существуют обоснованные предположения, что часть случаев несущидального самоповреждения (наподобие тушения сигарет о собственное тело или нанесения себе порезов), а также часть случаев развития вторичной опиоидной зависимости (ОЗ) у депрессивных пациентов являются своеобразными попытками «самолечения» депрессии – с целью вызвать болевое увеличение секреции эндорфинов и энкефалинов или с целью заместить опиоидную недостаточность самостоятельным (без назначения врача) введением экзогенных опиоидов (Stanley B. et al., 2010; Serafini G. et al., 2013).

Показано, что трамадол (синтетический опиоид со свойствами слабого парциального агониста всех трёх основных типов опиоидных рецепторов, а также слабого ингибитора обратного захвата серотонина и норадреналина) обладает антидепрессивной активностью, сопоставимой с таковой у мощного антидепрессанта (АД) двойного действия – венлафаксина, с которым он схож по химическому строению (Reeves R.R. et al., 2008).

Трамадол может быть эффективен в лечении терапевтически резистентной депрессии (ТРД), в том числе в купировании острой суицидальности на фоне отчаяния и неверия в успех лечения (Shapira N.A. et al., 2001).

Эффективны при ТРД и при острой суицидальности также и другие мю-опиоидные агонисты. Например, совсем недавно, в 2021 году, описан быстрый купирующий эффект при суицидоопасной ТРД мощного мю-опиоидного агониста оксикодона, причём в дозах, меньших, чем те, которые обычно требуются при применении его в качестве анальгетика (Magen E. et al., 2021).

Однако применение мю-опиоидных агонистов (особенно наиболее мощных из них, таких, как морфин и оксикодон) в лечении ТРД и в купировании острой суицидальности – весьма ограничено, в связи с их сильным эйфоризирующим действием и высоким риском развития ОЗ. В то же время показано, что в патогенезе как депрессивных расстройств, так и суицидальности гораздо бóльшую роль играет гиперсекреция «дисфоричного» эндогенного опиоида динорфина и гиперактивность каппа-опиоидных рецепторов, чем недостаточная активность мю-опиоидной

системы (Thase M.E. et al., 2019; Fava M. et al., 2020; Cameron C.M. et al., 2021). Это послужило теоретическим обоснованием для применения в лечении депрессий (особенно ТРД) и для купирования острой суицидальности – бупренорфина, который является парциальным агонистом мю-опиоидных рецепторов и одновременно антагонистом каппа-опиоидных (динорфиновых) рецепторов, и имеет более низкий риск развития ОЗ по сравнению с традиционными опиоидами. Дополнительного снижения риска развития ОЗ при терапии бупренорфином можно добиться, комбинируя его с мю-опиоидным антагонистом – налтрексоном или, ещё лучше, самидорфаном. При этом остаётся практически чистый каппа-опиоидный антагонизм, без мю-опиоидного агонизма и непосредственного эйфоризирующего эффекта, но антидепрессивная и антисуицидальная активность сохраняются (Thase M.E. et al., 2019; Fava M. et al., 2020; Cameron C.M. et al., 2021).

Цель исследования

Представить описание трёх клинических случаев пациентов из разных стран с депрессивными расстройствами и острой актуализацией суицидальных тенденций, где предотвратить суицидальные попытки и помочь «дожить» до развёртывания эффекта психофармакотерапии (ПФТ) или до возможности получения курса электросудорожной терапии (ЭСТ) помогло применение каппа-опиоидного антагониста (комбинации бупренорфин / самидорфан) либо кратковременное применение мю-опиоидных агонистов (трамадола, кодеина).

Материал и методы исследования

В разное время наблюдались 3 пациента разного пола и возраста, проживающие в разных странах и страдавшие тяжёлыми депрессивными расстройствами, с активными на момент обращения суицидальными намерениями.

У пациентки № 1, женщины 1976 г.р., врача-реаниматолога из России (36 лет на момент обращения за консультацией), депрессия развилась остро на фоне зверского убийства представителями организованной преступности её мужа (бизнесмена) на её глазах. Женщина не видела смысла в продолжении жизни без мужа, имела чётко разработанный план самоубийства и со-

биралась его осуществить в ближайшие дни. Обратилась за консультацией только под давлением коллеги и близкого друга.

Пациент № 2, молодой человек 1982 г.р. (21 год на момент обращения за консультацией), также из России страдал терапевтически резистентной депрессией (ТРД), неоднократно получал различные курсы ПФТ. К моменту обращения отчаялся в возможности достижения эффекта от какого бы то ни было лечения, не собирался «ждать ещё полтора месяца до отпуска и возможности лечь на ЭСТ», имел твёрдое намерение покончить с собой. Имел хорошо разработанный и реалистичный план суицида, привёл все дела в порядок, попрощался с друзьями.

Пациент № 3, мужчина 1977 г.р., бывший полицейский из США страдал сильными болями в спине после перенесённой травмы, а также ТРД. К моменту обращения за консультацией не верил в возможность достижения удовлетворительной анальгезии и качества жизни, в возможность ремиссии депрессивного состояния. Также имел хорошо разработанный план суицида, написал завещание. Обладал доступом к огнестрельному оружию.

Результаты

Пациентке № 1 были назначены венлафаксин (150 мг/сут с первых дней, с быстрым доведением дозы до 300 мг/сут) с миртазапином (30 мг на ночь), лития карбонат (900 мг/сут), феназепам. Поскольку состояние пациентки было крайне тяжёлым и не позволяло ждать эффекта от ПФТ – к терапии был кратковременно (на первые 14 дней) добавлен трамадол ретард (150 мг/сут), с предупреждением о том, что возможен серотониновый синдром. По описанию пациентки, с первых же доз трамадола она «словно бы вернулась в свое тело» (исчезли симптомы деперсонализации), «оттаяло на душе». Суицидальные мысли побледнели и дезактуализировались также в первые дни лечения. Отмена трамадола спустя 14 дней прошла без особенностей. Терапевтический эффект ПФТ начал проявляться в ожидаемые сроки (2–3 недели от начала лечения). К сроку 2 месяца лечения женщина была в ремиссии.

Пациенту № 2 были назначены венлафаксин (до 300 мг/сут) с миртазапином (30 мг/сут), лития карбонат (900 мг/сут), ламотриджин с плавным доведением дозы по схеме до 200 мг/сут

и плановой отменой за неделю до госпитализации на ЭСТ. С целью уменьшения тоски и подавления суицидальных тенденций ему кратковременно, на оставшееся до госпитализации время (1,5 месяца) был назначен кодеин 60 мг/сут, в разделённых дозах (по 20 мг 3 раза в день). Добавление кодеина в схему и здесь тоже привело к быстрому (в первые же дни) исчезновению суицидальных мыслей. Пациент успешно «дожил до отпуска» без каких-либо инцидентов. Затем поехал в другой город, госпитализировался, получил курс ЭСТ, вышел в ремиссию.

Пациенту № 3 было рекомендовано попытаться попасть в проводившееся в этот период в США двойное слепое рандомизированное клиническое исследование (РКИ) комбинации бупренорфин / самидорфан. Он оказался одним из тех пациентов в группе активного лечения, у кого комбинация бупренорфин / самидорфан 8 мг / 8 мг дала хороший эффект. Получил право на бесплатное продолжение терапии под наблюдением врачей. Ремиссия ТРД сохраняется по сей день.

Заключение

Кратковременное применение слабых мю-опиоидных агонистов (трамадол, кодеин) или же применение каппа-опиоидных антагонистов (бупренорфин в монотерапии, а лучше комбинация бупренорфин / налтрексон или бупренорфин / самидорфан) может быть эффективным средством быстрой дезактуализации острых суицидальных тенденций и предотвращения суицида.

Разумеется, при этом необходимо учитывать возможные риски – такие, как серотониновый синдром при сочетании трамадола с АД, или развитие опиоидной зависимости при чрезмерно длительной терапии мю-агонистами. Использование комбинации бупренорфин / самидорфан, обладающей пренебрежимо малой мю-агонистической активностью и низким риском развития опиоидной зависимости – выглядит особенно перспективным в контексте предотвращения суицидов.

Литература

1. *Cameron C.M., Nieto S., Bosler L. et al. Mechanisms Underlying the Anti-Suicidal Treatment Potential of Buprenorphine // Adv Drug Alcohol Res. – 2021. – Vol. 1. – P. 10009. doi: 10.3389/adar.2021.10009.*

2. *Fava M., Thase M.E., Trivedi M.H. et al.* Opioid system modulation with buprenorphine/samidorphan combination for major depressive disorder: two randomized controlled studies // *Mol Psychiatry*. – 2020. – Vol. 25 (7). – P. 1580–1591. doi: 10.1038/s41380-018-0284-1.

3. *Hurd Y.L., Herman M.M., Hyde T.M. et al.* Prodynorphin mRNA expression is increased in the patch vs matrix compartment of the caudate nucleus in suicide subjects // *Mol Psychiatry*. – 1997. – Vol. 2 (6). – P. 495–500. doi: 10.1038/sj.mp.4000319.

4. *Magen E., Geishin A., Laudén A.* Rapid Improvement of Treatment-Resistant Major Depression During the Administration of Low-Dose Oxycodone // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2021. – Vol. 41 (1). – P. 81–83. doi: 10.1097/JCP.0000000000001311.

5. *Reeves R.R., Cox S.K.* Similar effects of tramadol and venlafaxine in major depressive disorder // *South. Med. J.* – 2008. – Vol. 101 (2). – P. 193–195. doi: 10.1097/SMJ.0b013e3181616e66.

6. *Serafini G., Pompili M., Lindqvist D. et al.* The role of neuropeptides in suicidal behavior: a systematic review // *Biomed Res Int.* – 2013. – P. 687575. doi: 10.1155/2013/687575.

7. *Shapira N.A., Verduin M.L., DeGraw J.D.* Treatment of refractory major depression with tramadol monotherapy // *J. Clin. Psychiatry*. – 2001. – Mar, Vol. 62 (3). – P. 205–206. doi: 10.4088/jcp.v62n0312b.

8. *Stanley B., Sher L., Wilson S. et al.* Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters // *J. Affect Disord.* – 2010. – Vol. 124 (1-2). – P. 134–140. doi: 10.1016/j.jad.2009.10.028.

9. *Thase M.E., Stanford A.D., Memisoglu A. et al.* Results from a long-term open-label extension study of adjunctive buprenorphine/samidorphan combination in patients with major depressive disorder // *Neuropsychopharmacology*. – 2019. – Vol. 44 (13). – P. 2268–2276. doi: 10.1038/s41386-019-0451-3.

Сведения об авторах

Быков Юрий Витальевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ДПО ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ (г. Ставрополь, 355017, ул. Мира, 310; e-mail: yubykov@gmail.com)

Быкова Анастасия Юрьевна – ординатор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения

ния РФ (г. Ставрополь, 355017, ул. Мира, 310; e-mail: iambykovanastasia@yandex.ru)

Беккер Роман Александрович – научный сотрудник Университета им. Давида Бен-Гуриона в Негеве (Израиль, Беэр-Шева, 84105, бульвар им. Давида Бен-Гуриона, 1; e-mail: rombeck@vk.com)

Ю.В. БЫКОВ¹, А.Ю. БЫКОВА¹, Р.А. БЕККЕР²

ЦИТОКИНЫ И СУИЦИДАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

¹ ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Ставрополь, Российская Федерация

² Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, г. Беэр-Шева, Израиль

Yu.V. Bykov¹, A.Yu. Bykova¹, R.A. Bekker²

CYTOKINES AND SUICIDAL ACTIVITY

¹ Stavropol State Medical University, Stavropol, Russian Federation

² David Ben-Gurion University at Negev, Beer-Sheva, Israel

Введение

Достаточно давно известно о том, что аффективные расстройства, шизофрения и целый ряд других психических расстройств сопровождаются повышением уровней воспалительных цитокинов в крови, в ликворе и в ткани мозга, воспалительной активацией нейроглии, признаками как нейровоспаления, так и системного воспаления в организме (López-Villatoro J.M. et al., 2024).

Вместе с тем, показано, что повышение некоторых воспалительных цитокинов, например, интерлейкина-6 (ИЛ-6) и интерлейкина-16 (ИЛ-16) имеет гораздо большее отношение к транс-диагностическим (то есть возможным в рамках самых разных психических расстройств) проявлениям суицидальности, чем к тяжести самого психического заболевания. Эти воспалительные цитокины могут, таким образом, рассматриваться как

биомаркеры или предикторы суицидально опасного поведения (Bramness J.G. et al., 2023; Almulla A.F. et al., 2023).

Наличие у пациента с психическим расстройством какого-либо аутоиммунного, ревматологического, метаболического или другого расстройства, связанного с активацией системного воспаления в организме (например, псориаза, ожирения, сахарного диабета 2-го типа, синдрома поликистозных яичников, эндометриоза, ревматоидного артрита и др.) повышает суицидальный риск, по сравнению с пациентами с аналогичной степенью тяжести психического расстройства, но без коморбидных провоспалительных системных заболеваний (Barone J.G. et al., 2023; Ninla-Aesong P. et al., 2023; Yang J. et al., 2024).

Соответственно, существуют предположения о том, что более энергичная противовоспалительная, иммуномодулирующая и/или непосредственно антицитокиновая терапия может способствовать предотвращению суицидов и/или снижению суицидальной активности у таких пациентов (Barone J.G. et al., 2023; Ninla-Aesong P. et al., 2023; Yang J. et al., 2024).

Цель исследования

Представить описание трех клинических случаев пациентов с разными соматическими заболеваниями, которые сопровождаются системным воспалением, и коморбидной депрессией с суицидальной настроенностью. Во всех трех случаях как купированию депрессии, так и устранению суицидальности помогло более активное иммуносупрессивное и/или противовоспалительное лечение.

Материал и методы исследования

В разное время наблюдались три пациента разного пола и возраста с депрессивными расстройствами, активными суицидальными намерениями и такими коморбидными соматическими заболеваниями, которые закономерно сопровождаются системными про-воспалительными сдвигами.

Пациент № 1, мужчина 1992 г.р. (31 год на момент обращения за консультацией) с подросткового возраста страдал тяжелым псориазом. О возможностях системного лечения этого заболевания осведомлен не был. Местное лечение давало недостаточный

эффект и к тому же сопровождалось пониженной к нему приверженностью («плохо пахнет», «пачкает одежду»). Ощущение социальной стигматизации в связи с кожным заболеванием привело к развитию у пациента тяжелой депрессии с суицидальными намерениями. На момент обращения психотропного лечения не получал.

Пациентка № 2, девушка 2006 г.р. (17 лет на момент обращения за консультацией) страдала тяжелой формой абдоминального эндометриоза с выраженным болевым синдромом и коморбидной терапевтически резистентной депрессией (ТРД). С 15 лет наблюдалась у психиатра, получала различные психотропные препараты без особого эффекта. Перенесла оперативное вмешательство (удаление «шоколадной» кисты правого яичника и части абдоминальных очагов эндометриоза), которое лишь немного уменьшило боли. Длительно получала диеногест. На момент обращения имела активные суицидальные намерения.

Пациент № 3, мужчина 1997 г.р. (26 лет на момент обращения за консультацией) перенес амбулаторно в легкой форме COVID-19. Несмотря на сравнительно легкое течение острой фазы заболевания, после выздоровления от нее у пациента развился «постковидный синдром» с выраженными когнитивными нарушениями (КН), тяжелой депрессивной симптоматикой, летучими болями в суставах, хроническим кашлем, физической слабостью и хронической усталостью. Поскольку по характеру работы мужчине была очень важна сохранность когнитивной функции, то развитие КН после перенесенного COVID-19 было воспринято им весьма трагично и привело к актуализации суицидальных мыслей и намерений. На момент обращения получал флувоксамин 200 мг/сут и агомелатин 25 мг/сут.

У всех троих пациентов также имелась либо избыточная масса тела, либо ожирение 1-й степени (ИМТ = 29–30).

Результаты

Пациенту № 1 были назначены венлафаксин (до 300 мг/сут) с миртазапином (30 мг/сут), метотрексат (15 мг в неделю, каждую субботу, с фолацином 5 мг во все дни, кроме субботы, еженедельными анализами лейкоцитарной формулы и 1 раз в 3 месяца

проверкой биохимических показателей функции печени). Ему также было рекомендовано получить федеральную квоту на применение моноклональных антител. В итоге он получил по квоте назначение инфликсимаба.

Пациентке № 2 были назначены обладающие сильными анальгетическими свойствами венлафаксин (до 225, затем 300 мг/сут) и габапентин (до 1800 мг/сут), а также прамипексол (до 1 мг/сут), пентоксифиллин 300 мг/сут, целекоксиб 200 мг/сут, гидроксихлорохин 200 мг на ночь. Выбор последних препаратов был обусловлен тем, что в литературе имеются предварительные данные об их возможной эффективности при эндометриозе в качестве противовоспалительных препаратов и ингибиторов ангиогенеза в эндометриоидных очагах.

Пациенту № 3, в соответствии с экспериментальным протоколом I-RECOVER лечения затяжного постковидного синдрома, доза флувоксамина была увеличена до 300 мг/сут (с целью использовать его противовоспалительные, иммуномодулирующие и антицитокинные свойства, связанные с сигма-агонистической активностью). Агомелатин был заменен на 3 мг мелатонина на ночь. Были добавлены противовоспалительные и иммуномодулирующие препараты, возможная эффективность которых при постковидном синдроме описана в протоколе I-RECOVER – маравирик (антагонист CCR5 хемокинового рецептора) 300 мг × 2 раза в сутки, аспирин 100 мг/сут. Позднее маравирик был заменен на гидроксихлорохин 200 мг на ночь. Лечение проводилось на протяжении 6 месяцев, с последующей поэтапной отменой всех лекарств.

Всем трем пациентам с целью снижения массы тела и коррекции сопутствующих метаболических нарушений также назначались, помимо упомянутых выше препаратов, низкокалорийная диета Средиземноморского типа, увеличение физической активности, метформин с постепенным доведением дозы до 2000 мг/сут и либо аторвастатин 20 мг/сут (№№ 1, 2), либо фенофибрат 145 мг/сут (№ 3), растительные антиоксиданты (куркумин, ресвератрол), витамины, микроэлементы, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты.

Здесь следует отметить, что и метформин, и статины, и фибраты известны не только своими метаболическими эффектами,

но и сильной иммуномодулирующей, противовоспалительной и антицитокиновой активностью.

Во всех трех случаях проводимое лечение привело к быстрому (в первые 2–3 недели) купированию суицидальной идеации и суицидальных тенденций, и последующему становлению ремиссии депрессивного состояния в сроки до 2 месяцев. Кроме того, у всех троих пациентов было отмечено снижение массы тела (ИМТ ~ 24–25 на момент завершения психотропного лечения). У пациентки № 2 практически полностью купировался болевой синдром (0–2 балла визуальной аналоговой шкалы по сравнению с 7 баллами на момент обращения за консультацией). У пациента № 3 быстро (в первые недели с момента коррекции лекарственной схемы) восстановилось когнитивное функционирование, исчезли жалобы на усталость и «туман в голове».

Заключение

Энергичное противовоспалительное, иммуномодулирующее и/или антицитокиновое лечение может быть эффективным средством уменьшения острой суицидальности у пациентов с аффективными расстройствами и коморбидной соматической патологией, сопровождающейся системными воспалительными сдвигами – будь то псориаз, эндометриоз или «постковидный синдром».

У пациентов с избыточной массой тела или ожирением, инсулинорезистентностью тканей показано также применение медикаментозных (метформин, фибраты, аналоги глюкагоноподобного пептида-1 и др.) и немедикаментозных (диета, физическая активность, прием биологически активных добавок с растительными антиоксидантами, пиколинатом хрома и др.) методов устранения инсулинорезистентности и нормализации массы тела.

Литература

1. *Almulla A.F., Algon A.A., Tunvirachaisakul C. et al.* T helper-1 activation via interleukin-16 is a key phenomenon in the acute phase of severe, first-episode major depressive disorder and suicidal behaviors // *J. Adv. Res.* – 2023. – S2090-1232(23)00349-1. doi: 10.1016/j.jare.2023.11.012.

2. *Barone J.G., Wenzel E., Alluri V. et al.* Effects of estrogen and progesterone on neuroactive steroids and cytokines in patients with suicidality // *Psychoneuroendocrinology*. – 2023. – Vol. 157. – P. 106359. doi: 10.1016/j.psyneuen.2023.106359.

3. *Bramness J.G., Pandey S., Moe J.S. et al.* Levels of IL-6 are Associated with Lifetime Attempted Suicide in Alcohol Use Disorder Patients // *Neuropsychiatr Dis. Treat.* – 2023. – Vol. 19. – P. 2141–2148. doi: 10.2147/NDT.S413101.

4. *López-Villatoro J.M., Torre-Luque A.D., MacDowell K.S. et al.* Transdiagnostic inflammatory and oxidative biomarkers with predictive capacity of self-injurious behavior in impulsive and unstable disorders // *Prog. Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry*. – 2024. – Vol. 130. – P. 110927. doi: 10.1016/j.pnpbp.2023.110927.

5. *Ninla-Aesong P., Puangsri P., Kietdumrongwong P. et al.* Being overweight and obese increases suicide risk, the severity of depression, and the inflammatory response in adolescents with major depressive disorders // *Front Immunol*. – 2023. – Vol. 14. – P. 1197775. doi: 10.3389/fimmu.2023.1197775.

6. *Yang J., Zhang S., Wu Q. et al.* T cell-mediated skin-brain axis: Bridging the gap between psoriasis and psychiatric comorbidities // *J. Autoimmun.* – 2024. – Vol. 144. – 103176. doi: 10.1016/j.jaut.2024.103176.

Сведения об авторах

Быков Юрий Витальевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ДПО ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ (г. Ставрополь, 355017, ул. Мира, 310; e-mail: yubikov@gmail.com)

Быкова Анастасия Юрьевна – ординатор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ (г. Ставрополь, 355017, ул. Мира, 310; e-mail: iambykovanastasia@yandex.ru)

Беккер Роман Александрович – научный сотрудник Университета им. Давида Бен-Гуриона в Негеве (Израиль, Беэр-Шева, 84105, бульвар им. Давида Бен-Гуриона, 1; e-mail: rombeck@vk.com)

Ю.В. БЫКОВ¹, А.Ю. БЫКОВА¹, Р.А. БЕККЕР²

**О ПРОБЛЕМЕ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ
У БЕРЕМЕННЫХ**

¹ ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Ставрополь, Российская Федерация

² Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, г. Беэр-Шева, Израиль

Yu.V. Bykov¹, A.Yu. Bykova¹, R.A. Bekker²

ON THE PROBLEM OF SUICIDAL ACTIVITY IN PREGNANT WOMEN

¹ Stavropol State Medical University, Stavropol, Russian Federation

² David Ben-Gurion University at Negev, Beer-Sheba, Israel

Суицидальная активность у беременных представляет собой особую клиническую проблему. Во-первых, в случае успеха суицидальной попытки у беременной фактически получается расширенный суицид, так как в результате погибнут и мать, и ее будущий ребенок. Во-вторых, даже в случае неудачи суицидальной попытки (сохранения жизни матери) – в результате ее может случиться внутриутробная гибель плода, спонтанный аборт или преждевременные роды (Wasserman D., 2020). В-третьих, само по себе наличие у матери суицидальных мыслей и/или намерений, как и любой другой пренатальный стресс, как уже доказано, закономерно вызывает эпигенетические изменения в регуляции «стрессовой» оси «лимбика – гипоталамус – гипофиз – надпочечники» (ЛГГН) у плода. Это предрасполагает будущего ребенка к развитию различных психических патологий (в частности, аффективных и тревожных расстройств) и к суицидальному поведению в подростковом или взрослом возрасте (Wasserman D., 2020).

С другой же стороны – беременность, особенно первый ее триместр, когда у эмбриона происходит интенсивный органогенез (закладка и формирование органов тела) является уникальной терапевтической трудностью в том плане, что многие психотропные лекарства, которые можно назначать неберемен-

ным женщинам, категорически нельзя или опасно назначать беременным, особенно в первые три месяца. Показательна в этом отношении знаменитая история с талидомидом, который первоначально позиционировался как снотворное, успокаивающее и противорвотное для беременных, но приводил к развитию уродств конечностей плода (Wasserman D., 2020).

Теория о том, что гормональные и иммунологические изменения, связанные с беременностью, якобы автоматически защищают будущую мать от развития суицидальных мыслей и тенденций, создавая для психики своеобразный «лечебно-охранительный режим» с повышенной сонливостью, апатией, стремлением экономить энергию – давно отвергнута как несостоятельная. В действительности целый ряд изменений, связанных с беременностью, может как раз предрасполагать к суицидальности (Mawson A.R., Xueyuan W., 2013). Например, известно, что плод для своего нормального развития нуждается в достаточно высокой концентрации ретиноидов, а грудной младенец – в еще большем их количестве. С целью обеспечения потребностей развивающегося плода и будущего ребенка в ретиноидах организм матери в течение всего срока беременности интенсивно запасает ретинол (витамин А) в печени, подкожном жире и в ткани молочной железы (откуда он впоследствии будет выделяться в грудное молоко) (Mawson A.R., Xueyuan W., 2013).

Однако это не проходит без последствий для организма самой будущей матери. Повышение концентрации ретиноидов в плазме крови и в ткани мозга матери может вызывать депрессивные и тревожные нарушения, суицидальные мысли и намерения (по аналогии с наблюдаемыми при лечении экзогенными ретиноидами или при употреблении полярниками печени белого медведя психическими нарушениями) (Mawson A.R., Xueyuan W., 2013).

Другие изменения в организме, которые могут предрасполагать будущую мать к суицидальности – это, например, закономерное развитие на фоне беременности инсулинорезистентности тканей матери (физиологического преддиабетического состояния) или даже явного диабета беременных – ради того,

чтобы тканям развивающегося плода доставалось больше глюкозы (Lee K. et al., 2024), или усиленное потребление организмом плода микроэлементов и витаминов (например, железа и фолатов), которое может вызывать анемию беременных и другие нутритивные дефициты (Sartika R.D. et al., 2024), или нередко наблюдаемое бессимптомное повышение титров анти-NMDA рецепторных антител в крови беременной, связанное с интенсивной экспрессией NMDA рецепторов тканями плаценты и плода (Dalmau J., 2020).

Особенно часто суицидальность развивается у тех беременных женщин, у которых беременность протекает с осложнениями (например, с ранним токсикозом и упорной рвотой, с преэклампсией, или с внутripеченочным холестаазом (ВХБ) и сильным кожным зудом) (Hualin X. et al., 2023; Moy M. et al., 2023).

Известно и противоположное явление – когда наличие у беременной депрессии и/или тревоги, стрессового состояния статистически достоверно повышает риск развития таких осложнений беременности, как преэклампсия, сахарный диабет беременных, ранний токсикоз с упорной рвотой, выкидыши (невынашивание беременности), преждевременные роды (Arvanitidou O. et al., 2023).

Цель исследования

Представить описание трех клинических случаев беременности, протекавшей с теми или иными осложнениями и сопровождавшейся развитием тяжелой, суицидально опасной, депрессии. Подчеркнуть особенности тактики ведения каждой из этих пациенток со стороны психиатра, которые позволили одновременно и быстро купировать суицидальную опасность и собственно саму депрессию, и улучшить течение беременности, купировать ее осложнения.

Материал и методы исследования

В разное время наблюдались 3 беременные пациентки, обратившиеся на разных сроках.

У пациентки № 1, начиная с 6-й недели, наблюдались рвота до 10 раз в сутки, анорексия, снижение массы тела вместо

ожидаемой прибавки, тяжелая депрессия с суицидальными мыслями и намерениями. В крови была обнаружена выраженная эозинофилия (28 %). Назначенные акушером-гинекологом противорвотные и антигистаминные средства (метоклопрамид и прометазин) не дали эффекта. От госпитализации пациентка категорически отказывалась.

У пациентки № 2, начиная с 24-й недели беременности, постепенно развивались кожный зуд (сначала ладонно-подошвенный, затем генерализованный), бессонница, тревога, депрессия с суицидальными мыслями. В крови были повышены уровни желчных кислот, билирубина, печеночных трансаминаз, глюкозы. Акушером-гинекологом был установлен диагноз ВХБ, назначена урсодезоксихолевая кислота (1500 мг/сут).

У пациентки № 3, также начиная с 24-й недели беременности, наблюдались отеки ног, повышенное артериальное давление (140/90–180/100), появление белка в моче, частые головные боли. Присоединилась депрессия с суицидальными мыслями. Акушером-гинекологом был установлен диагноз преэклампсии беременных, назначены пролонгированный нифедипин (10 мг 3 раза в сутки), карведилол (25 мг 2 раза в сутки), аспирин 100 мг/сут. Это позволило стабилизировать артериальное давление, но усугубило депрессивную симптоматику.

Результаты

Пациентке № 1 были отменены метоклопрамид и прометазин. Вместо них были назначены обладающие сильной противорвотной и антигистаминной активностью миртазапин (30 мг на ночь) и оланзапин (5 мг на ночь), употребление небольшими порциями тщательно протертой, лишенной особых запахов еды, питье раствора Рингера небольшими глотками в течение дня. В связи с выраженной эозинофилией в крови и предысторией одного выкидыша на раннем сроке были назначены такролимус 0,5 мг 2 раза в сутки, микронизированный прогестерон 100 мг 2 раза в сутки. Психотропные препараты были отменены после 20 недель. Такролимус продолжали давать до окончания всего срока вынашивания беременности, прогестерон отменили незадолго до плановых родов.

Пациентке № 2, в свете данных о том, что гиперсекреция серотонина тканью плаценты может играть роль в патогенезе ВХБ, а блокада 5-НТ2А/С рецепторов печени может быть полезна в устранении ВХБ, а также с учетом наличия у миртазапина и оланзапина сильной противозудной активности и способности нормализовывать сон были назначены тоже именно эти 2 препарата (30 мг/сут и 5 мг/сут, соответственно). Были добавлены гепатопротекторы и желчегонные препараты с сопутствующей антидепрессивной активностью – адеметионин 800 мг/сут, эссенциальные фосфолипиды, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты в дозе, эквивалентной 900 мг/сут ЕРА, растительные антиоксиданты (куркумин 500 мг/сут, ресвератрол 250 мг/сут), мелатонин 3 мг на ночь.

С целью коррекции гипергликемии, а также для улучшения функционального состояния печени и уменьшения ВХБ в терапию этой пациентки, по согласованию с акушером-гинекологом и эндокринологом были введены метформин до 2000 мг/сут, глибенкламид 5 мг утром. Назначенный акушером-гинекологом с целью сохранения беременности вагинальный прогестерон был заменен на внутримышечные инъекции оксипрогестерона капроната (ОПК), поскольку ОПК в отличие от прогестерона не усугубляет ВХБ. Введение ОПК продолжали до 32-й недели беременности. На 35-й неделе, по рекомендации акушера-гинеколога, были индуцированы досрочные роды.

Пациентке № 3, в свете данных о полезности альфа-адренергической блокады и 5-НТ2А блокады в лечении преэклампсии в качестве антидепрессанта был выбран тразодон, обладающий нужными рецепторными свойствами. Доза его была доведена до 300 мг/сут. Карведилол был отменен перед назначением тразодона – как в связи с опасениями чрезмерной гипотензии, так и в свете данных о возможной депрессогенности бета-блокаторов. После дополнительных обследований ей были добавлены метформин до 2000 мг/сут, спиринолактон до 200 мг/сут, L-тироксин 50 мкг утром, растительные антиоксиданты (куркумин 500 мг/сут, ресвератрол 250 мг/сут).

Всем трем пациенткам также назначался длительный прием витаминно-минерального комплекса для беременных, при-

ем витамина Е 100 мг/сут с целью сохранения беременности и предотвращения выкидыша или преждевременных родов.

В каждом из трех описанных случаев адекватный подбор психотропных препаратов с учетом их дополнительных свойств (противорвотных, противозудных, гипотензивных и т.д.), а также назначение сопутствующих препаратов с положительным влиянием как на депрессивную симптоматику, так и на течение того или иного осложнения беременности (растительных антиоксидантов, гепатопротекторов, инсулин-сенситизаторов или, как у пациентки № 1, иммуносупрессора такролимуса) позволили не только быстро купировать суицидальную опасность и саму депрессию, но и создать условия для успешного доношивания беременности и рождения здоровых детей.

Заключение

Подбор психотропных препаратов у беременных с депрессией и суицидальной активностью должен учитывать не только их безопасность для плода, но и их влияние на общие (пересекающиеся) механизмы патогенеза депрессии, суицидального поведения и определенных осложнений беременности. Применение антиоксидантов, инсулин-сенситизаторов показано и при преэклампсии, и при ВХБ, и при диабете беременных, и при депрессии. Не менее важна коррекция нутритивных дефицитов.

Литература

1. Arvanitidou O., Kosmas I., Michalopoulos C.K. et al. The Impact of Stress and Depression on the Outcome of Human Gestation // *Cureus*. – 2023. – Vol. 15 (11). – e48700. doi: 10.7759/cureus.48700.
2. Dalmau J. Pregnancy, N-Methyl-D-Aspartate Receptor Antibodies, and Neuropsychiatric Diseases // *Ann Neurol*. – 2020. – Vol. 87 (2). – P. 324–325. doi: 10.1002/ana.25654.
3. El-Skaan R.A., Abdelrahman R.M., Hassan A.A. Retrospective Analysis of Hyperemesis Gravidarum and Its Psychological Impact during Hospital Admission // *J. Obstet Gynaecol India*. – 2023. – 73 (Suppl 1). – P. 19–24. doi: 10.1007/s13224-023-01787-3.

4. *Hualin X., Yupin X., Guoqiang Z. et al.* Intrahepatic cholestasis of pregnancy worsening perinatal depressive tendency: a follow-up study from the second trimester to the sixth week postpartum // *Heliyon.* – 2023. – Vol. 9 (5). – e15845. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e15845.

5. *Lee K., Kuang A., Bain J.R. et al.* Metabolomic and genetic architecture of gestational diabetes subtypes // *Diabetologia.* – 2024. doi: 10.1007/s00125-024-06110-x.

6. *Mawson A.R., Xueyuan W.* Breastfeeding, retinoids and postpartum depression: a new theory // *J. Affect. Disord.* – 2013. – Vol. 150 (3). – P. 1129–1135. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.038.

7. *Moy M., Truonghuynh A., Villarreal E., Neal D.* Antepartum psychosis in the setting of preeclampsia with severe features: a case report // *Cureus.* – 2023. – Vol. 15 (11). – e49678. doi: 10.7759/cureus.49678.

8. *Sartika R.D., Wirawan F., Putri P.N., Shukri N.M.* Association between Iron-Folic Acid Supplementation during Pregnancy and Maternal and Infant Anemia in West Java, Indonesia: a mixed-method prospective cohort study // *Am. J. Trop. Med. Hyg.* – 2024. – tpmd230411. doi: 10.4269/ajtmh.23-0411.

9. *Wasserman D.* Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. – Oxford University Press, 2020.

Сведения об авторах

Быков Юрий Витальевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ДПО ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ (г. Ставрополь, 355017, ул. Мира, 310; e-mail: yubykov@gmail.com)

Быкова Анастасия Юрьевна – ординатор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ (г. Ставрополь, 355017, ул. Мира, 310; e-mail: iambykovanastasia@yandex.ru)

Беккер Роман Александрович – научный сотрудник Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве (Израиль, Беэр-Шева, 84105, бульвар им. Давида Бен-Гуриона, 1; e-mail: rombeck@vk.com)

О.П. Ворсина^{1,2}, С.Н. Бронникова²

**АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В 2023 ГОДУ**

¹ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Иркутск

² Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Иркутский областной психоневрологический диспансер», г. Иркутск

O.P. VORSINA^{1,2}, S.N. BRONNIKOVA²

**ANALYSIS OF SUICIDAL BEHAVIOR OF THE POPULATION
OF THE IRKUTSK REGION IN 2023**

¹ Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of Russia, Irkutsk, Irkutsk

² Regional State Budgetary Healthcare Institution “Irkutsk Regional Psychoneurological Dispensary”, Irkutsk

Актуальность

В период с 2000 по 2019 гг. уровень самоубийств во всем мире снизился на 29 % – с 13,0 до 9,2 на 100 тыс. населения. Однако, самоубийство является серьезной глобальной проблемой общественного здравоохранения и входит в число основных причин смерти во всем мире. Смертей от самоубийств больше, чем от малярии, ВИЧ/СПИДа, рака молочной железы или убийств. Более одной из каждых 100 смертей (1,3 %) в 2019 г. произошли в результате суицида.

Самый большой спад уровня суицидов (42 %) наблюдался в Европейском регионе, хотя показатель суицидов в 2019 г. оставался самым высоким на уровне 12,8 на 100 тысяч населения. Самоубийство стало третьей по значимости причиной смерти среди девушек и молодых женщин в возрасте 15–29 лет и четвертый среди мальчиков и юношей этой возрастной группы на 100 000 населения. Снижение смертности от самоубийств – приоритет Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)

в качестве глобальной цели и включено в качестве индикатора в Цели ООН в области устойчивого развития (ЦУР), а также в План действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013–2020 гг., который продлен до 2030 года.

Цель исследования

Изучение распространенности завершенных суицидов и суицидальных попыток среди населения Иркутской области в 2023 году.

Материалы и методы

При изучении эпидемиологических закономерностей завершенных суицидов в Иркутской области использовались материалы информационных систем о частоте суицидальных действий определенных групп населения (данные Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Иркутской области (Иркутскстат), Медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ) Министерства здравоохранения Иркутской области.

Полученные результаты проверялись стандартной статистической обработкой при помощи пакетов программы «Statistica 10.0 for Windows».

Для оценки близости двух распределений (где явления представлены в виде динамических рядов) применялся критерий соответствия, обозначаемый χ^2 (хи-квадрат) (Михалевич И.М. и др., 2004).

Результаты и их обсуждение

В 2023 году в Иркутской области число завершенных самоубийств составило 229, из них 190 (83 %) совершили мужчины, 39 (17 %) – женщины. Интенсивный показатель завершенных суицидов среди населения области составил 9,8 на 100 тысяч населения (мужчины – 17,7 на 100 тысяч населения, женщины – 3,1 на 100 тысяч населения). Показатель мужских суицидов превысил таковой среди женщин в 5,7 раза ($p < 0,001$).

Изучение распространенности завершенных суицидов в разных возрастных группах населения Иркутской области за 2023 год показало (рис. 1), что максимальные показатели выявлены у лиц старше 80 лет (17,3 на 100 тысяч населения соответствующего возраста). Высокие показатели отмечались у лиц 70–79 лет и 40–49 лет (13,9 и 13,3 на 100 тыс. этого возраста).

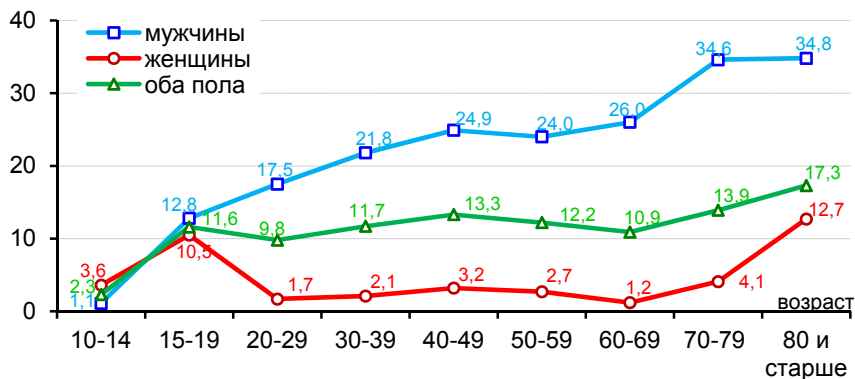


Рис. 1. Распространенность завершённых суицидов в Иркутской области в 2023 году в зависимости от пола и возраста (на 100 тыс. населения).

Минимальный интенсивный показатель завершённых суицидов наблюдался в возрасте 10–14 лет (2,3 на 100 тыс. населения). В остальных возрастных интервалах показатели завершённых суицидов колебались от 9,8 на 100 тыс. населения (20–29 лет) до 12,2 на 100 тыс. населения (50–59 лет). Таким образом, среди возрастных групп населения Иркутской области в 2023 году пик суицидальной активности населения пришелся на старшие возрастные группы 70–79 лет и старше 80 лет, что отличается от прежних лет, где наблюдалось 2 пика суицидальной активности: лица молодого возраста 30–39 лет и лица старше 80 лет.

Интенсивные показатели суицидов мужчин во всех возрастах были значительно выше, чем у женщин. Максимальные различия установлены в возрастном интервале 60–69 лет – в 21,7 раза ($p < 0,001$), минимальные – в 15–19 лет – в 1,2 раза.

Наиболее высокий уровень суицидов мужчин выявлен в возрастных интервалах старше 80 лет (34,8 на 100 тыс. населения), 70–79 лет (34,6 на 100 тыс. населения) и 60–69 лет (26,0 на 100 тыс. населения). Самый низкий уровень мужских самоубийств наблюдался в возрасте 10–14 лет (1,1 на 100 тыс. населения) ($p < 0,001$).

У женщин самый высокий показатель суицидов был в возрасте старше 80 лет (12,7 на 100 тыс. населения) и 15–19 лет (10,5 на 100 тыс. населения), минимальный – в возрастном интервале

60–69 лет (1,2 на 100 тыс. населения) ($p < 0,001$). Во всех остальных возрастных группах показатели самоубийств оставались достаточно стабильными и колебались от 1,7 до 4,1 на 100 тыс. населения соответствующего возраста.

Анализ возрастной структуры группы лиц, совершивших завершённые суициды в 2023 году в Иркутской области, показал, что наибольшее их количество представляли лица в возрасте 40–49 лет (20,1 %) и 30–39 лет (19,2 %). Затем следовали лица в возрасте 50–59 лет (14,4 %) и 60–69 лет (13,5 %). Наименьшее количество составили подростки в возрасте 10–14 лет (1,8 %).

В мужской субпопуляции самая высокая доля суицидов приходилась на возраст 20–29 лет и 30–39 лет (по 21,1 %), меньшая доля приходилась на возраст 50–59 лет и 60–69 лет (по 15,3 %), минимальная – на возраст 10–14 лет (0,5 %).

Среди женщин, совершивших завершённые суициды, наибольшая доля приходилась на возраст 15–19 лет и старше 80 лет (по 17,9 %), меньшая доля – на возраст 40–49 лет (15,4 %). Наименьшую долю среди женской субпопуляции составили возрастные интервалы 20–29 лет и 60–69 лет (по 5,1 %).

Удельный вес мужчин преобладал в возрастных интервалах 20–69 лет (рис. 2). Удельный вес женских суицидов доминировал в возрастных интервалах 10–19 лет и старше 70 лет. В возрастном интервале 70–79 лет веса мужчин и женщин были близки и составили у мужчин – 8,4 % и у женщин – 10,3 %.

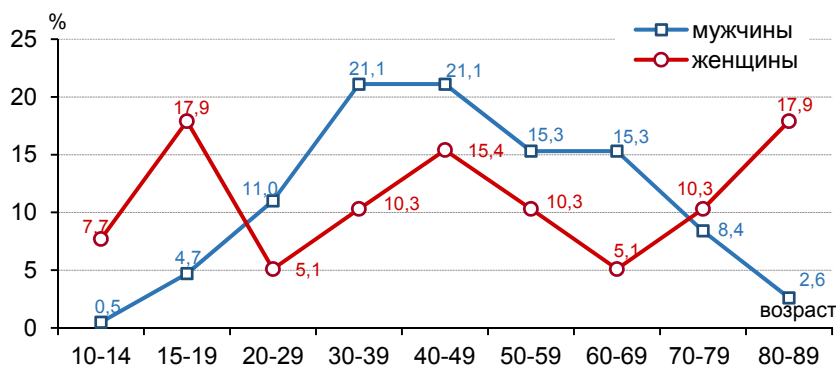


Рис. 2. Гендерное соотношение самоубийств по возрасту за 2023 год (%).

Анализ частоты завершенных суицидов в Иркутской области в 1991 и 2023 гг. в зависимости от возраста суицидентов выявил ряд отличий (рис. 3).

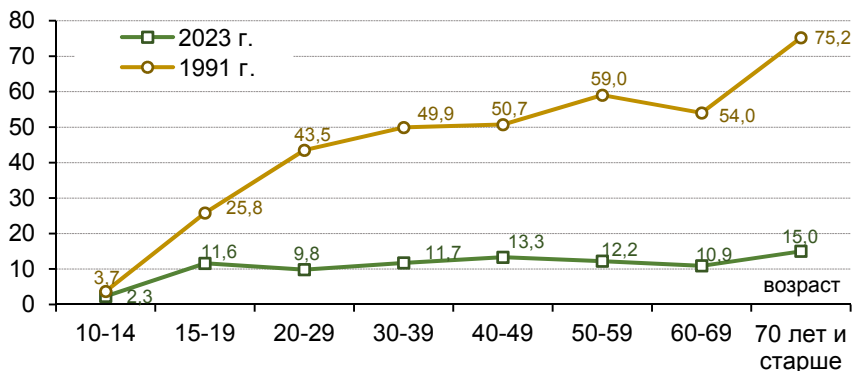


Рис. 3. Возрастная динамика суицидов в Иркутской области в 1991 и 2023 гг. (на 100 тыс. населения).

За 33-летний период соотношение частоты суицидов во всех возрастных группах снизилось. Распространенность суицидов в 2023 году уменьшилась по сравнению с 1991 годом в 1,6–5,0 раза. Особенно сильное уменьшение частоты самоубийств в 2023 году произошло в интервале 60–69 лет (с 54,0 до 10,9 на 100 тысяч населения) и 70 лет и старше (с 75,2 до 15,0 на 100 тыс. населения).

Анализ интенсивных показателей завершенных самоубийств среди городского и сельского населения Иркутской области за 2023 год показал большие отличия (рис. 4). Распространенность завершенных суицидов среди сельского населения Иркутской области в 1,4 раза выше ($p < 0,05$), чем среди городского (12,9 на 100 тыс. населения и 8,9 на 100 тыс. населения соответственно).

У мужчин сельской местности распространенность суицидов в 1,5 раза превышала показатель у мужчин-горожан (23,7 и 15,8 на 100 тыс. населения) ($p < 0,05$). Женщины, проживающие в сельской местности, совершали суициды в 3,7 раза чаще женщин-горожанок (11,9 и 3,2 на 100 тыс. населения) ($p < 0,01$).

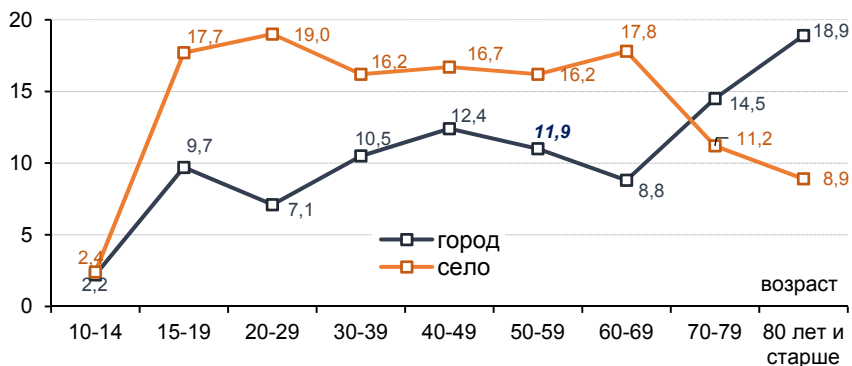


Рис. 4. Распространенность завершенных суицидов городского и сельского населения Иркутской области в 2023 году (на 100 тыс. населения).

Полученные данные свидетельствуют о половых различиях в суицидальном поведении: среди лиц, умерших в результате суицидов, как среди городского населения, так и среди сельского, преобладали мужчины. Мужчины, проживающие на селе, совершали самоубийства чаще, чем сельские женщины, в 2023 г. – в 2 раза ($p < 0,05$). Городские мужчины совершали суициды в 4,9 раза чаще ($p < 0,001$), чем женщины-горожанки.

У мужчин, проживающих в городе, наибольшие показатели завершенных суицидов наблюдались в возрасте 70–79 лет и старше 80 лет (36,4 и 34,4 на 100 тыс. мужского населения этого возраста соответственно). В мужской субпопуляции сельского населения максимальные интенсивные показатели самоубийств отмечались в возрасте 60–69 лет и 80 лет и старше (39,5 и 36,2 на 100 тыс. мужского населения соответствующего возраста).

Распространенность городских женских суицидов была наибольшей в возрасте 80 лет и старше и 15–19 лет – 15,1 и 9,8 на 100 тысяч женского населения, в возрастных группах трудоспособного возраста (с 20 до 59 лет) показатели колебались от 1,5 до 2,7 на 100 тыс. населения. У женщин-сельчанок наибольшая частота суицидов наблюдалась в возрасте 15–19 лет – 12,4 на 100 тыс. населения соответствующего возраста. В остальных возрастных группах показатели колебались от 6,2 на 100 тыс. на-

селения (50–59 лет) до отсутствия суицидов (10–14 лет, 20–29 лет, 60 лет и старше).

Изучение способов завершённых суицидов показал, что подавляющее число как мужчин (78,9 %), так и женщин (56,4 %) покончили жизнь повешением. На втором ранговом месте у мужчин стоят суициды, совершённые с помощью огнестрельного оружия – 11,1 %. В единичных случаях встретились такие способы суицидов, как нанесение колото-резаных ран (5,3 %), отравление (3,7 %), падение с высоты (0,5 %). У женщин второе место занимало падение с высоты (17,9 %), реже встретились отравление (15,4 %) и утопление (5,1 %).

В 2023 году в Иркутской области число суицидальных попыток составило 528 случаев, из них 246 совершили мужчины (46,6 %) и 282 (53,4 %) – женщины. Интенсивный показатель суицидальных попыток среди населения области составил 22,5 на 100 тыс. населения (мужчины – 22,9 на 100 тыс. населения, женщины – 22,2 на 100 тыс. населения). Показатели частоты суицидальных попыток мужчин и женщин были близки, что отличается от общероссийских тенденций, где гендерное соотношение суицидальных попыток мужчин и женщин составляет 1 : 2 – 1 : 4.

Изучение распространенности суицидальных попыток в разных возрастных группах населения Иркутской области за 2023 год показало (рис. 5), что максимальные показатели выявлены у лиц 15–19 лет, 20–29 лет и 30–39 лет (54,6; 49,6 и 32,2 на 100 тыс. населения соответствующего возраста). Минимальный интенсивный показатель суицидальных попыток наблюдался в возрасте 70–79 лет (6,9 на 100 тыс. населения). Таким образом, среди возрастных групп населения Иркутской области в 2023 году наблюдалось пик суицидальной активности населения – лица молодого возраста 15–39 лет.

Интенсивные показатели суицидальных попыток женщин превосходили аналогичные показатели мужчин в возрастных интервалах 10–14 лет, 15–19 лет в 1,4 и 5,0 раз ($p < 0,01$), в возрасте 50–59 лет и 60–69 лет в 1,4 раза. Показатели суицидальных попыток мужчин преобладали в возрастных интервалах 30–39 лет в 1,9 раза; 40–49 лет в 1,4 раза; 70–79 лет в 1,4 раза; 80 лет и старше в 3,1 раза.

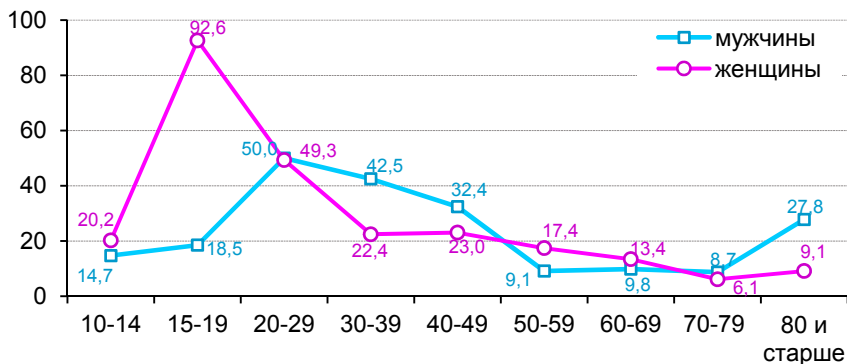


Рис. 5. Распространенность суицидальных попыток в Иркутской области в 2023 году в зависимости от пола и возраста (на 100 тыс. населения).

Наиболее высокий уровень суицидальных попыток мужчин выявлен в возрастных интервалах 20–29 лет (50,0 на 100 тыс. населения) и 30–39 лет (42,5 на 100 тыс. населения). Самый низкий уровень наблюдался в возрасте 70–79 лет (8,3 на 100 тыс. населения) ($p < 0,001$).

У женщин самый высокий показатель суицидальных попыток был в возрасте 15–19 лет (92,6 на 100 тыс. населения) и, минимальный – в возрастном интервале 70–79 лет (6,1 на 100 тыс. населения) ($p < 0,001$).

Анализ способов суицидальных попыток показал, что чаще всего встречалось нанесение колото-резаных ран (49,4 %), далее – отравление (41,9 %). Значительно реже в качестве способа при суицидальных попытках выбиралось повешение (6,8 %). В единичных случаях встретились такие способы совершения суицидальных попыток, как падение с высоты (0,9 %), огнестрельные ранения (0,6 %), утопление (0,4 %). В зависимости от пола выбор способа суицидальных попыток различался. У мужчин на первом месте стоит нанесение колото-резаных ран (69,5 %), далее следуют отравление и повешение (по 13,8 %). Подавляющее число женщин выбирали в качестве способа суицидальных попыток отравление (66,3 %), реже встречалось нанесение колото-резаных ран (31,9 %), повешение и падение с высоты (по 0,7 %).

Таким образом, проведенное исследование выявило следующее:

1. Показатели завершенных суицидов населения Иркутской области в 2023 году снизились, достигли низких значений по классификации ВОЗ (9,8 на 100 тыс. населения) и сравнялись с российскими показателями (10,7 на 100 тыс. населения (2021)).

2. Показатели завершенных суицидов населения Иркутской области за период 1991–2023 гг. снизились в 3,8 раза (с 37,3 до 9,8 на 100 тыс. населения), достигая максимального снижения в возрастном интервале 60 лет и старше – в 5 раз.

3. Число мужчин, совершивших самоубийство, превышало показатели женщин в 2023 году в 4,9 раза, что соответствует общероссийской пропорции мужских и женских суицидов – 4–6 : 1.

4. Максимальные показатели завершенных суицидов населения Иркутской области были характерны для лиц 80 лет и старше (17,3 на 100 тыс. населения), 70–79 лет (13,9 на 100 тыс. населения) и 40–49 лет (13,3 на 100 тыс. населения).

5. Максимальные показатели завершенных суицидов мужского населения Иркутской области были характерны для лиц 80 лет и старше (34,8 на 100 тыс. населения) и 70–79 лет (34,8 на 100 тыс. населения).

6. Максимальные показатели завершенных суицидов женского населения Иркутской области наблюдались у лиц 80 лет и старше (12,7 на 100 тыс. населения) и 15–19 лет (10,5 на 100 тыс. населения).

7. Анализ завершенных суицидов в городской и сельской местности Иркутской области показал превалирование сельских суицидов в 1,4 раза (сельские мужские суициды превалируют в 1,5 раза, сельские женские суициды – в 3,7 раза).

8. Преобладающим способом завершенных суицидов населения Иркутской области было самоповешение, ему отдавали предпочтение суициденты обоих полов.

9. Максимальное число суицидальных попыток населения Иркутской области наблюдалось в возрастных интервалах 15–19 лет, 20–29 лет и 30–39 лет (54,6; 49,6 и 32,2 на 100 тыс. населения соответствующего возраста).

10. Структура способов покушения на самоубийство населения Иркутской области остается традиционной для отечественных суицидентов. Наиболее распространенными способами суицидальных попыток явились отравление, нанесение колото-резаных ран и повешение.

Заключение

Суицидальная активность населения Иркутской области за последние годы снизилась, попав в группу областей с низким уровнем завершенных суицидов (0–10 на 100 тыс. населения). Уровень самоубийств формируется в основном за счет взрослого мужского населения. Несмотря на снижение распространенности суицидов за 33-летний период в Иркутской области с 37,3 на 100 тыс. населения (1991 г.) до 9,8 на 100 тыс. населения (2023 г.), показатели завершенных суицидов сохраняют значения, превышающие российские показатели. Полученные данные следует учитывать при создании дифференцированных подходов к суицидологической помощи различным группам населения, что позволит усилить контроль за суицидологической ситуацией в Иркутской области и своевременно принять меры для ее коррекции.

Литература

1. WHO (World Health Organization). The World Health Report, 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. – Geneva: WHO, 2001.
2. Самоубийства и их профилактика в России, 2018 г.: основные факты // Демоскоп Weekly. – 2019. – С. 823–824. (<https://www.demoscope.ru/weekly/2019/0823>).
3. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. – Geneva: World Health Organization, 2021.
4. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. – WHO, 2023.

Сведения об авторах

Ворсина Ольга Петровна – д.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии, заместитель главного врача по медицинской части Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. ОГБУЗ ИОПНД (664022, г. Иркутск, пер. А. Сударева, 6; e-mail: ovorsina@mail.ru)

Бронникова Светлана Николаевна – заведующий организационно-методическим отделом. ОГБУЗ ИОПНД (664022, г. Иркутск, пер. А. Сударева, 6; e-mail: bronnikova@iopnd.ru)

А.А. ГАНИХАНОВ

**АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА 2018–2022 ГОДЫ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент,
Республика Узбекистан

A.A. GANIKHANOV

**ANALYSIS OF COMPLETED SUICIDES DYNAMICS IN THE REPUBLIC
OF UZBEKISTAN FROM 2018 TO 2022**

Tashkent pediatric medicine institute, Tashkent, Uzbekistan

Цель

Анализ динамики завершенных суицидов за определенный период и выявление потенциальных тенденций и закономерностей в Республике Узбекистан.

Материалы и методы исследования

В исследовании был использован ретроспективный анализ официальных данных о завершенных суицидах в Узбекистане с 2018 по 2022 гг. Проведен статистический анализ для изучения вариаций и изменений в уровне суицидов за указанный период. Кроме того, были учтены демографические факторы, такие как возраст, пол и географическое распределение.

В Республике Узбекистан в 2018 году распространенность суицидов отмечалась на уровне 6,8; в 2019 году – 5,2; в 2020 году – 6,1; в 2021 году – 6,1; в 2022 году – 4,7 на 100 тыс. населения. Количество завершенных суицидов составляло: 2018 г. – 2214, 2019 г. – 1733, 2020 г. – 2069, 2021 г. – 2192, 2022 г. – 1703.

Результаты

Анализ выявил значимые тенденции в динамике завершенных суицидов за период исследования. Наблюдалось постепенное увеличение уровня суицидов, особенно среди молодых взрослых, с пиком в 2021 году. Географические данные показали различия в уровне суицидов в разных регионах, указывая на возможные региональные различия. Разбивка по полу показала более высокую распространенность завершенных суицидов среди мужчин. Полученные результаты также подчеркнули необходимость целенаправленных стратегий профилактики суицида, особенно среди уязвимых возрастных групп и регионов с высокими уровнями.

Заключение

Результаты исследования подчеркивают важность постоянного мониторинга и анализа динамики завершенных суицидов для выявления новых закономерностей и внедрения эффективных мер профилактики. Наблюдаемый рост уровня суицидов, особенно среди молодых взрослых, требует немедленного вмешательства и разработки комплексных программ психического здоровья. Исследование предоставляет ценные научные выводы для принимающих решения специалистов в области психического здоровья и общественных организаций, которые могут помочь в борьбе с основными факторами, влияющими на завершенные суициды, и способствуют разработке мер, направленных на снижение суицидальной активности в Узбекистане.

Сведения об авторе

Ганиханов Абдурахим Абдухамитович – доцент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии (PhD) Ташкентского педиатрического медицинского института (г. Ташкент, ул. Богишамол, 223, e-mail: aganikhanov@gmail.com)

**Л.А. ИВАНОВА¹, Т.А. ЕЛИСЕЕВА², В.И. ГОРШКОВА²,
И.А. ИВАНОВА²**

**ОСОБЕННОСТИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ
В КЛИНИКЕ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

¹ Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская
медицинская академия непрерывного профессионального
образования» Минздрава России, г. Иркутск

² ОГКУЗ Иркутская областная клиническая психиатрическая
больница № 1, г. Иркутск

L.A. IVANOVA¹, T.A. ELISEEVA², V.I. GORSHKOVA², I.A. IVANOVA²

**FEATURES OF SELF-INJURIOUS BEHAVIOR IN THE CLINIC OF
PAROXYSMAL SCHIZOPHRENIA**

¹ Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education –
branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education
of the Ministry of Health of Russia, Irkutsk, Irkutsk

² Irkutsk regional clinical psychiatric hospital N 1, Irkutsk

Шизофрения является распространенным психическим заболеванием с разнообразными клиническими проявлениями, часто сопровождается депрессивной симптоматикой и суицидальным поведением [9, 10]. Риск совершения завершенной суицидальной попытки у больных шизофренией составляет 4,9 % [8]. Суициды имеют связь с тяжестью бреда и галлюцинаций, в том числе их императивным характером [5], нарушениями мышления [2], постпсихотической депрессией [7] и тяжестью депрессивной симптоматики [2].

В некоторых исследованиях отмечается, что больные шизофренией совершают более тяжелые и летальные суицидальные попытки; они в меньшей степени склонны к планированию этих действий, совершая их более импульсивно [4]. Выявлено отсутствие связи суицида при шизофрении с повышенной импульсивностью, однако летальность суицидальных попыток значительно выше, чем при эндогенной депрессии (40 % против 29 %). У пациентов высока вероятность самотравмирования и самоубийств,

которые приобретают черты жестокости при импульсивном кататоническом возбуждении.

Отмечен антисуицидальный эффект атипичных антипсихотиков у больных шизофренией в виде снижения суицидального риска, меньшей частоты попыток суицида в сравнении с традиционными нейролептиками [1]. Клозапин относится к первому антипсихотику с доказанным долгосрочным (в течение 1–2 лет) антисуицидальным действием (снижение числа суицидов, агрессивности, импульсивности) при шизофрении и шизоаффективном расстройстве, в том числе в случае терапевтической резистентности [3]. На фоне терапии клозапином значительно снижен риск развития экстрапирамидных расстройств и поздней дискинезии по сравнению с другими антипсихотиками [6].

Приведем особенности самоповреждающего (в том числе суицидального) поведения в клинике приступообразной шизофрении с хронифицированным кататано-галлюцинаторно-бредовым приступом. Пациентка 50 лет с длительностью заболевания 15 лет, многократными госпитализациями в общее женское отделение ОГКУЗ ИОКПБ № 1. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родилась старшей из 2 детей, раннее развитие без особенностей. В дошкольном возрасте лечилась стационарно по поводу острой пневмонии (при введении гамма-глобулина перенесла отек Квинке), гепатита А, хронического бронхита с астматоидным компонентом. Росла общительной, увлекалась рисованием, играла на флейте, гитаре. Закончила 11 классов и биолого-почвенный факультет ИГУ, далее непродолжительное время работала в библиотеке. В разводе, детей нет, проживает с матерью.

С возраста 35 лет в течение 6 месяцев отмечала зуд в области заднего прохода, причиной зуда считала перенасыщенность организма сахаром в результате неправильного питания. Проходила тщательное обследование, в том числе на наличие гельминтов, лямблий. Придерживалась диеты с ограничением употребления продуктов. В возрасте 38 лет испытывала ощущение бурления, жжения и покалывания в животе, «присутствия жидкости – бульканье» в брюшной полости, неприятные запахи после приема пищи, исходящие от собственного тела. Была обеспокоена своим здоровьем. Перестала употреблять мясо, рыбу с периодами ка-

тегорического отказа от еды, воды. В течение лет похудела, вес тела к 41 году составлял 34 кг при росте 156 см. В это же время потеряла интерес к общению с близкими, не выходила на улицу, не выполняла гигиенические процедуры. Высказывала мысли о самоубийстве. В возрасте 43 лет была госпитализирована в ИОКПБ № 1 с диагнозом «Депрессивное расстройство с сенисто-ипохондрической симптоматикой». При поступлении была напряжена, насторожена, неохотно вступала в беседу, фиксирована на избыточном употреблении сладкого, была склонна к рассуждательству. Критика к болезни отсутствовала. На фоне проведенного лечения (пароксетин, алпразолам, кветиапин) отмечена положительная динамика в виде улучшения настроения, уменьшения навязчивых мыслей о здоровье, редукции неприятных ощущений в животе, прибавки массы тела.

В 2014 году в возрасте 43–44 лет было 3 госпитализации в ИОКПБ № 1 длительностью пребывания в стационаре от 13 до 224 дней. Поддерживающее лечение принимала нерегулярно и затем вообще отказывалась от приема препаратов. Перед госпитализациями становилась тревожной, усиливалось беспокойство за свое здоровье. На фоне ограничений в питании (каши на воде) худела до 10 кг. С помощью пластиковых бутылок делала себе клизмы, вызывала рвоту. Появилась слабость, утомляемость, с трудом концентрировала внимание, не могла запомнить куда положила ту или иную вещь, была безынициативна. Перестала выполнять работу по дому, общаться с родственниками. Ночной сон был с частыми пробуждениями. Отмечала наличие большого энергетического столба в теле («Я – энергия, вибрация, тонкая информация»). При поступлении речь громкая, активно жестикулировала, фиксирована на соматическом неблагополучии. Фон настроения с дистимическим оттенком. На разных этапах госпитализаций проводилась комбинированная терапия антипсихотиками (трифлуоперазин, галоперидол, галоперидол-деканоат, модитен-депо), антидепрессантами (пароксетин, сертралин, амитриптилин) и нормотимиком (вальпроевая кислота). В возрасте 44 лет оформлена 2 группа инвалидности.

В последующие 5 лет течения заболевания (возраст пациентки 45–50 лет) госпитализировалась в ИОКПБ № 1

8 раз, длительность госпитализаций варьировала от 2 недель до 105 дней. Поддерживающее лечение принимала нерегулярно. В возрасте 45 лет резко изменилось состояние – на фоне психомоторного возбуждения гримасничала, совершала стереотипные движения, «цокала» зубами, пыталась выпрыгнуть из окна, облить себя кипятком, кричала, повторяла сказанные матерью слова, был нарушен ночной сон. Пыталась проглотить целиком апельсин, котлету («хотела подавиться»), оказывала сопротивление. Могла несколько минут смотреть в одну точку, повторяла фразу «святое». Испытывала ощущение, что «нет души». На фоне комбинированной терапии (флувоксамин, клозапин, вальпроевая кислота) улучшилось настроение, отсутствовали эпизоды психомоторного возбуждения с импульсивностью, улучшился сон.

Через несколько дней после выписки из стационара после прихода сотрудников пенсионного фонда стала считать, что это были мошенники, в сети интернет искала подробную информацию о работниках фонда, перестала спать ночами. На своей странице в «Одноклассниках» общалась с несколькими мужчинами, на просьбу матери закончить переписку внезапного озлобилась, укусила ее за руку, затем нанесла ей ножевое ранение на верхней конечности, пыталась ее задушить. Укусила себя за предплечье, нанесла порезы себе канцелярским ножом в области рук. Затем разбила стеклянную бутылку о свою голову и осколками нанесла порезы в области шеи, живота. СМП была доставлена в хирургическое отделение, на раны наложены швы, затем была госпитализирована в ИОКПБ № 1. При поступлении выявлены вегетативные расстройства в виде сальных кожных покровов, гипергидроза, мраморности кожи, тахикардии, гиперемии латеральных поверхностей стоп; единичные гематомы преимущественно в области нижних конечностей; обложенность языка былым налетом; сухие губы с образованием корочек. По лабораторным анализам крови отмечены повышение СОЭ, лимфопения, незначительный лейкоцитоз, снижение общего белка. В терапии кататонического синдрома были использованы препараты, восполняющие объем циркулирующей крови и нормализующие водно-электролитный состав (реамберин,

физиологический раствор, растворы Рингера, дисоль, глюкозо-инсулино-калиевая смесь), ноотропные препараты (актовегин, мексидол), при психомоторном возбуждении использовался феназепам внутривенно или внутримышечно. При отказе от еды питание пациентке проводилось питательной смесью с помощью назогастрального зонда. На фоне инфузионной терапии отмечалась редукция тахикардии, цианоза; нормализация тургора кожи, влажности слизистых и кожи, исчезновение налета на языке и губах. После редукции метаболических, вегетативных нарушений был использован клозапин, флувоксмин.

С возраста 48 лет стала предъявлять жалобы на мужские и женские «голоса» в голове («не люди и не бесы»), которые управляют телом и сознанием, «делают ощущения в животе – боль и холод», приказывают выполнять команды, угрожают («если я не убью маму, то она погибнет в муках»), «отсоединили меня от Бога, «заставляли убить себя (облила себя кипятком), запрещали принимать лекарства. В течение нескольких дней наносила себе порезы ребристым ножом в области живота. Затем выпила 50 таблеток тизерцина («существа заставили»). Проходила лечение в токсикологическом отделении с диагнозом: «Острое отравление психотропными веществами тяжелой степени тяжести. Повторный суицид». На протяжении 2 лет (2022–2024 гг.) повторные госпитализации были обусловлены галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, кататоническим импульсивным возбуждением, самоповреждающим поведением. Испытывала угрожающие, запрещающие принимать пищу слуховые обманы восприятия (шептала, молилась). Отказывалась от еды, прикрывала нос и рот полотенцем. Выкрикивала отдельные слова, например, «я опасна». Сообщала, что «мама унижает, брат избивает». В один из периодов психомоторного возбуждения разбежалась и ударилась лицом о стену, повредила мягкие ткани губ, носа. Внезапно подбегала к проводам щитка в коридоре и пыталась их вырвать. При поступлении в ИОКПБ № 1 продуктивному контакту была недоступна, на вопросы не отвечала. Могла раскачиваться в постели, на врача не реагировала, неразборчиво что-то шептала. Выражение лица было отстраненное. Взгляд направлен в сторону. Отмечались кататонические вегетативные,

метаболические, гиповолевмического нарушения. Лечение было направлено на коррекцию кататонических расстройств с последующим использованием клозапина.

Инициальный период заболевания представлен ипохондрической симптоматикой с наличием патологических телесных сенсаций, убежденностью по поводу наличия глистных инвазий, соблюдением диеты для преодоления мнимой болезни. В дальнейшем тревожная депрессия с суицидальными мыслями сопровождалась изменением локализаций сенестопатий и их характеристик (термические и фантастические в области брюшной полости), обонятельными галлюцинациями и неконгруэнтной аффекту фабулой бреда («Я – тонкая энергия»). При трансформации депрессивно-бредовой структуры приступа с наличием смешанных аффективных расстройств в кататано-галлюциаторно-бредовую кататоническое импульсивное возбуждение с эпизодами кататонического субступора сопровождалось негативизмом, вербигерациями, эхо-симптомами, вегетативными и метаболическими расстройствами. Бредовые расстройства тесно связаны с содержанием угрожающих и императивных вербальных псевдогаллюцинаций, на высоте вербальный галлюциноз сочетается с психическими автоматизмами. Агрессивное и аутоагрессивное поведение при кататоническом возбуждении характеризуется немотивированностью, импульсивностью, непродуманностью; при возникновении вербального псевдогаллюциноза обусловлено тематикой «голосов» отравиться, нанести порезы ножом, отказаться от приема пищи.

Таким образом, в клиническом примере представлены различные варианты самоповреждающего (в том числе суицидального) поведения у пациентки с приступообразной шизофренией – на этапе депрессивно-бредового синдрома это были суицидальные мысли, в структуре кататонического синдрома – импульсивные агрессивные (избиение, попытка удушения) и аутоагрессивные тенденции (порезы, попытка подавиться едой), при кататано-галлюциаторно-бредовом синдроме самоповреждения обусловлены влиянием как императивного вербального псевдогаллюциноза, так и кататоническим возбуждением.

Литература

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors // *Am. J. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 160 (11 Suppl). – P. 1–60.

2. *Bakst S., Rabinowitz J., Bromet E.J.* Antecedents and patterns of suicide behavior in first-admission psychosis // *Schizophr. Bull.* – 2010. – Vol. 36. – P. 880–889.

3. *Barak Y., Mirecki I., Knobler H.Y., Natan Z., Aizenberg D.* Suicidality and second-generation antipsychotics in schizophrenia patients: a case-controlled retrospective study during a 5-year period // *Psychopharmacol (Berl)*. – 2004. – Vol. 175 (2). – P. 215–219.

4. Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 2002. – Vol. 58. – P. 253–261.

5. *Heila H., Isometsa E.T., Henriksson M.M. et al.* Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia // *Am. J. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 154. – P. 1235–1242.

6. *Meltzer H.* Suicide in schizophrenia: clozapine, the adoption of evidence-based medicine // *J. Clin. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 66 (4). – P. 530–533.

7. *Meltzer H.Y., Fatemi H.* Suicide in schizophrenia: the effect of clozapine // *Clin. Neuropharmacol.* – 1995. – Vol. 18, Suppl. 3. – P. 18–24.

8. *Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M.* The lifetime risk of suicide in schizophrenia. A reexamination // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62. – P. 247–253.

9. *Вишневская О.А., Петрова Н.Н.* Суицидальное поведение больных в ремиссии шизофрении // *Суицидология*. – 2014. – № 5 (1). – С. 35–41.

10. *Логутенко Р.М.* Гетероагрессивное и суицидальное поведение больных параноидной шизофренией с бредом одержимости // *Наука молодых*. – 2015. – № 4. – С. 104–110.

Сведения об авторах

Иванова Людмила Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии ИГМАПО – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (664079, г. Иркутск, м/р Юбилейный, 100; e-mail: ivanova.l@bk.ru)

Елисеева Татьяна Александровна – заведующая отделением № 6 ОГКУЗ Иркутская областная клиническая психиатрическая

больница № 1 (664059, г. Иркутск, м/р Юбилейный, д. 11а; e-mail: panteleev_1983@list.ru)

Горшкова Вера Ивановна – врач-психиатр отделения № 6 ОГКУЗ Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1 (664059, г. Иркутск, Юбилейный, д. 11а; e-mail: Vera.gorshkova.57@list.ru)

Иванова Ирина Анатольевна – врач-психиатр отделения № 6 ОГКУЗ Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1 (664059, г. Иркутск, м/р Юбилейный, д. 11а; e-mail: Ivanova.irishka-2016@yandex.ru)

С.С. КАНАВИНА

**ПРЕСУИЦИД: РАБОТА С ПАЦИЕНТОМ,
ОСТРО ПЕРЕЖИВАЮЩИМ УТРАТУ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

ОГБУЗ «Иркутская городская больница № 6», г. Иркутск

S.S. KANAVINA

**PRESSUICIDE: WORKING WITH A PATIENT
ACUTELY EXPERIENCED LOSS (CLINICAL CASE)**

Regional state budgetary healthcare institution «Irkutsk City Hospital No. 6»,
Irkutsk

Пресуицид – состояние личности, обуславливающее повышенную, в отношении к условной «норме», вероятность совершения суицидального акта, даже заведомо незавершенного (Амбрумова А.Г., Леви В.Л., 1974). Подобное состояние заведомо является сложным в плане психокоррекции, поскольку сопровождается высоким уровнем дезорганизации личности и наличием неразрешаемого конфликта.

В кабинет психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, обращается пациентка Х. (28 лет, вдова, медик, в анамнезе множество хронических заболеваний). Она предъявляет жалобы на хроническую бессонницу, высокий уровень тревоги, усталость, апатию. В ходе клинической беседы Х. жалуется на повышенную утомляемость, мышечное напряжение, сниженную концентра-

цию внимания; наиболее значимой является полное отсутствие готовности пациентки к социальным контактам. Изначально Х. связывала описанные симптомы с высокой загруженностью на работе и имеющимся соматическим заболеванием (ревматоидный артрит), однако в ходе беседы было выявлено, что ухудшение состояния связано с переживанием горя. Со слов пациентки, восемь месяцев назад, в день рождения Х., умер ее муж, который, согласно описанию, «сгорел за два дня».

Пациентка крайне тяжело справляется с утратой, не верит диагнозу из медицинского свидетельства о смерти и отказывается от большинства социальных контактов: не посещает встречи с друзьями, сокращает общение с коллегами, перестает гулять. Первые две сессии она делится имеющимися переживаниями, рассказывает о супруге и их совместной жизни. Несмотря на самостоятельное обращение за психологической помощью, изначально относится к психологу и предлагаемому методу терапии скептически. К третьей сессии сообщает о наличии сформированных суицидальных намерениях: выстроен план совершения самоубийства, выбрано место, время, однако попытка не совершается в связи с действием мощного превентивного фактора – беспокойством за близких людей.

Цель психологических интервенций Х. определить самостоятельно не может. Было принято решение разделить озвучиваемые пациенткой сентенции на три основные группы: жалобы, связанные с высоким уровнем тревоги, жалобы, связанные с суицидальными намерениями, и жалобы, связанные с переживанием утраты. Необходимо отметить, что на данном этапе работы пациентка категорически против диагностики своего состояния у психиатра, поэтому определение точной нозологии остается под вопросом.

На диагностических сессиях были использованы:

1. Шкала суицидальных мыслей А. Бека.
2. Шкала самооценки депрессии Цунга.
3. Шкала безнадежности А. Бека.
4. Опросник генерализованного тревожного расстройства, ГТР-7.
5. Симптоматический опросник SCL-90.

Данные тесты были выбраны в связи с простотой их использования, поскольку, с учетом состояния пациентки, является важным дать ей инструмент самостоятельного измерения своего состояния.

Согласно результатам опросников и клинического интервью (Барлоу Д., 2008): по шкале суицидальных мыслей набрано 33 из 39 баллов; шкале самооценки депрессии Цунга – 64 из 80 баллов; шкале безнадежности – 13 из 20 баллов; ГТР-7 – 16 из 21 баллов; SCL-90 – соматизация (2,50), депрессия (2,54), тревожность (2,20), фобия (2,57).

С пациенткой был составлен план безопасности, согласно которому Х. обязалась сообщать клиническому психологу об участии суицидальных мыслей и намерений с целью сохранения жизни и постепенного улучшения ее качества. Пациентка следует данному плану и сообщает о суицидальных мыслях посредством электронной почты.

К пятой сессии пациентка Х демонстрирует высокую комплаентность, выполняет домашние задания. В качестве первых интервенций был выбран протокол СМЭР для диагностики тревожной соматической симптоматики и определения методов снижения тревоги. Были подобраны дыхательные упражнения, релаксирующие практики, освоен алгоритм нервно-мышечной релаксации. Разобраны ключевые когниции пациентки и глубинные убеждения (беспомощность, никчемность). Данная работа, в рамках когнитивно-поведенческого подхода, несколько снижает уровень сопровождающей пациентки тревожности, после чего начинается работа, связанная с травмирующим переживанием – смертью супруга.

Работа сутрадой ведется с пятой сессии с помощью алгоритма в рамках терапии принятия и ответственности: создается творческая безнадежность и задается точка выбора, определяющая дальнейшие стратегии поведения пациентки. Формируется «безопасное место», которое оказывает мощный терапевтический эффект: пациентка с готовностью создает его, успокаивается и тем самым подтверждает значимость используемых ею стратегий избегания. С большим успехом используются техники когнитивного расцепления.

К настоящему моменту проведено 10 сессий. Отмеченные сложности: нарушение личных границ, угодливость, ригидность суждений.

На десятой сессии пациентка соглашается пройти диагностику у психиатра в частном порядке. Она начинает озвучивать жизнеутверждающие мысли: радуется предложению сменить работу, делится впечатлениями от встреч с друзьями, начинает приводить в порядок квартиру (жертвует в благотворительный фонд часть вещей супруга, складывает его книги и готовит к отправке в библиотеку, прибирается в комнатах). Переживание утраты становится более прозрачным: пациентка учится делиться горем с окружающими, учится фокусироваться на светлых воспоминаниях о супруге, а не на обстоятельствах его смерти.

Необходимо отметить, что на данном этапе взаимодействия с пациенткой установлены терапевтические отношения, у нее сформирована готовность к осознанной работе над переживаниями, она начинает транслировать позитивные идеи. Переход от когнитивно-поведенческого подхода, целью использования которого было формирование у пациентки веры в эффективность психотерапии и осознания наиболее деструктивных суждений, в терапию принятия и ответственности, ориентированной на бережную работу с травмирующей ситуацией, показывает свою эффективность в данном клиническом случае, осложненном изначальным отсутствием веры X. В эффективность интервенций. Пациентка осознает ценность систематических изменений, которые постепенно начинают менять ее жизнь, и обретает внутреннюю уверенность в ценности работы. Она формирует цель для проводимой работы – формирование мотивации на ведение осмысленной и насыщенной событиями жизни. Безусловно, данные шаги являются лишь начальными в данной работе, но для пациентки X. они становятся значимыми, которые она описывает как «спасающими мою никчемную жизнь», что свидетельствует о готовности к изменению дезадаптивных стратегий поведения и принятию новых смыслов, опосредующих деятельность.

Литература

1. Амбрумова А.Г., Леви В.Л. Типология пресуицидальных состояний // Клинико-психологические, социальные и правовые проблемы суицидального поведения: Материалы симпозиума 21–23 октября 1974 года, г. Москва. – М., 1974. – С. 45–54.

2. Барлоу Д. Клиническое руководство по психическим расстройствам / пер. под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 912 с.

3. Кекелидзе З.И., Трущелев С.А. Формат представления клинического случая в научном журнале // Российский психиатрический журнал. – 2017. – № 2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/format-predstavleniya-klinicheskogo-sluchaya-v-nauchnom-zhurnale> (дата обращения: 18.04.2024).

Сведения об авторе

Канавина София Сергеевна – медицинский психолог кабинета психологической и медико-социальной помощи женщинам ОГБУЗ «ИГБ № 6» (г. Иркутск, ул. Якоби, 34; e-mail: sofia.kanavina@yandex.ru)

С.С. КАНАВИНА¹, О.В. ЛОБАНОВА²

АКТУАЛИЗАЦИЯ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ В РАБОТЕ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

¹ ОГБУЗ «Иркутская городская больница № 6», г. Иркутск

² ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер», г. Иркутск

S.S. KANAVINA¹, O.V. LOBANOVA²

ACTUALIZATION OF MEANINGFUL VALUES IN WORKING WITH SUICIDAL PATIENTS

¹ «Irkutsk City Hospital No. 6», Irkutsk

² «Irkutsk Regional Psychoneurological Dispensary», Irkutsk

Масштабные изменения в экономической, политической, социальной и отчасти духовной сферах государства неизбежно отражаются на мышлении населения. Люди адаптируются вы-

нужденно, будучи не всегда готовыми к этому, что может отразиться на их отношении к жизни, или же на возникновении суицидальных мыслей. Возникновение данных мыслей и их осознание личностью – как допустимой альтернативы решения проблем – свидетельствует о наступлении кризиса, связанного с ценностями и смыслами.

По данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Иркутской области (Иркутскстат), Медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ) Министерства здравоохранения Иркутской области, в 2021 г. В Иркутской области число завершенных самоубийств составило 316, из них 82,3 % совершили мужчины, 17,7 % – женщины; в 2022 г. В Иркутской области число завершенных самоубийств составило 248, из них 81,5 % совершили мужчины, 18,5 % – женщины; в 2023 г. – 229 чел., мужчины – 82,9 %, женщины – 17,1 % (Ворсина О.П., 2022, 2023). Представленные данные свидетельствуют об актуальности суицидологии как практикоориентированной науки, способствующей сохранению человеческих жизней, и о значимости рассмотрения смыслов и ценностей как превентивных факторов.

Понятие смысла широко рассматривалось в работах В. Франкла, А.Н. Леонтьева, Д.А. Леонтьева, Дж. Келли, В.Э. Чудновского, Б.С. Братуся, Ф.Е. Василюка, М. Чиксентмихайи и др. Ценности широко рассматривались в трудах Д.А. Леонтьева, М. Рокича, Ш. Шварца и В. Билски, Б.Г. Ананьева, В.А. Ядова, А. Маслоу, А.Г. Асмолова, С. Хайеса, Р. Хэрриса. В рамках статьи мы предлагаем ссылаться на следующие определения:

1. Смысл – индивидуализированное отражение действительности, выражающее отношение человека к тем объектам, ради которых развертывается человеческая деятельность и общение (Леонтьев А.Н., 1977).

2. Ценность – убеждения, формирующие готовность принять определенные жизненные сложности (Dixon M.R., Hayes S.C., Belisle J., 2023).

3. Смысложизненные ориентации – целостная система наивысших ценностей и главных идей, отражающих направленность личности, осознанность выборов и оценок, удовлетворен-

ность жизнью (самореализацией) и способность брать за нее ответственность, влияя на ее ход (Лобза О.В., Конончук И.В., Эгамбердиева Е.В., 2017).

Ценности и смыслы, взаимообуславливающие друг друга конструкторы, отличающиеся уровнем гибкости: ценности более адаптивны, в частности, в контексте терапии принятия и ответственности, они обладают мета-позицией, т.е. способны изменяться в зависимости от целей жизни человека. Смысложизненные ориентации формируют вектор развития личности для познания смысла жизни и реализации значимых ценностей, т.е. сферы жизни, в которых человек может реализоваться, и цели, достижение которых сделает любую деятельность человека насыщеннее и осмысленнее (Каунова Н.Г., 2006). Невозможность достижения вышеописанного в контексте суицидального поведения определяются переживанием безнадежности.

Безнадежность, определяемая многими авторами как обязательный компонент суицидального поведения (Бек А., Клонски Е.Д., Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А.), подталкивает человека к действиям, направленным на быстрое решение проблемы с подтекстом избегания.

Суицидальные мысли, попытки и действия обусловлены, в первую очередь, желанием справиться с невыносимой болью и переживанием безнадежности, что, во вторую очередь, ставит под угрозу значимость для личности ее смысложизненных ориентаций. Наиболее ценным, с психологической точки зрения, будет использование не только медикаментозного лечения, но и терапии принятия и ответственности. Препараты купируют симптоматику, позволяя клиническому психологу начать работу с причинами, подтолкнувшими личность к столь радикальному решению проблемы как суицид. Рассматривая суицид как форму бегства от реальности, важно обозначить один из факторов, способствующих повышению суицидального риска: экспериенциальное избегание (Павлов Н.А., 2016). Оно характеризуется неготовностью входить в контакт с неприятным опытом и совершением действий, усиливающих данный опыт или провоцирующих его возникновение событий. Подобное поведение также влияет на закрепление патологии в личности, что деструктивно

сказывается на лечебном процессе, в связи с чем обращение к готовности принять собственные переживания является более чем продуманным.

Столкнуться без внешней поддержки с переживаниями суициденту не представляется возможным, в связи с чем поддерживающая фигура клинического психолога обеспечивает необходимую безопасность для того, чтобы «приспособиться к окружающему миру и поделиться этим опытом с последующими поколениями» (Карпинский К.В., 2008). Терапия принятия и ответственности направлена на обучение пациентам психологической гибкости, которая направлена на преодоление:

- ограниченного самоосознавания (или доступа к будущему);
- недостатка ясности (контакт с ценностями);
- бездействия, импульсивности или избегания (ригидные паттерны поведения);
- когнитивного спутывания (руминации);
- избегания опыта (неэффективные копинг-стратегии);
- привязки к Я-концепции (ригидности).

Развитие психологической гибкости в рамках амбулаторного или стационарного лечения способствует повышению внутренней устойчивости суицидента к стрессорам различной силы, преодолению травматических переживаний и существенному ослаблению тревожно-депрессивных состояний. Суицидальное поведение, зачастую влекущее за собой госпитализацию, отражает высокую потребность суицидентов в формировании надежды. Она наиболее полно раскрывается в работе через принятие личностью ответственности за свои поступки, эмоции, мысли, что становится доступно – в щадящем режиме – в рамках терапии принятия и ответственности.

Особая ценность данного направления – бережное отношение к пациенту, которое отражается не только в сочувствующей и принимающей позиции психолога, но и в развитии самосострадания у самого пациента. Ключевыми компонентами самосострадания, согласно концепции К. Нефф, являются: доброе отношение к самому себе, осознание себя как части общечеловеческого опыта, осознанность, умение принимать мысли и чувства без осуждения и самокритики (Нефф К., 2023).

Снятие с суицидента невидимой стигмы в виде тотального непринятия себя и своего будущего позволяет облегчить его страдания и научить не только принятию имеющихся переживаний, но и установить у него контакт с настоящим моментом, отделить негативные когниции, сформировать позицию наблюдателя в отношении себя, а также заново выстроить иерархию ценностей, сформировать поэтапный план действий и обязательств по их реализации (Хэррис Р., 2022), что в конечном итоге является процессом формирования смысложизненных ориентаций, позволяющих суициденту избавиться от переживания безнадежности, уязвимости и безысходности.

Безусловно, ключевыми сложностями в работе с суицидентами становятся их первоначальное непонимание предлагаемого вида терапии – в силу отсутствия самосострадания и готовности к активным действиям, – однако при установлении должным образом доверительного контакта можно научиться использовать состояние безнадежности наиболее эффективно, создавая так называемую «креативную безнадежность», в рамках которой суицидент учится видеть краткосрочные и долгосрочные перспективы любой доступной ему модели поведения.

Феномены «смыслорождения» и «смыслостроения», столь значимые в работе с суицидентом, могут быть обнаружены только в контексте знания и понимания ценностей данной личности (Карпова Н.Л., 2001). Обнаружение смыслов жизни и ценностей личности, ранее имевших высокое значение для данного человека, лежат в основе повторного выстраивания вектора его жизни, служат своеобразным компасом, направляющим его в будущее, что в конечном итоге и служит одной из ключевых целей работы с суицидентом: актуализация смысложизненных ориентаций, прокладывающих мост между прошлым и будущим сквозь настоящее.

Литература

1. Ворсина О.П., Василишина Т.Д., Софьина М.А. Анализ суицидального поведения населения Иркутской области в 2021 году // Актуальные вопросы суицидологии: Материалы межрегиональной научно-практической конференции, Иркутск, 27 мая 2022 г. // Под ред. д.м.н. О.П. Ворсиной. – Иркутск: ИНЦХТ, 2022. – 194 с.

2. *Ворсина О.П.* Анализ суицидального поведения населения Иркутской области в 2022 году // Актуальные вопросы суицидологии: Материалы межрегиональной научно-практической конференции, Иркутск, 19 мая 2023 г. // Под ред. д.м.н. О.П. Ворсиной. – Иркутск: ИНЦХТ, 2023. – 184 с.

3. *Карпинский К.В.* Опросник смысложизненного кризиса: монография. – Гродно: ГрГУ, 2008. – 108 с.

4. *Карпова Н.Л.* Изменение смысложизненных ориентаций – изменение линии жизни // Мир психологии. – 2001. – № 2 (26). – С. 61–65.

5. *Каунова Н.Г.* Исследование смысложизненных ориентаций и значимости смысла жизни современной молодежи (на материале Молдовы): автореферат дис. ... канд. психол. наук. – М., 2006.

6. *Леонтьев А.Н.* Деятельность. Сознание. Личность. – Политиздат, 1977.

7. *Лобза О.В., Конончук И.В., Эгамбердиева Е.В.* Ценностные и смысложизненные ориентации современных российских студентов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 11-2. – С. 300–304.

8. *Нефф К.* Самосострадание / пер.: Дихтер О., Рудницкая Н. – ООО «Манн, Иванов и Фербер», 2023. – 272 с.

9. *Павлов Н.А.* Роль экспериентального избегания в развитии суицидального поведения и возможности поведенческой терапии принятия и ответственности в работе с ним // Суицидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения: сборник научных статей I научно-практической конференции // Ассоц. когнитивно-поведенческой психотерапии. Социальный проект «Самоубийству Стоп!». – СПб.: СИНЭЛ, 2016. – 144 с.

10. *Уолсер Р, Веструп Д.* Терапия принятия и ответственности для лечения ПТСР и других последствий травмы. Практическое руководство по использованию стратегий принятия и практик осознанности. – Диалектика, 2022. – 352 с.

11. *Хэрри Р.* АСТ, фокусированная на травме. Практическое руководство по работе с разумом, телом и эмоциями / Расс Хэррис; пер. с англ. Ю.В. Максименко. – Киев: «Диалектика», 2022. – 508 с.

12. *Dixon M.R., Hayes S.C., Belisle J.* Acceptance and Commitment Therapy for Behavior Analysts A Practice Guide from Theory to Treatment. – Routledge, 2023. – 300 с.

Сведения об авторах

Канавина София Сергеевна – медицинский психолог кабинета психологической и медико-социальной помощи женщинам ОГБУЗ «ИГБ № 6» (г. Иркутск, ул. Якоби, 34; e-mail: sofia.kanavina@yandex.ru)

Лобанова Ольга Валерьевна – медицинский психолог высшей квалификационной категории ОГБУЗ ИОПНД, главный внештатный специалист по медицинской психологии Министерства здравоохранения Иркутской области (664022, г. Иркутск, пер. Сударева, 6; e-mail: lobanova-iopnd@yandex.ru)

М.Ю. Козлов

**КАКОВА РОЛЬ «ТЕМНОЙ ТРИАДЫ»
В СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ?**

ГБУЗ Психиатрическая клиническая больница им П.Б. Ганнушкина
ДЗМ, г. Москва

M.Y. Kozlov

WHAT IS THE ROLE OF THE “DARK TRIAD” IN SUICIDAL BEHAVIOR?

Psychiatric Clinical Hospital named after P.B. Gannushkin, Moscow

Целью данного нарративного обзора является анализ и обобщение современных научных данных о связи черт «темной триады» (нарциссизма, макиавеллизма и психопатии) и суицидального поведения.

В последние годы обнаруживается постепенное проникновение в клинко-психологические исследования концепции «темной триады» (коррелирующие друг с другом личностные констелляции, которые ввиду общей социальной нежелательности, дисфункциональности и злонамеренно-манипулятивной природы были объединены соответствующим термином). Значительный интерес представляет роль черт «темной триады» в развитии поведенческих расстройств, где велика роль predisposing индивидуально-личностных особенностей. Так, в недавнем исследовании было показано, что среди «темной

триды» меньше всего связи с суицидальным поведением имеет макиавеллизм – под которым понимают склонность к манипулированию и эксплуатации других, циничное пренебрежение нормами морали и нравственности, эгоцентризм, склонность к псевдологии. Гораздо больше связей, что ожидаемо, показали черты «психопатии» и, что менее ожидаемо – «нарциссизма», первые за счет импульсивно–антисоциального фасета, вторые – за счет нарушенного чувства принадлежности (thwarted belongingness), что является одним из наиболее хорошо изученных факторов риска развития суицидальной идеации [2].

В исследованиях «темной триады» есть любопытное разделение на «оригинальную» триаду и на так называемую «уязвимую темную триаду», основным различием в которой является некоторая первичность и генуинность первой и компенсаторная благоприобретенность второй, возникшей по механизму скорее невротического развития. В исследовании, сравнивавшем связь оригинальной «темной триады» и «уязвимой», была показана большая выраженность эмоции стыда и частота самоповреждающего поведения у испытуемые с «уязвимой темной триадой» [7].

Любопытные данные были получены в ходе большого исследования, проведенного на выборке подростков (1689 участников) в Китае. Во-первых, еще раз была подтверждена позитивная корреляция черт «темной триады» и наличия суицидальных мыслей, наиболее важным медиатором, по данным исследователей, является социальное отчуждение, а среди черт «темной триады», как уже было показано ранее, наиболее мягкое прогностическое влияние оказывает макиавеллизм [10].

Еще одним важным медиатором между чертами «темной триады» и возникновением суицидальных мыслей, однозначно стоит признать симптомы депрессии, в еще одном достаточно объемном исследовании (791 испытуемый) была обнаружена значимая корреляция между симптомами депрессии и чертами психопатии и макиавеллизма. Множественный регрессионный анализ показал значимый вклад (26,2 %) в развитие симптомов депрессии таких фасетов «темной триады» как: огрубление аффекта, криминальные наклонности (психопатия), циничность в отношении других людей (макиавеллизм) и ощущение само-

достаточности и вседозволенности (нарциссизм). Данные субшкалы оказывают наибольшее влияние на развитие симптомов депрессии и возникновение суицидальных мыслей, по данным модели, построенной авторами исследования [1]. Более детальное исследование взаимосвязей между фасетами «темной триады» и симптомами депрессии, выявило значительные положительные корреляции макиавеллизма с чувством никчемности, нарциссизма – с аффектом грусти, а психопатия, в целом, стала центральным фактором влияния в построенной сети [6].

В небольшом исследовании, на традиционной выборке американских студентов колледжа, была показана связь не только между чертами «темной триады» и суицидальными мыслями, но и суицидальными попытками. Было показано, что черты психопатии способствуют совершению суицидальных попыток, по крайней мере, у студентов, имевших опыт совершения суицидальных действий были высокие баллы по этому компоненту триады [5].

Российские исследователи не отстают от иностранных коллег. В 2022 году в журнале «European Psychiatry» появилась статья нашей соотечественницы, изучившей роль черт «темной триады» в создании и распространении саморазрушительного контента (материалы, содержащие информацию о членовредительстве и суициде) в Интернете среди подростков. По данным автора, респонденты с более высоким уровнем макиавеллизма с большей вероятностью одобряют ($F = 17,96, p = 0,00$) и распространяют ($F = 6,07, p < 0,05$) саморазрушительный контент, подростки с более высоким уровнем психопатии с большей вероятностью создают ($F = 7,34, p < 0,01$), распространяют ($F = 23,27, p = 0,00$) и одобряют ($F = 23,92, p = 0,00$). Важно отметить, что по данным автора в группу риска по распространению подобного контента попадает каждый 7-й подросток, как правило имеющий историю физического, сексуального или эмоционального насилия [9].

Отдельное внимание исследователей было уделено влиянию нарциссизма на развитие суицидальной идеации, хотя на первый взгляд кажется, что прямой логической связи быть не должно (если исключить влияние декомпенсации и т.н. «нарциссической травмы»). Однако не прямое, неочевидное влияние все-таки присутствует, в небольшом исследовании было описано,

что нарциссизм показывает значительную связь с расстройством сна среди студентов старших курсов, а мысли о самоубийстве показали значительную корреляцию с трудностями засыпания [3]. Сложно представить, сколько еще коллатеральных путей от черт «темной триады» к суицидальной идеации и поведению можно обнаружить при соответствующей постановке исследования.

Еще одним медиаторным фактором, способным влиять на возникновение суицидальных мыслей, является чувство отворачивания к себе. Небольшое кросс-секционное исследование показало связь между чертами психопатии и макиавеллизма, но не нарциссизма (что ожидаемо), не совсем ясна направленность причинно-следственных связей, но вполне вероятно, что наличие «темных» черт при условии сохранности способности к адекватной саморепрезентации должно приводить к чувству отворачивания к себе [8]. Кроме суицидального поведения и идеации, «темная триада» показала свою связь и с парасуицидальным поведением, наименьшее влияние, как и во многих других исследованиях, показал нарциссизм [4].

Если кратко сформулировать основные находки, то современные исследования последних лет показывают следующее:

- Данные исследований о связи черт «темной триады» разнятся, но все три черты показывают взаимосвязь с наличием суицидальной идеации. Наибольшую связь в большинстве исследований показывают черты психопатии, реже встречается макиавеллизм и нарциссизм.

- Наиболее значимыми медиаторными факторами между чертами «темной триады» и суицидальной идеацией являются: нарушенная принадлежность, чувство стыда и отворачивания к себе, социальное отчуждение, нарушения сна, симптомы депрессии.

- Симптомы депрессии, в первую очередь, связаны с такими фасетами темной триады, как: огрубление аффекта, криминальные наклонности, циничность в отношении других людей, ощущение самодостаточности и вседозволенности.

В исследованиях последних лет подчеркивается важность конструкции «темной триады», ее достаточная описательная и прогностическая ценность, в том числе и для оценки суицидального риска. Обширность прямого и опосредованного влияния

черт «темной триады» на интерперсональную эффективность и эмоциональное здоровье в долгосрочной перспективе позволяет взглянуть на концепцию «темной триады» как на полезный, вспомогательный инструмент диагностики риска суицидального поведения.

Литература

1. *Gómez-Leal R. et al.* Relationship between the Dark Triad and depressive symptoms // *Peer J.* – 2019. – Vol. 7. – P. e8120.
2. *Harrop T.M., Preston O.C., Khazem L.R., Anestis M.D., Junearick R., Green B.A., Anestis J.C.* Dark traits and suicide: Associations between psychopathy, narcissism, and components of the interpersonal-psychological theory of suicide // *Journal of Abnormal Psychology.* – 2017. – Vol. 126 (7). – P. 928–938. – <https://doi.org/10.1037/abn0000300>
3. *Ike P. et al.* Relationship between narcissistic personality, sleep disorder and suicide ideation among undergraduate students // *Nnadiesube Journal of Social Sciences.* – 2023. – Vol. 4, N 2. – P. 195–225.
4. *Lämmle L., Oedl C., Ziegler M.* Don't threaten me and my dark side or even self-harm won't stop me from hurting you // *Personality and Individual Differences.* – 2014. – Vol. 67. – P. 87–91.
5. *Lester D., Dadfar M.* Do the Dark Triad Traits Protect against Depression and Suicidal Ideation? // *Mankind Quarterly.* – 2022. – Vol. 62, N 3.
6. *Li J. et al.* Network analysis of the association between Dark Triad traits and depression symptoms in university students // *Personality and Individual Differences.* – 2024. – Vol. 218. – P. 112495.
7. *Qaderi Bagajan K., Eskandari H., Borjali A., Sohrabi F., Soleimani M., Ziegler M.* A comparative study of suicidal and self-harm behaviors and the guilt and shame proneness among individuals with the «Dark Tetrad Personality Traits» and the «Vulnerable Dark Triad»: A cross-sectional study // *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry.* – 2022. – Vol. 9 (1). – P. 16–32.
8. *Shih S. I. et al.* When dark meets blue: the relations between dark triad personality and depression symptoms // *Current Psychology.* – 2021. – Vol. 40. – P. 6110–6117.
9. *Soldatova G., Lyukhina S.* The role of the dark triad and the experience of violence in the creation and dissemination of self-destructive online content by adolescents and youth // *European Psychiatry.* – 2022. – Vol. 65, N S1. – P. S836–S836.

10. Wang C. et al. The Dark Triad traits and suicidal ideation in Chinese adolescents: Mediation by social alienation // Journal of Research in Personality. – 2023. – Vol. 102. – P. 104332.

Сведения об авторе

Козлов Михаил Юрьевич – медицинский психолог Центра психолого-психотерапевтической помощи ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина, аспирант РАНХ и ГС (г. Москва, ул. Потешная, 3; e-mail: 420i33@mail.ru)

В.В. Колягин ¹, Е.П. Чернигова ²

ПОДРОСТКОВЫЙ СУИЦИД (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

¹ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Иркутск

² ОГКУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница №1», г. Иркутск

V.V. KOLYAGIN ¹, E.P. CHERNIGOVA ²

ADOLESCENT SUICIDE (CLINICAL CASE)

¹ Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of Russia, Irkutsk

² Irkutsk Regional Clinical Psychiatric Hospital №1

Попытки самоубийства в настоящее время чаще относятся к области пограничной психиатрии, изучающей психопатические расстройства, реактивные состояния при акцентуациях характера.

Социологическая концепция как основу суицидального поведения рассматривает нарушения социальной интеграции. Например, количество самоубийств напрямую связано со степенью социальной интеграции человека, согласно которой

индивид чувствует себя частью большой группы. Если человек испытывает недостаток социальных отношений – самоубийство более вероятно.

Психологическая теория в качестве основных патогенетических механизмов самоубийства определяет эмоциональные, личностные особенности, поведенческие паттерны. Инфантильные, импульсивные, эмоционально неустойчивые, впечатлительные, внушаемые дети и подростки являются группой повышенного риска суицида.

Мысли о самоубийстве посещают каждого четвертого подростка, а попытки суицида совершаются 5–8 % подростков.

Сезонные пики суицидов, объясняющиеся обострением депрессивных расстройств, существуют весной/осенью.

У подростков часто возникают раздумья о смысле жизни, и такой кризис при констелляции – взаимном расположении и взаимодействии различных факторов может внезапно перерасти в суицидальную ситуацию.

Наиболее распространены суицидальные поступки среди детей и подростков в возрасте 15–19 лет. Поэтому из всех проблем настоящего времени проблема пубертатного суицида является максимально актуальной. Еще незрелая личность в пубертате, является особенно уязвимой, так как чаще испытывает чувство неуверенности в себе, сомневается в собственной личностной ценности.

Суицидальное поведение детей и подростков – этапный процесс, включающий разнообразные проявления психической деятельности, направленной на самоубийство. Суицидальным поступкам предшествуют мысли, фантазии, продумывания способов совершения суицида от длительного – обсессивного, до внезапного – импульсивного.

Общей целью суицида является поиск решения проблемы, выхода из психологического кризиса, затруднений, или невыносимой ситуации. Суицид не является случайным действием, никогда не бывает бессмысленным или бесцельным – это произвольный и осознанный акт, побуждаемый негативными чувствами: депрессия, тревога, вина, страх, гнев, озлобленность, стремление наказать себя либо окружающих. Попытки самоубийства совершаются в результате сочетанного воздействия внешних и внутренних факторов.

Торможение или угасание ведущего для человека рефлекса цели сопровождается потерей интереса к жизни, утратой ее ценности и смысла.

Предрасполагающими факторами являются следующие.

Биологические причины. Предрасположенность к суициду определяется:

- наследственной отягощенностью;
- снижением активности серотонина, дофамина, ГАМК-медиации.

Психологические особенности. Суицидальному поведению способствует:

- зависимость от действий и мнений окружающих;
- низкая стрессоустойчивость, инфантилизм, эгоцентризм, максимализм, эмоциональная лабильность;
- неумение составлять и воплощать в жизнь планы;
- фрустрация потребности в доверии, любви, безопасности.

Социальные влияния. Вероятность суицида возрастает при конфликтах со сверстниками, проблемах любовных отношений подростков, культивировании смерти средствами массовой информации. Эти реализующие факторы провоцируют переход суицидальных намерений в действия.

Сильный стресс часто является непосредственной причиной попыток самоубийства. Инициировать действие может:

- изнасилование;
- новость о неизлечимой болезни;
- невольное наблюдение за убийством;
- смерть родителя, близкого родственника;
- отвержение друзьями, знакомыми.

Таким образом, причины суицидального поведения многочисленны и сложны. Их истоки можно искать в биологических, генетических, психологических и социальных сферах человека.

Клинический случай

Владимир О., 27.08.2008, 15 лет

Период нахождения в стационаре: с 10 ноября 2023 г. по 19 января 2024 г.

Количество дней нахождения в медицинской организации: 70

Форма оказания медицинской помощи: экстренная

Заключительный клинический диагноз: Смешанное расстройство поведения и эмоций с суицидальной настроенностью и гетероагрессивными действиями у подростка с личностной незрелостью в условиях дисфункционального воспитания.

Основное заболевание (код по МКБ-10): F92.8

Поступает впервые в сопровождении опекуна в экстренном порядке. Со слов опекуна (родная тетя) совершил нападение с ножом на нее.

Из направления известно, что пытался перерезать горло тете-опекуну, чтобы та не помешала покончить с собой. Суицидальные мысли появились после конфликтов в школе.

Жалобы со слов пациента: желание покончить с собой.

Анамнез заболевания: доставлен в ПНД службой СМП в сопровождении опекунов (родная тетя и ее супруг). Утром 10.11.2023 г. после завтрака напал на тетю с ножом, который вечером 09.11.2023 г. спрятал под подушкой. В ходе нападения, чтобы получить ключ, закрыл тете рот рукой и приставил нож, порезал подбородок и правую ладонь. Опекунша укусила руку Владимиру, смогла вырваться и позвать на помощь. На крик прибежала дочь тети, а Владимир убежал из дома в домашней одежде. Пробыл на улице около получаса, прятался в недостроенном доме, замерз и самостоятельно вернулся домой. Была вызвана полиция и СМП. На вопрос, почему так поступил, отвечал, что хотел покончить с собой с помощью ружья, которое хранилось в комнате у опекунов, напал на тетю, потому что «она бы не дала застрелиться».

Со слов пациента, желание убить себя появилось 06.11.2023 г., связывает это с постоянными конфликтами в школе и травлей его старшими ребятами. Кроме того, 09.11.2023 г. играл по телефону в сети с другом, они дружили около 5 лет, сильно разругались и поссорились. Утверждает, что это было «последней каплей» – появилось стойкое желание покончить с собой, так как он никчемный и недостойный.

О способах ухода из жизни размышлял: либо отравиться таблетками, либо застрелиться – выбрал последнее, несмотря на сложность исполнения. Настолько сильно хотелось застрелиться, что повторно проговаривал вслух о готовности себя убить.

Со слов тети ситуация произошла на фоне обычной обстановки, в поведении племянник не менялся. За помощью к психиатрам никогда не обращались.

Тетя-опекун в ходе беседы вспомнила, что мальчик ранее нападал на своего отца с ножом, но тот смог отбиться. Со слов Владимира, нож тогда под рукой оказался случайно, использовал его с целью самообороны, потому что папа в очередной раз хотел избить мальчика.

Анамнез жизни: сведения о раннем детском анамнезе не предоставлены. С 07.09.2023 г. находится под опекой родной тети и ее супруга. Родился в полной семье, проживал с мамой, папой и младшей сестрой 4 лет.

Во время беременности младшим братом (сейчас ему 2 года), мама заболела Covid-19, длительное время не обращалась за помощью. Во время родов ребенка удалось спасти, но мама умерла 29.08.2021 г. С того времени за детьми ухаживал отец, но он стал спиваться. Вова питался фаст-фудом, покупал продукты сам – деньги на еду давал часто пьяный отец. За младшими детьми ухаживала бабушка. Отношения с отцом были напряженные – мог избивать мальчика.

Со слов подростка, отец допился до «белой горячки», соседями в тот день была вызвана полиция в связи с его неадекватным поведением, детей из семьи изъяли, поместили в Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей (ЦПД) г. Усолье-Сибирское, а отца госпитализировали. Сейчас отец ограничен в родительских правах с 02.06.2023 г., находится в психиатрической больнице.

В семью тети-опекуна взяты все 3 детей, проживают в д. Куда в частном доме. У опекунов двое своих родных детей – сын 12 лет и дочь 14 лет. Опекун: К-ина Н.В., 36 лет, средне-специальное образование. Работает финансистом в администрации X-кого муниципального образования. Замужем, без вредных привычек.

Владимир учится в 9 классе, был зачислен в Кудинскую СОШ 11.09.2023 г. – успеваемость низкая. Перенесенных заболеваний, травм, операций нет. Наследственность отягощена со стороны отца – алкоголизм.

Из характеристики: Владимир обучается в Кудинской СОШ с 11.09.2023 г. по программе 7 вида. Без уважительной причины

школу не пропускает. Опекун всегда на связи со школой, контролирует выполнение домашних заданий. Способности ребенка ниже среднего. На уроках малоактивен. Одет опрятно, имеет все необходимые школьные принадлежности. Домашние задания выполняет частично, если урок интересен – старается отвечать. Познавательные интересы в учебной сфере сформированы недостаточно. Часто затрудняется сформулировать мысль. При выполнении заданий, требующих анализа, сравнения, обобщения, нуждается в развернутой помощи педагога. В работу на уроке включается медленно. Склонности к правонарушениям не имеет. Трудолюбив, к порученному делу относится добросовестно. В общественно-полезном труде принимает активное участие. Вредных привычек не имеет. На учете не состоит.

О себе рассказывает: Родился в полной семье в г. Усолье-Сибирское. Мама работала продавцом, отец – на авиазаводе. Смерть мамы «более-менее пережил». «После смерти мамы жить тяжело, папа часто выпивал, меня избивал». Приходилось самому заботиться о наличии еды, а также приглядывать за младшими. Из-за пьянства отца все дети были помещены в ЦПД примерно на 8 месяцев. Вове не понравилось, были сложные отношения с детьми, те обижали.

Сейчас проживает с тетей, дядей, их 2 детьми и родными братом и сестрой. Называет возраст всех детей. В семье отношения со всеми хорошие, был рад уехать из детского дома. В новой школе, в связи с переездом в семью опекунов, учится в 9 классе.

Дополнительно занимался в музыкальной школе – играет на трубе, окончил 5 классов. В будущем хотел бы отучиться на музыканта. Свободное время проводит за играми в телефоне или компьютере.

Психический статус: Продуктивному контакту доступен. Ситуацию учитывает. Испуган, плаксив. В месте и времени ориентирован верно. На вопросы отвечает в плане заданного, развернуто. Двигательно спокоен, сидит в одной позе. Эмоционально выразителен, фон настроения снижен. Голос тихий, речь в среднем темпе. Словарный запас ограничен. О болезненных переживаниях сообщает открыто, высказывает опасения за свое будущее, возможные последствия. На вопрос о том, как решился убить тетю, которая

ни в чем не виновата, не было ли жалко – высказывает формальное сожаление, мотивы объясняет желанием умереть. О последствиях для других детей не думал. Подтверждает, что желание умереть все еще сохраняется, сожалеет, что так и не достал оружие.

Временной синтез сформирован не полностью. Инструкции осмысливает, но не всегда удерживает. Память снижена. Внимание неустойчивой концентрации, истощаемое. Мышление тугоподвижное, последовательное. Пословицы и метафоры частично осмысливает. Сравнение и исключение по главным и второстепенным признакам выполняет медленно, как и отвлеченный счет в пределах 100, но последний с ошибками. К собственным поступкам критика формальная. Мотивационно-волевая сфера незрела. Психопродукции не выявляет.

В отделении: Поведение без нарушений, режим не нарушал. В общении с персоналом сдержан, переживания раскрывал в ходе доверительной беседы. Среди детей не выделялся, в грубых конфликтах замечен не был.

В отношении бывшего опекуна обиды не высказывает, проговаривает о сожалении, желании извиниться. Тревожился за личное имущество, интересовался, как сможет его вернуть.

Понимает, что забирать будут в государственное учреждение, сам желаний вернуться в семью не имеет. Интересовался у воспитанников детских домов, где какие условия. Высказывает критику к собственным действиям, желание поскорее выписаться.

В связи с длительно решаемым вопросом жизнеустройства госпитализация продлевалась, за это время стал тяготиться пребыванием, высказывал усталость от обстановки, режима.

Проведенные обследования: ОАК, ОАМ – в пределах нормы. РМП от 13.11.2023 – отр.;

ЭхоЭГ: Срединные структуры не смещены? III желудочек – 4 мм. Пульсация эхо-сигналов не увеличена. Дополнительных эхо-сигналов не выявлено.

ЭЭГ: Легкие диффузные ЭЭГ-изменения регуляторного характера. Очаговой и пароксизмальной патологии не выявлено. Корковая ритмика соответствует возрастной норме.

Осмотры врачей-специалистов:

Невролог – нарушение сна.

Педиатр – соматически здоров.

Психолог – эмоционально-волевые нарушения у инфантильной личности с эпилептоидными чертами, с интеллектом уровня пограничного интеллектуального недоразвития. Количественная оценка интеллекта 79 баллов.

Лечение: Таб. Хлорпромазин 50 мг/сут.; Раствор Хлорпромазин до 37,5 мг в/м; Таб. Вальпроевая кислота до 500 мг/сут. длительно; Таб. Флувоксамин 100 мг/сут. с последующей отменой.

Литература

1. *Колягин В.В.* Нейробиология суицида // Актуальные вопросы суицидологии: матер. межрегиональной научно-практической конференции. – Иркутск: ИНЦХТ, 2017. – С. 85–107.

2. *Колягин В.В.* Пограничные нервно-психические расстройства: монография. – Иркутск: РИО ИГМАПО, 2021. – 252 с.

2. *Колягин В.В., Ворсина О.П.* Биопсихосоциальная структура человека в современном российском обществе и суицидальное поведение: пособие для врачей. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2014. – 49 с.

4. *Колягин В.В., Колягина В.В.* Суициды. Теории, причины, психология, превенция, помощь: пособие для врачей. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2013. – 44 с.

5. *Колягин В.В., Колягина В.В., Богатырев В.И.* Расстройства сна, депрессии и суицидальное поведение при соматической, неврологической, психической патологии: аспекты патогенеза; клиника и терапия: учеб. пособие. – Иркутск: РИО ИГМАПО, 2017. – 64 с.

6. *Колягин В.В., Чернигова Е.П.* Неправильная диагностика у подростков других расстройств вместо биполярного (причины; клинические случаи) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2019 (19). – № 3. – С. 46–54.

7. *Колягин В.В., Чернигова Е.П.* Суицидальные действия и нарушения поведения у пациентов детского психиатрического стационара с впервые диагностированным биполярным аффективным расстройством // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – № 4. – С. 57–64.

Сведения об авторах

Колягин Василий Васильевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии Иркутской государственной

медицинской академии последипломного образования – филиала ФГБОУ «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (г. Иркутск, Юбилейный, 100), профессор РАЕ, заслуженный работник науки и образования, врач-психиатр высшей категории, врач психотерапевт высшей категории.

Чернигова Елена Петровна – врач-психиатр высшей категории, заведующая подростковым психиатрическим отделением № 10 Иркутской областной клинической психиатрической больницы № 1.

К.Н. Кузьмина, О.Е. Крахмалева

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ,
НАХОДЯЩИМСЯ В КРИЗИСНОМ СОСТОЯНИИ,
НА ТЕРРИТОРИИ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница
имени Н.Н. Солодникова», г. Омск

K.N. KUZMINA, O.E. KRANMALEVA

**ORGANIZATION OF ASSISTANCE TO PERSON IN CRISIS
IN THE OMSK REGION**

Budgetary Healthcare Institution of the Omsk Region N.N. Solodnikov Clinical
Psychiatric Hospital

Актуальность

Динамика показателей суицидальной активности является одним из наиболее объективных индикаторов общественного психического здоровья, социального благополучия и качества жизни населения каждого региона. Предупреждение развития кризисных состояний и как следствия суицидов относится к числу приоритетных задач в области охраны психического здоровья. Психиатрическая помощь лицам, проживающим на территории Омской области, находящимся в кризисном состоянии, оказывается специалистами отделения «Телефон доверия» БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова».

Цель

Оценка распространенности суицидальной активности среди населения региона и доступности помощи лицам, находящимся в кризисном состоянии.

Отделение «Телефон доверия» уже 32 года является подразделением БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова». Работа отделения состоит из нескольких больших блоков: 1) круглосуточный канал «Телефона доверия» (городская и сотовая линии) и дневной психологический телефон доверия; 2) оказание помощи в кабинетах медико-психологической помощи, в том числе и в анонимном порядке; 3) мониторинг суицидальной активности населения области.

Сбор и анализ статистической информации о суицидальных попытках и завершённых суицидах, совершённых населением Омской области, в том числе несовершеннолетними, проводится в соответствии с Указом губернатора Омской области, Распоряжением Министерства здравоохранения Омской области. При проведении мониторинга учитывается способ совершения, возраст, пол, район проживания суицидента. Отделение взаимодействует с другими учреждениями области, оказывающим помощь лицам, совершившим суицидальные попытки – центральные районные больницы, токсикологический центр Больницы скорой медицинской помощи № 1, городская станция скорой медицинской помощи, бюро судебно-медицинской экспертизы, а также подразделения УВД Омска и Омской области.

За период с 2019 по 2023 гг. произошла следующая динамика показателей завершённых суицидов и суицидальных попыток среди населения Омской области: общее количество суицидальных попыток снизилось на 39,4 % (от 748 случаев в 2019 г., 720 – 2020 г., 635 – в 2021 г., 558 – в 2022 г. и до 453 случаев в 2023 г.), среди случаев завершённых суицидов обнаружено некоторое увеличение количества в 2020 г., с дальнейшим снижением (455 в 2019 г., 463 – в 2020 г., 449 – в 2021 г., 412 – в 2022 г. и резкое снижение в 2023 г. до 283 случаев).

Распределение завершённых суицидов по возрасту и полу из года в год до 2023 года имело одинаковые тенденции. Максимальное число завершённых суицидов совершалось ли-

цами мужского пола в возрасте 30–39 лет, затем отмечались возрастные категории: 40–49 лет, 20–29; 50–59; 60–69 лет, так же мужского пола. В 2023 году распределение суицидальных действий претерпело значительные изменения. Произошло резкое снижение общего количества завершенных суицидов, сократилось количество завершенных суицидов в возрастной группе 30–39 лет с 97 случаев (23,5 %) до 49 случаев (17,3 %), в связи с этим суициды в возрасте 40–49 лет вышли на первое место, хотя количественно несколько даже уменьшились – с 86 случаев (20,9 %) до 58 случаев (20,5 %), выросла доля суицидов среди лиц пожилого возраста: 60–69 лет – 53 случая в 2022 г. (12,9 %) и 43 случая в 2023 г. (15,2 %); 70–79 лет – 43 случая (10,4 %) в 2022 г. и 36 случаев (12,7 %) в 2023 г. Количество суицидов в возрасте 20–29 лет со 2-3 места переместилось на 6 место относительно других возрастных категорий. Также в 2023 г. произошло изменение структуры суицидальных попыток по гендерному признаку, на первое место вышли лица мужского пола – 230 случаев (50,8 %), женского пола – 223 случая (49,2 %). Такое же распределение отмечалось в ответ на значительные изменения в жизни общества во время пандемии новой коронавирусной инфекции в 2020 г.: мужчины – 363 случая (50,5 %), женщины – 356 случаев (49,5 %). В остальные года суицидальные попытки совершали преимущественно женщины.

На протяжении последних лет из всех способов совершения завершенных суицидов значительно преобладает повешение. Это можно продемонстрировать на примере показателей 2023 года: повешение – 205 случаев (72,4 %), затем падение с высоты – 27 случаев (9,5 %), отравление уксусной кислотой – 11 случаев (3,9 %), порезы вен – 10 случаев (3,5 %), огнестрельные ранения и отравление медикаментами – по 7 случаев (по 2,5 %), ножевые ранения – 6 случаев (2,1 %), отравление химическими веществами и утопление – по 2 случая (по 0,7 %), дорожно-транспортное происшествие – 1 случай (0,4 %).

Одним из важных пунктов по профилактике суицидального поведения среди населения Омской области, в т.ч. лиц детского и подросткового возраста, является оказание экстренной психологической помощи. Ведущая роль в этой работе принадлежит

Телефону доверия. Количество обращений граждан за 2021–2023 годы остается высоким (13004, 13255, 13670 звонков соответственно). Наибольшее количество обращений жителей Омской области в 2023 г. было по поводу проблем со здоровьем – 45,3 %. Далее идут проблемы семейных и супружеских отношений – 10,5 %, зависимости – 9,2 %, детско-родительские отношения – 8,2 %, проблемы принятия себя – 6,3 %, любовные отношения – 5,5 %, социальная адаптация – 4,2 %, учебные и профессиональные проблемы – 4,4 %. Прочие проблемы составляют проблемы общения и взаимоотношений (3,1 %), насилия (2,6 %), сексуального характера (1 %).

Наибольшее число звонков приходится на возраст от 36 до 50 лет. Для этой возрастной категории остаются приоритетными вопросы семейных и супружеских взаимоотношений, разводов, сохранения социального статуса, работоспособности. Эти люди могут быть одинокими в социальном плане, что не только приводит к тягостным переживаниям, но и представляет потенциальную суицидоопасность. Для всех абонентов рассматриваемой группы характерны повторные обращения в ночные часы, так как большинство из них страдает нарушениями сна.

Основная задача кабинета медико-психологической помощи – предоставление специализированной помощи лицам, попавшим в сложную жизненную ситуацию, повлекшую за собой нарушения психического здоровья. В отделении используется комплексный междисциплинарный подход, который предусматривает оказание кризисной помощи группой взаимодействующих между собой квалифицированных специалистов: врач-психиатр, врач-психотерапевт, клинический (медицинский) психолог, медицинская сестра. Принцип работы такой группы основан на четком разделении обязанностей и регламентированном взаимодействии специалистов друг с другом, а также включении в лечебный процесс самого пациента и его родственников. В 2023 году мы наблюдали сохранение тенденций предыдущих лет, дальнейшее увеличение количества посещений кабинета и востребованности антикризисной помощи в целом в связи с социально-экономическими и психологическими изменениями в обществе.

Используются все возможные способы повышения осведомленности среди населения о доступности антикризисной помощи в регионе. Распространяется рекламный видео-ролик о работе телефонов доверия в автобусах города и области, рекламная информация размещается в электронном справочнике «2гис», в лифтах жилых домов. В течение последних лет активно продолжается работа в интернет-пространстве. В 2018 году было создано сообщество в социальной сети «В контакте».

Таким образом, анализ суицидальной активности населения Омской области, количество обращений на линии телефонов доверия и очно в кабинеты медико-психологической помощи свидетельствуют о чрезвычайной чувствительности общества к сложившейся геополитической ситуации и необходимости дальнейшего продолжения оказания медико-психологической помощи лицам, находящимся в кризисных и суицидоопасных состояниях, а вопросы организации оказания кризисной помощи населению Омской области по-прежнему остаются актуальными. Увеличение в последние годы количества очных обращений в кабинет медико-психологической помощи и обращений через интернет-ресурсы диктует необходимость организации максимально доступной и своевременной квалифицированной помощи. Активное межведомственное взаимодействие, ответственное сотрудничество со СМИ, участие в кампаниях по популяризации услуг служб охраны психического здоровья и служб по профилактике и предупреждению самоубийств, расширение работы тематических сообществ в социальных сетях обеспечивают повышение эффективности специализированной помощи лицам с кризисными и суицидоопасными состояниями.

Сведения об авторах

Кузьмина Ксения Николаевна – заведующий отделением «Телефон доверия», врач-психиатр, психотерапевт БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» (644070, г. Омск, ул. Куйбышева, 30, e-mail: ks.kuzmina@inbox.ru)

Крахмалева Ольга Евгеньевна – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» (644070, г. Омск, ул. Куйбышева, 30, e-mail: oekrahmaleva@mail.ru)

Т.А. КУЛЬБАКИНА

**АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

ОГАУЗ Томская клиническая психиатрическая больница, г. Томск

T.A. KULBAKINA

**SELF-AGGRESSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS
IN THE TOMSK REGION**

Tomsk Clinical Psychiatric Hospital, Tomsk

Актуальность

В последние десятилетия на территории РФ отмечается рост обращений детей и подростков аутоагрессивными проявлениями. Наиболее частыми проявлениями которых являются суицидальные высказывания, самоповреждение, вплоть до суицидальных попыток. Лечение подобных состояний является актуальной и сложной проблемой современной психиатрии.

Цель исследования

Выявление современных тенденций аутоагрессивных проявлений у детей и подростков на территории Томской области.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 77 амбулаторных карт детей и подростков с аутоагрессивными проявлениями в возрасте от 11 до 17 лет, обратившихся ТКПБ за 2023 г. При анализе учитывалась сопутствующая психиатрическая нозология, пол и возраст, а также сезонность обращений.

Результаты

На основании проведенного анализа в возрастной категории от 11 до 14 лет зарегистрировано 22 (29 %) обращения с аутоагрессивными проявлениями, в то время как в возрастной категории от 15 до 17 лет – 55 (71 %) обращений. Чаше аутоагрессивные проявления были отмечены среди девочек – 63 (81 %) случая, у мальчиков – в 14 (19 %) случаях. По наличию сопутствующей

психиатрической нозологии наиболее часто встречалось сочетание с смешанным расстройством поведения и эмоций (F92.8) – 61 (79 %) случай, причем в возрастной группе 15–17 лет зафиксировано 47 (85 %) случаев.

В сочетании с расстройством адаптации (F43.2) зафиксировано 6 (7 %) случаев, из них в возрастной группе 11–14 лет – 5 случаев, и в возрасте 15–17 лет – 1 случай. Аутоагрессивные проявления в сочетании с расстройством поведения (F91) выявлены – 3 случая (2 в возрастной группе 15–17 лет). Два случая суицидальных попыток у подростков 15–17 лет с диагнозом шизотипическое расстройство (F21). По одному случаю у подростков с аутоагрессивными проявлениями от 15–17 лет в сочетании с шизофренией (F20), легкой умственной отсталостью (F70), расстройством пищевого поведения (F50). В группе детей от 11 до 15 лет по одному случаю аутоагрессивного поведения с эмоциональным расстройством детского возраста (F93.8) и депрессивным эпизодом (F32).

Была прослежена сезонность аутоагрессивных проявлений в группе подростков от 15 до 17 лет: январь – 1 случай, февраль – 2 случая, март – 5 случая, апрель – 3 случая, май – 1, июнь – 5 случаев, июль – 4 случая, август – 1, сентябрь – 1 случай, октябрь – 13 случаев, ноябрь – 11 случаев, декабрь – 7 случаев.

Подобный сезонный анализ был проведен в группе детей от 11 до 14 лет: январь – 0, февраль – 4 случая, март – 3 случая, апрель – 1 случай, май – 2 случая, июнь – 2 случая, июль – 0, август – 2 случая, сентябрь – 2 случая, октябрь – 1 случай, ноябрь – 1 случай, декабрь – 4 случая.

Заключение

На территории Томской области за период 2023 г. чаще всего (71 %) аутоагрессивное поведение отмечалось в возрастной группе 15–17 лет, среди женского пола (81 %) и сочеталось с расстройством поведения и эмоций в 79 % случаев и имело тенденцию к увеличению в осенне-зимний период. Исходя из проведенного анализа возникает необходимость усиление профилактических мероприятий аутоагрессивных проявлений среди девочек старшей возрастной группы, особенно в осенне-зимний период.

Сведения об авторе

Кульбакина Татьяна Александровна – заведующий детским диспансерным отделением (ОГАУЗ ТКПБ, 634014, г. Томск, ул. Алеутская 4, e-mail: panda0704@mail.ru)

Е.Р. КУНАФИНА

**ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ПРЕСУИЦИДАЛЬНОГО
ПЕРИОДА СУИЦИДЕНТОВ**

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа

E.R. KUNAFINA

PERSONALITY AND PRESUICIDAL PERIOD OF SUICIDENTS

Bashkir Medical University, Ufa

Самоубийство – это серьезная проблема общественного здравоохранения, которая имеет далеко идущие социальные, эмоциональные и экономические последствия. Согласно оценкам, в настоящее время в мире ежегодно совершается более 700 000 самоубийств (Информационный бюллетень ВОЗ, сентябрь 2023). Если учесть число неудавшихся самоубийств, которые происходят в 20 раз чаще, то масштабность проблемы возрастает еще более. Суицидальная смертность психически больных как в нашей стране, так и в мире, по-прежнему, остается высокой, в несколько раз превосходя таковую в общей популяции (Положий Б.С., 2010). Результаты многочисленных исследований показывают, что психические расстройства связаны с повышенным риском самоубийства (Khasakhala L. et al., 2011). По данным Л.Н. Юрьевой (2015), частота суицидов среди больных, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах в 35 раз выше, чем в популяции психически здоровых лиц. Особенности психического состояния лиц, совершивших суицидальные попытки, являются предметом исследований ученых, практических врачей, социологов, психологов, психиатров.

Цель исследования

Изучить особенности пресуицидального периода и личностные особенности суицидентов.

Материалы и методы исследования

Клинико-психопатологическим методом обследовано 36 пациентов, поступивших в ГБУЗ РБ РКПБ в связи с совершенной суицидальной попыткой в 2022–2023 гг. Средний возраст обследованных составил $34,4 \pm 2,3$ года. Депрессивные расстройства дифференцировались по типу ведущего аффекта. Результаты обследования дополнялись анализом стандартизированных психометрических шкал – шкалы Монтгомери-Асберг (MADRS) для оценки уровня депрессии, шкалы самооценки уровня ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина, опросника Шмишека – Леонгарда.

Результаты

В ходе исследования были изучены личностные особенности суицидентов. Было выявлено преобладание таких черт характера, как эмотивность (18,3 %), циклотимичность (15,9 %), тревожность (15,1 %). Для мужчин были характерны циклотимичность (30,2 %) и возбудимость (25,4 %), а для женщин – эмотивность (42,9 %), тревожность (31,7 %), циклотимичность (27,8 %) и экзальтированность (23,0 %). Использование шкалы Спилбергера – Ханина показало, что среди мужчин чаще отмечался умеренный, а у женщин – высокий уровень личностной тревожности при преобладании высоких показателей ситуативной тревожности у обеих полов. При легкой и умеренной депрессии регистрировалась преимущественно умеренная личностная тревожность. Тяжелые депрессии были представлены высоким и умеренным ее уровнями. Следовательно, нарастание степени выраженности депрессивного расстройства ведет к росту уровня личностной тревожности и повышает риск суицида. Показатели уровня ситуативной тревожности были одинаково представлены высокой и умеренной степенью независимо от тяжести депрессивной симптоматики. Высокий уровень ситуативной тревожности препятствовал «продуманно-

сти» и серьезности суицидального акта, повышал суицидальную активность в целом, то есть отвечал за быстроту аутоагрессивного ответа на ситуацию независимо от выраженности депрессивного расстройства. Тем самым ситуативная тревожность, в отличие от личностной тревожности, уменьшает степень серьезности суицидальных намерений, но повышает вероятность аутоагрессивных, в том числе демонстративных действий. У большей части суицидентов (78,2 %) сопротивляемость стрессу была пороговой или низкой. Число баллов у женщин и мужчин существенно не отличались. Это подтверждает субъективность восприятия психотравмирующих событий и относительность суицидальной дезадаптации у каждого суицидента. Аффективно-напряженный тип пресуицида определен в 90,2 % случаев (преимущественно пациенты с невротическими и личностными расстройствами, органическим поражением головного мозга). Аффективно-редуцированный вариант пресуицида встречался у 9,8 % пациентов, в основном с эндогенной психической патологией. Длительность пресуицидального периода была неодинакова: хронический пресуицид – 58,4 %, острый пресуицид – 38,5 %, подострый пресуицид – 3,1 %. Практически все пациенты, совершившие суицидальные попытки, свидетельствовали о невозможности управлять своими желаниями. Именно отсутствие контроля над суицидальными мыслями приводило к переходу от внутренних форм суицидальности к целенаправленным действиям.

Выводы

Таким образом, личностные особенности суицидентов характеризовались нарушением коммуникативных способностей, неадекватной саморегуляцией, высокой степенью личностной и ситуационной тревожности, преобладанием непродуктивных способов психологической защиты и структурой агрессивности, низкой или пороговой сопротивляемостью стрессу (78,2 % суицидентов), что предопределяет высокую вероятность возникновения дезадаптационных расстройств, являющихся источником суицидального поведения.

Литература

1. *Положий Б.С.* Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). – М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. – 232 с.

2. *Khasakhala L., Sorsdahl K.R., Harder V.S., Williams D.R., Stein D.J., Ndeti D.M.* Lifetime mental disorders and suicidal behavior in South Africa // Afr. J. Psychiatry (Johan-nesbg). – 2011. – Jun. – Vol. 14, N 2. – P. 134–139.

Сведения об авторе

Кунафина Елена Рафаэлевна – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО Башкирского государственного медицинского университета (450000, г. Уфа, ул. Ленина 3, e-mail:erkunafina@mail.ru)

Е.Р. КУНАФИНА¹, Н.Р. ТУЛБАЕВА²

ОПЫТ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН В 2022–2023 гг.

¹ ФГОБУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

² ГБУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ

E.R. KUNAFINA¹, N.R. TULBAYEVA²

WORK EXPERIENCE IN SUICIDE PREVENTION IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN IN 2022–2023

¹ Bashkir Medical University, Ufa

² Republican Clinical Psychotherapeutic Center of the Ministry of Health of the Republic of Bashkir, Ufa

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признает самоубийства приоритетной проблемой общественного здравоохранения. Опубликованный в 2014 г. первый Всемирный доклад ВОЗ о самоубийствах «Предотвращение самоубийств: глобальный императив» направлен на повышение осведомленности о важности проблемы самоубийств и суицидальных попыток

для общественного здравоохранения и включение профилактики самоубийств в число наиболее приоритетных задач повестки дня мирового общественного здравоохранения. По определению А.Г. Амбрумовой (1983), «суицид есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого и неразрешенного микросоциального конфликта». Таким образом, суицидальное поведение формируется в экстренных ситуациях и является общеповеденческой реакцией человека, имеющей широкий диапазон – от психической нормы до психической патологии. Следовательно, суицид является многофакторным явлением, требующее всестороннего исследования и активного взаимодействия психиатров, психотерапевтов, психологов, социологов, культурологов (Мельник Л.В., Ефимова Е.В., 2014).

Согласно докладу Минздрава Республики Башкортостан, в 2023 году в регионе зарегистрирован значительный рост смертности от внешних причин. Внешние причины занимали третье место по смертности населения. Их доля составила 7,5 % от общего числа летальных случаев, и составляет 88 случаев на 100 тысяч жителей. Среди внешних причин смертности ведущими являлись смерть в результате ДТП и самоубийства. Однако также стоит отметить, что показатели смертности от самоубийств и ДТП за прошедший год снизились на 4,5 % и 3,4 % соответственно. Количество самоубийств сократилось до 12,8 случая на 100 тысяч населения. Однако, несмотря на некоторую положительную динамику, показатели продолжают оставаться тревожным явлением и требуют принятия соответствующих мер для предотвращения.

Большую работу, направленную на снижение риска суицидов в республике, проводит психотерапевтическая служба, которая представлена 38 медицинскими организациями, имеющими психотерапевтические подразделения. Также функционирует 39 кабинетов медико-психологического консультирования.

Ежедневно специалисты Республиканского клинического психотерапевтического центра (РКПЦ) оказывают консультационную, амбулаторную и стационарную психотерапевтическую помощь несовершеннолетним с суицидальным поведением. В 2023 г. к специалистам обратились 152 ребенка, которые получили помощь амбулаторно. Шесть пациентов прошли лечение

в дневном стационаре и 85 – в круглосуточном. На постоянной основе ведется работа, направленная на раннее выявление депрессии у пациентов на этапе первичного звена. В РКПЦ отработан алгоритм маршрутизации пациентов, имеющих риск аутоагрессивного поведения. В рамках проведения мероприятий по повышению уровня социально-психологической грамотности медицинских работников в вопросах выявления и профилактики суицидального и аутоагрессивного поведения детей и подростков ведется работа в каждой поликлинике Уфы. Кроме того, специалистами психотерапевтической службы на регулярной основе осуществляются выезды на территории с нестабильными показателями. Помимо практической помощи медработникам по раннему выявлению кризисного состояния, каждый выезд сопровождается методической работой в отношении специалистов образования, социальной сферы, средств массовой информации и других служб. В детских отделениях центра оказывается специализированная психотерапевтическая помощь детям с суицидальными тенденциями, задержками психоречевого развития, проводится реабилитации детей, подвергшихся насилию и их родителей. Медицинскими психологами проводятся групповые психокоррекционные занятия для детей и подростков. С педагогическим составом образовательных учреждений проводятся совещания, семинары по вопросу профилактики суицидального поведения. Сотрудники психотерапевтического центра совместно с муниципальными комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДНиЗП) и образовательными организациями проводят психолого-психотерапевтическую коррекцию микросоциального окружения ребенка или подростка с суицидальными тенденциями. В рамках психолого-психотерапевтической работы с ближайшим микросоциальным окружением оказывается помощь одноклассникам, педагогам, родителям. Форма работы беседа-дебрифинг, индивидуальные консультации, тренинги. Также в РКПЦ работает круглосуточный телефон доверия. Медицинские психологи оказывают экстренную психологическую помощь при кризисных состояниях, психологическую поддержку, экстренную психологическую помощь в связи с риском суицида.

Литература

1. Амбрумова А.Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике // Научные и организационные проблемы суицидологии. – М., 1983. – С. 40–51.

2. Мельник Л.В., Ефимова Е.В. Оценка риска суицидального поведения среди студентов первого курса ТулГУ // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Современные пути развития психиатрии». – Тула: ТулГУ, 2014. – С. 30–33.

Сведения об авторах

Кунафина Елена Рафаэлевна – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО Башкирского государственного медицинского университета (450000 г. Уфа, ул. Ленина 3, e-mail: erkunafina@mail.ru)

Тулбаева Наталья Рифовна – главный врач ГБУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ

Е.Р. Кунафина¹, Д.Х. Афзалетдинова², З.А. Курамшина²

ОСОБЕННОСТИ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНЫХ СУДЕБНЫХ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ)

¹ ФГОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

² ГБУЗ РБ Республиканская клиническая психиатрическая больница, г. Уфа

E.R. KUNAFINA¹, D.H. AFZALETDINOVA², Z.A. KURAMSHINA²

FEATURES OF COMPLETE SUICIDE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (ACCORDING TO COMPREHENSIVE FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATIONS)

¹ Federal state educational institution of higher education bashkir state medical university, Ufa

² Republican clinical psychiatric hospital of the Republic of Bashkir, Ufa

В последние десятилетия рост самоубийств в детском и подростковом возрастах внушает серьезные опасения медиков

и общественности. По данным ВОЗ, суициды среди лиц в возрасте 15–24 лет за последние 15 лет возросли в 2 раза, среди причин смертности во многих экономически развитых странах они занимают 2-3-е место. Несмотря на снижение детской и подростковой смертности от суицидов в России за последние 7 лет, по данным официальной статистики, ситуация далека от благополучной. В частности, по данным Государственной статистики, частота завершённых суицидов у несовершеннолетних России составила 1,3 случая на 100 000, в том числе, среди лиц мужского пола – 1,6, и среди лиц женского пола – 0,9 на 100 000. Именно завершённые суициды имеют наиболее тяжёлые последствия для микро- и макросоциального окружения подростка и наибольший общественный резонанс.

Причиной ухода из жизни детей и подростков, как правило, остается – неразделенная любовь, конфликты с окружающими и одиночество. По мнению психологов, основной причиной детских самоубийств является депрессия. Ею страдают до 70 % психически травмированных детей, четверть которых совершают суицидальные действия. Ежегодно каждый 12-й подросток России предпринимает попытку покончить с собой.

Башкирия оказалась лидером в Приволжском федеральном округе по числу детских самоубийств за 2021 год. В 2021 году в республике на 22 % увеличилось количество детских суицидов, из них 27 завершённых. На втором месте по числу детских суицидов – Пермский край, на третьем – Самарская область. В 2022 году в Башкирии произошло 22 суицида со смертельным исходом среди несовершеннолетних, зарегистрировано 70 сообщений о суицидальных попытках детей и подростков.

Недостаточная изученность особенностей суицидов среди детей в Республике Башкортостан, регионе повышенного риска, определила цель и задачи нашего исследования.

Каждый факт самоубийства в детском и подростковом возрасте вызывает широкий общественный резонанс и ряд вопросов. Каково было психическое и психоэмоциональное состояние суицидента в период, предшествовавший смерти? Какие факторы могли оказать влияние на реализацию суицидального намерения несовершеннолетнего? Выяснение этих обстоятельств требует

специальных познаний в области психологии и психиатрии. При доказанности факта самоубийства судебно-следственными органами назначается комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ) в соответствии со ст. 110 УК РФ («Доведение лица до самоубийства путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего»), а также п. «б» ст. 63 УК РФ («наступление тяжких последствий в результате совершения преступления», как обстоятельство, отягчающее наказание).

По делам о самоубийстве КСППЭ является актуальным видом исследования, позволяющим выстроить достаточно полную картину обстоятельств произошедшего на основе информации, собранной из широкого круга источников. Этот вид экспертизы позволяет выявить комплекс факторов, обуславливающих суицидальное поведение несовершеннолетних. В то же время подобные экспертизы являются одними из наиболее трудных и ответственных, поскольку проводятся лишь по материалам уголовного дела и их качество определяет надежность и эффективность решения экспертных вопросов (Кудрявцев И.А., 1999).

В последние годы отмечается существенный рост экспертиз, проводимых в отношении детей и подростков, покончивших жизнь самоубийством (КСППЭ «по факту смерти»). Особенностью посмертной КСППЭ по факту доказанного самоубийства является тщательный ретроспективный анализ уголовного дела и приобщенных материалов, которые становятся единственными источниками информации о личности суицидента, его психическом состоянии в предшествовавший уход из жизни период (Сафуанов Ф.С., 2009).

Цель исследования

Выявить наиболее значимые демографические, социальные, клинические и мотивационные факторы, влияющие на формирование суицидального поведения, приведшего к фатальному исходу у детей и подростков, по данным посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз.

В амбулаторном отделении судебно-психиатрических экспертиз ГБУЗ РБ РКПБ за период 2020–2022 гг. были про-

ведены 49 КСППЭ «по факту смерти» несовершеннолетних. Возраст суицидентов составил от 10 до 16 лет (средний возраст – $13,5 \pm 0,75$ года). Соотношение подростков женского и мужского пола составило 1 : 1,63. При этом у девочек в 3,2 раза чаще отмечались предшествовавшие попытки самоубийства. В анамнезе практически у четверти суицидентов имели место аутодеструктивные поведенческие тенденции в виде нанесения самоповреждений (28,0 %). В ряде случаев (18 %) подростки переставали избегать угрожающих жизни ситуаций (часто сидели на подоконнике квартиры на верхних этажах, на крыше высоток, свесив ноги и т.д.). Подобное поведение можно расценивать как проявление скрытого стремления к совершению самоубийства. Среди методов реализации суицидальных намерений у несовершеннолетних преимущественно отмечались такие, как падение с высоты (68,0 %) и повешение (32,0 %). В глобальном масштабе наиболее распространенными способами самоубийства в общей популяции являются прием ядохимикатов, повешение и применение огнестрельного оружия (ВОЗ, 2013). У 23,7 % была выявлена психопатологическая отягощенность наследственности, в структуре которой доминирует алкоголизм (90 %). Это позволяет расценивать алкоголизм родителей в качестве фактора высокого суицидального риска для их детей. Еще одним предрасполагающим к самоубийству фактором у детей и подростков является наличие случаев суицидов среди их родственников. Изучение родительских семей несовершеннолетних суицидентов показало, что 58,0 % детей и подростков воспитывались в полных семьях, с хорошим финансовым обеспечением и внешне благополучным внутрисемейным климатом. Вместе с тем достаточно часто в этих семьях к подросткам применялся авторитарный стиль воспитания со строгим контролем (беспрекословное подчинение старшим, запреты и наказания). 42,0 % несовершеннолетних имели неполные семьи преимущественно с единоличным женским воспитанием. В этих семьях преобладала гипоопека. Гармоничное воспитание в родительских семьях исследуемой группы суицидентов имело место лишь в 4 % всех случаев. При анализе мотивации совершения самоубийств у подростков отмечались психотравмирующие ситуации в виде семейных

конфликтов (65,0 %), неразделенных чувств (23,0 %), внутри- и межличностных конфликтов. В случаях семейных конфликтов, самоубийства детей были связаны не столько со стремлением умереть, сколько с желанием избежать тяжелых семейных ситуаций, страха перед ними. В целом, трудности в разрешении конфликта, приводящего к самоубийству, обуславливались не столько внешними, сколько внутренними, психологическими, причинами, и, главным образом, неумением детей и подростков решать конфликты конструктивно. Отличительной особенностью суицидентов младшего возраста (10–14 лет) являлось отсутствие страха смерти в виду несформированности данного понятия. Ввиду незрелости и отсутствия жизненного опыта даже незначительная конфликтная ситуация казалась безвыходной, а поэтому становилась суицидоопасной. Согласно данным объемной медицинской документации, на учете у психиатра суициденты не состояли, за консультативной психиатрической помощью не обращались. По данным посмертной судебно-химической экспертизы, у трети всех суицидентов было установлено наличие алкогольного опьянения на момент совершения самоубийства, и среди них преобладали мальчики ($p < 0,05$). В 80 % случаев местом совершения самоубийства являлся родительский дом. Практически всегда для самоубийства избирались уединенные места. Дети и подростки, проживавшие в городах, совершали его в квартире в отсутствие близких и каких-либо свидетелей. В сельской местности местом самоубийства детей и подростков нередко становилось подворье родительского дома (сарай, баня и пр.). Выбор детьми и подростками уединенных мест для совершения самоубийства свидетельствует об истинности их суицидальных намерений. Особую значимость для выяснения обстоятельств, повлекших суицидальное поведение подростков, могут иметь предсмертные записки, данные переписки в социальных сетях, рисунки, фотографии и т.д. Их анализ показал, что 77,0 % несовершеннолетних не сообщали о своих аутоагрессивных намерениях, суицидальные мысли звучали лишь в личных записках и рисунках. Анализ предсмертных записок суицидентов свидетельствует о том, что чаще они были написаны подростками (15–17 лет), в которых они просили прощения у родных и близких, пытались

объяснить свой поступок. Записки, как правило, оформлялись непосредственно перед суицидальным актом, были выполнены от руки, просты в оформлении, без излишней декоративности.

Таким образом, необходимо отметить, что суицидальное поведение детей и подростков представляет собой многофакторное явление, в котором задействованы как социально-психологические, так и психопатологические механизмы. Неуклонный рост аутодеструктивных поведенческих тенденций в данном возрасте с последующим выбором суицида как безальтернативного способа решения возникающих проблем требует тщательного анализа личности несовершеннолетнего, сферы межличностных отношений, особенностей воспитания и иных обстоятельств для последующего формирования стратегий психосоциальной адаптации, а также выработки навыков и социальной поддержки лиц, входящих в группу суицидоопасного риска.

Литература

1. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013. – Режим доступа: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1

2. *Кудрявцев И.А.* Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство). – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1999. – 497 с.

3. *Положий Б.С.* Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). – М.: РИО «ФГУ ГНЦССП им. В.П. Сербского», 2010. – 232 с.

4. *Сафуанов Ф.С.* Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза лица, окончившего жизнь самоубийством // Медицинская и судебная психология. Курс лекций. – 3-е изд. – М.: Генезис, 2009.

Сведения об авторах

Кунафина Елена Рафаэлевна – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО Башкирского государственного медицинского университета (450000 г. Уфа, ул. Ленина 3, e-mail: erkunafina@mail.ru)

Афзалетдинова Динара Хасановна – к.м.н., зав. отделением амбулаторных СПЭ ГБУЗ РБ «Республиканская клиническая психиатрическая больница»

Курамшина Зульфира Анасовна – психолог патопсихологической лаборатории ГБУЗ РБ «Республиканская клиническая психиатрическая больница»

Е.Б. Любов

**ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО
НЕУСТОЙЧИВОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА:
ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Е.В. ЛУВОВ

**PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF BORDERLINE PERSONALITY
DISORDER: PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL ASPECT**

Moscow Research Institute of Psychiatry, a Branch of the National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Moscow

Актуальность

Лекарственное лечение эмоционально неустойчивого личностного расстройства (ЭрЛ), характеризующегося высоким риском суицидального поведения (СП), представляет важную научно-практическую проблему из-за устойчивости симптомов и риска намеренной или случайной передозировки. Недостаточно данных о соотношении пользы-вреда терапии.

Цель исследования

Изучить модели выбора и применения и результативность психотропных препаратов в повседневной психиатрической практике ведения больничных пациентов ЭрЛ.

Материал и методы исследования

Невыборочно в течение четырех месяцев сформирована выборка из 62 пациентов ЭрЛ (МКБ-10) женского отделения

столичной психиатрической больницы, специализированного для пациентов с намеренными самоповреждениями (парасуициды, по терминологии ВОЗ). Пациенты 18–42 лет, треть в остром постсуициде, более 60 % соответствуют синдрому несуйцидальных самоповреждений. Для ½ пациентов – психиатрическая госпитализация – первая. Использован фармакоэпидемиологический (количественный и качественный) метод. Паттерны лечения соответствуют 80 % времени стационарирования.

Результаты

Нормотимики назначены (35 %) при аффективной неустойчивости, импульсивной агрессии и когнитивно-перцептуальных симптомах. Вальпроаты приводили к редукции раздражительности и гнева. Соли лития не обнаружили клинически значимой пользы, но показаны при биполярном аффективном расстройстве (БАР). Эффект ламотриджина при аффективной нестабильности недостоверен. Перемена нормотимиков и их сочетание позволяли потенцировать эффект и / или снизить дозировки каждого из них. Антидепрессанты (АД) нового поколения хорошо переносятся; риск намеренной и случайной передозировок минимален. Депрессия и / или тревога – основные показания к назначению АД; распространенность сопутствующих депрессии и / или тревоги ≥ 50 %. Для коррекции аффективной неустойчивости, импульсивности выбраны СИОЗС с возможной сменой на АД иной структуры при неэффективности курса лечения (с контролем комплаенса) через 2–3 недели. В ближайшие 7–10 дней неспецифическое облегчение тревоги и бессонницы (типичные ведущие жалобы). АД назначены 75 % пациентам и 95 % при сочетании с депрессивными расстройствами (ДР) и/или биполярными аффективными расстройствами (БАР). Возможно истощение эффекта АД. Антипсихотики нового поколения для краткосрочного лечения в малых дозах тревоги, импульсивности, гнева, неустойчивости настроения, преходящих стрессогенных когнитивно-перцептуальных симптомов (параноидные мысли). Антипсихотики назначены до 80 % пациентов отдельно или в комбинациях с АД и стабилизаторами настроения. Наиболее част (каждому третьему больному) кветиапин до 200 мг/день

для управления гневом, импульсивностью и агрессией, при «бессоннице». Транквилизаторы (45 %). Бензодиазепины усиливают дисрегуляцию аффекта и поведенческую расторможенность, нарушают когнитивные функции, обладают высоким потенциалом зависимости; противопоказаны в большинстве, если не во всех случаях ЭрЛ. Анксиолитики (назначения \geq двух недель) чаще для лечения симптомов ЭрЛ, а не коморбидной тревоги. Полифармация. Большинство (80 %) пациентов ЭрЛ получают ≥ 1 психотропного препарата и в среднем \approx трех разных классов по 3–4 раза в день (психиатры упорно назначают препараты дробно без внимания к периоду полураспада).

Заключение

Особенности ЭрЛ как неустойчивость (эмоций, образа «Я», межличностных отношений) препятствуют мотивации к выздоровлению, осознанному следованию режиму лечения при обостренной реакции на нежелательные действия лекарств, смешиваемой с проявлением самого психического расстройства, – снижают результативность терапии в повседневной практике. Клинические руководства не рекомендуют психофармакотерапию ЭрЛ как «излечивающее» лечение (дисбаланс нейротрансмиттеров не объясняет расстройство). Широкое их использование отражает необходимость контроля суицидальных симптомов и сочетанных состояний при отсутствии психотерапии как рекомендованного лечения первой линии; упор на потенциально вредные (выученная беспомощность) стационарирования. Отставленный симптоматический эффект при нетерпении пациента в кризисе и/или врача отчасти объясняет частоту полипрагмазии. Нерациональная полипрагмазия (тем избыточнее, чем больше фармацевтический бюджет учреждения) – известный фактор несоблюдения режима лечения вкпе с удорожанием терапии, риском межлекарственного взаимодействия. Фармакоэпидемиологические аудиты способствуют рационализации терапии на последовательных этапах лечебно-реабилитационного процесса и изучению динамики (трендов) назначения психотропных препаратов разных классов. Так, повышение доли АД при снижении транквилизаторов косвенно

свидетельствует об улучшении качества терапии. Предстоит изучить лекарства, регулирующие влечение/поиск ощущений, импульсивность (используемые при СДВГ).

Сведения об авторе

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» (107076, Москва, ул. Потешная, 3, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru)

А.Н. Мокрицкая, А.А. Григорьева

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ОПЫТОМ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

A.N. MOKRITSKAYA, A.A. GRIGORIEVA

EXISTENTIAL EXPERIENCES IN ADOLESCENTS WITH EXPERIENCE OF NON-SUICIDAL SELF-INJURIOUS BEHAVIOR

First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Moscow

Введение

Самоповреждающее поведение подростков является актуальной медико-психосоциальной проблемой и представляет угрозу психическому здоровью. По данным эпидемиологических исследований от 7,5 до 46,5 % подростков в мире сообщают о не-суицидальном самоповреждающем поведении (Nock M.K., 2010; Польская Н.А., 2017; Дарьин Е.В., 2023), при этом в клинической выборке подростков частота несуицидальных самоповреждений составляет от 40 до 66 % (Swannell S.V., 2014; Hauber K., 2019). Наиболее уязвимым возрастным периодом к возникновению самоповреждающего поведения является подростковый воз-

раст. Возраст появления первых симптомов самоповреждения – $14,7 \pm 1,54$ года (Wang P. et al., 2022). Самоповреждающее поведение чаще встречается у девушек в возрасте 13–16 лет (Чуева Е.Н., 2017). В ряде исследований были показаны механизмы развития самоповреждающего поведения (Wasserman D., 2005; Nock M.K., 2009; Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г., 2016; Польская Н.А., 2017). При этом остается недостаточно изученным вопрос о специфике экзистенциальных переживаний в подростковом возрасте и их роли в формировании самоповреждающего поведения (Сенкевич Л.В., 2019; Григорьева А.А., 2021).

Цель исследования

Изучение особенностей проявления экзистенциального кризиса у подростков с самоповреждающим поведением.

Материалы и методы исследования

В исследовании использовались опросник «Переживание экзистенциального кризиса» (Сенкевич Л.В.) и опросник «Шкала причин самоповреждающего поведения» (Польская Н.А.).

Выборку составили 84 респондента с самоповреждающим поведением в возрасте от 14 до 18 лет, 63 девушки, 21 юноша, добровольно прошедшие опрос с помощью Google-формы в онлайн-формате. Критериями включения являлись наличие самоповреждающего поведения, возраст испытуемых, согласие на исследование. Критериями исключения являлись отсутствие такой модели поведения и неподходящий возраст.

Для статистической обработки данных применялся кластерный анализ и непараметрический дисперсионный анализ (Краскела–Уоллеса), корреляционный анализ Спирмена. В качестве технических средств для анализа данных использовались пакеты программ IBM SPSS Statistics 26.0.

Результаты

В ходе применения метода кластерного анализа (методом К-средних) удалось выделить 3 группы подростков, отличающихся друг от друга по степени переживания экзистенциального кризиса. В кластеризацию вошли результаты по методике «Переживание экзистенциального кризиса». Группы

имеют значимые различия (H-критерий Краскела-Уоллеса, при $p \leq 0,05$) по всем показателям экзистенциальных переживаний. Испытуемые, вошедшие в первый кластер ($N = 23$) характеризуются низкой относительно выборки степенью переживания экзистенциального кризиса. Второй кластер ($N = 32$) характеризуется средней относительно выборки степенью переживания экзистенциального кризиса. Соответственно, в третий кластер ($N = 29$) вошли испытуемые с высокой относительно выборки степенью переживания экзистенциального кризиса. Согласно полученным результатам зафиксированы значимые различия между подростками, отличающимися по степени переживания экзистенциального кризиса. Было выявлено, что подростки с высокой степенью переживания экзистенциального кризиса имеют самую высокую частоту всех видов самоповреждающего поведения ($p < 0,05$). Самая низкая частота всех видов самоповреждающего поведения наблюдалась при низкой степени переживания экзистенциального кризиса. При этом самоожоги являются единственным видом самоповреждающего поведения, который с одинаковой частотой проявляется как при высокой, так и при средней степени экзистенциальных переживаний.

На основании дисперсионного анализа (H-критерий Краскела-Уоллеса) было выявлено, что значимыми экзистенциальными переживаниями, характеризующими экзистенциальный кризис и определяющими частоту актов самоповреждающего поведения среди подростков, являются такие как: «незащищенность» ($H = 38,006$; $p = 0,000$), «неудовлетворенность собой» ($H = 22,241$; $p = 0,000$), «одиночество» ($H = 20,073$; $p = 0,000$), «отчаяние, страдание и чувство вины» ($H = 23,652$; $p = 0,000$), «проблема свободы и ответственности» ($H = 16,025$; $p = 0,000$).

В результате проверки частоты актов самоповреждающего поведения у подростков с разными видами экзистенциальных переживаний было выявлено, что от степени переживания незащищенности зависят все виды самоповреждающего поведения ($p \leq 0,05$). Подростки с высокой степенью переживания незащищенности имеют самую высокую частоту всех видов самоповреждающего поведения, а с низкой степенью переживания незащищенности наименьшую частоту всех видов самоповреждений.

В ходе исследования корреляционных связей между частотой актов самоповреждающего поведения и экзистенциальным переживанием «незащищенности» у подростков была выявлена прямая положительная корреляция с порезами режущими предметами (0,178 при $p \leq 0,05$), уколами или проколами кожи острыми предметами (0,184 при $p \leq 0,05$), ударами кулаком по своему телу (0,244 при $p \leq 0,05$) и твердым поверхностям (0,274 при $p \leq 0,05$), выдергиванием волос (0,151 при $p \leq 0,05$), расчесыванием кожи (0,189 при $p \leq 0,05$), обкусыванием ногтей (0,173 при $p \leq 0,05$), сковыриванием болячек (0,159 при $p \leq 0,05$), обкусыванием губ (0,203 при $p \leq 0,05$) и прикусыванием щек или языка (0,221 при $p \leq 0,05$). Следовательно, чем выше степень переживания незащищенности у подростков, тем больше частота всех актов самоповреждающего поведения, исключая самоожоги.

Подростки с высокой степенью переживания неудовлетворенности собой и с высокой степенью переживания одиночества характеризуются высокой частотой ударов кулаком по своему телу и по твердым поверхностям, выдергивания волос, расчесывания кожи, сковыривания болячек и прикусывания щек или языка. Также было обнаружено, что частота некоторых видов самоповреждающего поведения у подростков зависит от степени переживания отчаяния, страдания и чувства вины и проблемы свободы и ответственности.

Заключение

Самоповреждающее поведение является внешним проявлением внутренних экзистенциальных переживаний. Увеличение показателей экзистенциальных переживаний, соответствующих содержанию экзистенциального кризиса, влияет на увеличение числа актов самоповреждающего поведения. Было выявлено, что подростки с наиболее выраженной степенью экзистенциальных переживаний имеют выраженную актуализацию действий самоповреждающего характера. У подростков частота актов самоповреждающего поведения зависит от переживания незащищенности, отсутствия ценности собственной личности, одиночества, а также от переживания отчаяния, страдания и чувства вины и проблем свободы и ответственности.

Сведения об авторах

Мокрицкая Арина Николаевна – психолог Института психолого-социальной работы Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, строение 2; e-mail: arina.mokrickae@gmail.com)

Григорьева Александрина Андреевна – доктор психологических наук, профессор кафедры педагогики и медицинской психологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, строение 2; e-mail: alexandrina_gr@mail.ru)

Ю.А. ОЛЬХОВСКАЯ

**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ ¹**

ФГБУН Ордена Дружбы народов Институт этнологии и антропологии
им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН, г. Москва

Yu.A. OLKHOVSKAYA

**IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF SUICIDAL CARE
FOR THE ELDERLY PEOPLE ¹**

Institute of Ethnology and Anthropology named after N.N. Miklouho-Maclay
of Russian Academy of Sciences, Moscow

В последние годы наблюдается совершенствование медико-социальной среды жизни населения страны в факторах увеличения эффективности создания условий жизни, поддерживающих и восстанавливающих ее высокое качество, особенно уязвимой группы граждан, к которой относятся пожилые люди, что также отражает тенденции по реализации государственной стратегии по повышению продолжительности и уровню жизнедеятель-

¹ Статья подготовлена в рамках гранта, предоставленного Министерством науки и высшего образования Российской Федерации (№ соглашения о предоставлении гранта: 075-15-2022-328).

The article was prepared in the framework of a research grant funded by the Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation (grant ID: 075-15-2022-328).

ности людей старшего поколения [4]. Так, на современном этапе развития общества, с одной стороны, разработаны многие государственные программы, улучшающие демографические показатели, но с другой – наблюдается стремительный рост процента лиц среди представителей старшего поколения, пенсионеров, которые в ряде существенных причин принимают решение закончить свою жизнь при помощи суицида [1].

Статистические данные о суицидальном поведении среди пожилых людей достигают критического порога. И с каждым годом данные показатели растут. Исследователи отмечают, что среди женщин пенсионного возраста практически половина из них кончает жизнь самоубийством, и также данный выбор о самостоятельном прерывании своей жизни принимает каждый пятый пенсионер мужского пола. А в ряде появления суицидальных мыслей, рассматриваемые показатели имеют значительно более высокие значения [6]. Описанные явления указывают, что на сегодняшний момент суицид является колоссальной проблемой на государственном уровне и данный факт нуждается в скорейшей коррекции на линии исключения причин суицидального поведения у людей старшего поколения в факторах разработки параметров, позволяющих повысить эффективность суицидологической помощи пожилым людям.

Цель исследования

Выявление барьеров формирования антисуицидологической среды жизни пенсионеров и разработка параметров, улучшающих эффективность суицидологической помощи пожилым людям в стране.

Методы исследования

В исследовании были применимы основы аксиологического и социально-антропологического подхода, которые позволяют исследовать проблему суицида среди пенсионеров на линии рассмотрения отдельной личности в аспектах ее нахождения в обществе на уровне их взаимного влияния, что в основах аксиологического подхода рассматривается с позиции морально-нравственных критериев, позволяющих оценить сложившуюся

ситуацию в факторах потенциального улучшения ситуации оказания суицидологической помощи в ряде исключения выявленных барьеров, которые существуют в современном обществе и создают условия для аспекта появления суицидального поведения среди старшего поколения.

Результаты

Жизнь любого человека имеет ряд критериев, которые составляют основу его жизнедеятельности, определяя его качество жизни, в которых он себя реализует на физическом, биологическом, личностном, психоэмоциональном и других уровнях, где выявляются аспекты его самопроявления, составляя его личный образ на уровне самопрезентации, находящейся в основе его имиджа в обществе и среди окружающих его людей. Гармоничные условия жизни человека отражают баланс всех основ жизнедеятельности человека, поддерживая, сохраняя и восстанавливая его здоровье на физическом, психоэмоциональном и социальном уровне. В то же время, рассматривая известные причины, приводящие человека к самоубийству, выявляются особенности, которые отражают нарушение рассмотренного баланса жизнедеятельности в факторах нарушения, составляющих условий жизни на физическом, психоэмоциональном и социальном уровнях, которые имеют прямую связь в данном [7]. Так причины, которые приводят к показателям развития суицидального поведения среди пенсионеров, являются барьерами к созданию антисуицидологической среды жизни старшего поколения в стране.

Таким образом, барьерами к антисуицидологической среде жизни становятся аспекты, связанные с отсутствием финансовых возможностей у пенсионеров для полноценного пропитания, приобретения сезонной одежды, необходимых для поддержания хорошего самочувствия медикаментов и других предметов обихода, позволяющих сохранять и восстанавливать личное здоровье и проживать на личной территории в ряде проявления личной активности в социальной среде жизни как полноценных членов общества.

Другой важной составляющей является фактор психоэмоционального уровня в ряде присутствия в современной соци-

альной среде высокой степени эмоционального напряжения, развивающий психосоматическую патологию и непсихотические психические расстройства. Так, нестабильность жизни, отрицательные новости, которые в последние годы приобрели практически еженедельный характер и создающие отрицательную эмоциональную среду жизни населения, которая усиливается различными физическими акцентами, влияющими отрицательно на психическую сферу пожилых людей. У пожилых информационно-социальное взаимодействие чаще происходит посредством телекоммуникаций, новостных и развлекательных передач, где они могут видеть контент, транслирующийся на резко сниженном культурном уровне, резко отличающемся от их личного культурного уровня, который был характерен для воспитания старшего поколения. Это создает у пенсионеров базу отчуждения, непонимания и потери надежды на улучшение факторов жизни. Данные обстоятельства усиливаются отсутствием уважения в окружающем мире к личности пенсионера, который часто подвергается агрессивному поведению со стороны более молодого поколения или обслуживающего персонала в таких общественных местах как транспорт или магазины, что по совокупности приводит к развитию у них чувства ненужности, внутреннего одиночества, занижения их ценности, а при сопутствующем наличии проблем материального характера, приводит к развитию мыслей о самоубийстве [3]. Так как в тех условиях, в которых они живут, у них отсутствуют как материальные средства к поддержанию своей жизни, так и понимание, и надежда на внешнюю помощь, позволяющую им выжить или благополучно жить. Надо отметить, что большинство среди самоубийц пожилого возраста имело высшее образование, и они являлись высокопрофессиональными специалистами, что отражает наличие высокого развития у них когнитивных свойств и наличие более высокого качества их жизни в прежние года. Это отражает их большее понимание на уровне мыслительных способностей, аналитических качеств и памяти прошлого опыта, наличия знаний о параметрах благополучной жизни, которая в пенсионном возрасте становится для них недостижимой в существующих реалиях современного общества, что приводит к суициду в критический момент, кото-

рым может быть любой отрицательный фактор, нарушающий их психоэмоциональный баланс, что становится пусковым моментом для реализации суицидных мыслей, которые появлялись у них ранее на уровне понимания невозможности реализации их личной благополучной жизни.

Так, описанные аспекты, как и колоссальное количество резко преобладающих в процентном соотношении новостных и других передач, транслирующих отрицательные новости, и составляющие звукового и визуального контента, которые вызывают у человека негативные эмоции и продуцируют нарушение баланса автономной нервной системы, становясь причиной развития психосоматической патологии и непсихотических психических расстройств, являются барьерами к созданию антисуицидологической среды жизни пенсионеров. К ним относятся и социальная среда, высказывающая неуважительное отношение к личности пенсионера, что унижает его достоинство и на его внутреннем уровне воспринимается им как буллинг со стороны окружающих, подавляя индивида (пенсионера), который замыкается на своих внутренних состояниях обиды и ненужности, что усиливает чувство отчуждения, толкая пенсионера к критической границе психоэмоционального состояния, к мыслям о лишении себя жизни, так как в существующих реалиях он не видит возможности ее продолжения на уровне благополучия, как физического, так и эмоционального, что рассматривается состояниями счастья и радости [5].

В свою очередь, выявленные барьеры антисуицидологической среды жизни пенсионеров позволяют разработать параметры, улучшающие эффективность суицидологической помощи пожилым людям. Эти параметры должны включать создание условий исключения данных барьеров, где выявляется необходимым создание сферы оказания материальной помощи людям пенсионного возраста на уровне благотворительности в организационных параметрах, создающих возможности обеспечения их продуктами, одеждой и другими необходимыми для жизни составляющими в факторах создания социальных магазинов и благотворительных полок во всех магазинах, а также подшефных групп людей, различных фирм и организаций, находящихся

в районе проживания нуждающихся личностей старшего поколения, которые будут оказывать им необходимую помощь.

Также выявленные барьеры диктуют необходимость создания информационной телекоммуникационной линии, положительно влияющего контента, имеющего как эстетический, так и развлекательно-познавательный аспект, формирующий положительный психоэмоциональный фон у лиц старшего поколения, смотрящих телевизор или слушающих радио, что будет поддерживать стабильность их настроения и повышенного эмоционального фона на уровне радостного состояния, что создаст у них аспект сохранения надежды и веры в лучшую будущую жизнь, сохраняя когнитивные свойства личности на уровне, исключающем появление мыслей о самоубийстве [2].

Другим важным параметром создания антисуицидологической среды жизни пожилых людей является восстановление качества обслуживания. Так, в общественных местах вне зависимости от возрастного критерия (биологический возраст и то, как выглядит личность, могут не соответствовать друг другу, так как это зависит от возможностей ухода, образа жизни и других составляющих), сотрудники и представители различных организаций и социально-значимых мест должны проявлять себя на уровне этичного и деликатного поведения, что будет высказывать уважительное отношение к клиентам, сопровождающим их лицам и, по сути, ко всем окружающим, что составит условия для культурного взаимоотношения в обществе и сохранения благополучия в социуме в целом.

Для улучшения эффективности суицидологической помощи пожилым людям важно создавать условия для дружественного взаимодействия среди пенсионеров в социальной среде, что позволило бы избежать у них развития чувства отчужденности и одиночества. В данной критерии важны общегородские праздничные мероприятия, места эстетического отдыха, облагораживание внешних территорий жизни в факторах обустройства зон отдыха. Это позволит активизировать пенсионеров как полноценных членов общества и их участие в жизни населения страны, создавая условия для их активного проявления в социуме, что исключит у них развитие чувства отчужденности, одиночества и ненужности, одних из основных причин суицида.

Заключение

Проведенное исследование позволило выявить, что современные средовые условия жизни старшего поколения включают в себя барьеры к благополучной жизни данной категории населения, которые создают условия для развития у них суицидальных мыслей, которые почти у каждого четвертого пенсионера реализуются на практике в рамках суицида. Выявленные в работе барьеры создают условия для принятия пенсионерами решения о прерывании собственной жизни при помощи самоубийства. И в рамках повышения эффективности суицидологической помощи пожилым людям были разработаны параметры на основе исключения барьеров формирования антисуицидологической среды в социуме, что создаст условия для наиболее благополучной жизни пенсионеров, улучшая показатели их качества жизни, что будет являться профилактикой возникновения у них суицидальных мыслей и совершения самого суицида.

Таким образом, при формировании антисуицидологической среды жизни пенсионеров будут созданы условия для поддержания и сохранения параметров их личности, отражающей показатели психоэмоционального здоровья, культуры и интеллигентности, поддерживая их социальный статус, исходя из их прошлого социально-профессионального опыта, который подчеркивает, что большинство представителей старшего поколения являются ценным капиталом страны и достойными членами общества. Создание антисуицидологической среды жизни пенсионеров также будут решать вопросы по укреплению, восстановлению и поддержанию благополучного хода развития и жизни в государстве.

Литература

1. *Акимова О.В.* Особенности нормативно-правового регулирования медико-социальной помощи пожилым людям в Российской Федерации // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2018. – Т. 8, № 3. – С. 122–123.
2. *Ардашев Р.Г.* Иррациональные основы суицида // Гуманный вектор. – 2022. – Т. 17, № 2. – С. 58–68.
3. *Зинчук М.С., Аведисова А.С., Жабин М.О., Гехт А.Б.* Суицидальность в позднем возрасте: социокультуральные и клинические фак-

торы риска // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 118, № 7. – С. 104–111.

4. *Зотов П.Б., Любов Е.Б., Шидин В.А.* Суицид: хронобиологические аспекты // Хрономедицинский журнал. – 2020. – Т. 22, № 1. – С. 49–55.

5. *Журавлев А.К., Конончук В.В.* Активное долголетие и профилактика суицидального поведения у людей старшего возраста // Живая психология. – 2016. – Т. 3, № 3. – С. 187–196.

6. *Суботич М.И.* Клинико-психологические и социодемографические факторы суицидального поведения и риска его хронификации: обзор исследований // Консультативная психология и психотерапия. – 2023. – Т. 31, № 1. – С. 9–30.

7. *Черепанова М.И.* Социальная эксклюзия как один из факторов суицидальных рисков среди лиц пожилого и старческого возраста // Мир науки, культуры, образования. – 2012. – № 6. – С. 425–429.

Сведения об авторе

Ольховская Юлия Анатольевна – клинический психолог, аспирантка Института этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН (г. Москва, e-mail: justjuliag@mail.ru)

Н.Н. ПЕТРОВА

СУИЦИДАЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА НА РАННИХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
г. Санкт-Петербург

N.N. PETROVA

SUICIDALITY IN YOUNG PATIENTS AT THE EARLY STAGES OF DEVELOPMENT OF MENTAL DISORDERS

St. Petersburg State University, St. Petersburg

За последние 50 лет частота суицидов у молодого населения по сравнению с пожилым населением растет [2]. Систематический

обзор показал, что во всем мире распространенность суицидальных мыслей у взрослых в течение жизни колеблется от 3,1 до 56 %; цифры по планированию суицида составили 9–19,5 %, а суицидных попыток – 0,4–5,1 % [3]. Суицидальные мысли, планирование самоубийства и попытки самоубийства обычно являются предвестниками последующего завершенного самоубийства [1]. Среди молодежи в возрасте 15–29 лет самоубийство является второй главной причиной смерти после гибели в ДТП [5]. Считается, что до 90 % лиц, совершивших суицид, имели психиатрические заболевания [4].

Цель исследования

Изучение суицидального поведения у пациентов молодого возраста на ранних этапах психических расстройств для уточнения факторов риска суицида.

Материал и методы исследования

Обследовано 50 пациентов (28 женщин и 22 мужчины) в возрасте от 18 до 35 лет, в среднем $23,27 \pm 4,72$ года. Пациенты составили 2 группы сравнения: 23 пациента с расстройствами аффективного спектра и 27 пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Давность болезни составила от 6 мес. до 4,5 лет. Клинико-психопатологический метод сочетался со шкальной оценкой: Шкала оценки выраженности суицидальных тенденций Колумбийского университета (C-SSRS), Шкала общего клинического впечатления (CGI), Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS). Методы описательной статистики включали в себя расчет среднего арифметического значения, среднеквадратичного отклонения, факторный анализ, для сравнения количественных признаков применялся критерий Манна-Уитни (*u*-критерий). Сравнение номинальных величин осуществлялось с помощью точного критерия Фишера, примененного для соответствующей двумерной таблицы сопряженности. Расчет значений корреляции между двумя количественными переменными осуществлялся с помощью критерия Спирмена. Критическим уровнем значимости в данном исследовании принимался уровень вероятности равный 0.05.

Результаты

Уровень депрессии не превышал легкой степени и в среднем был выше у пациентов с аффективными расстройствами ($11,24 \pm 5,44$ и $9,84 \pm 4,35$ балла по шкале Гамильтона), в то время как общая тяжесть психического состояния была больше во второй группе ($p < 0,05$).

Уровень суицидальности оказался достоверно выше у пациентов шизофренического спектра. Суицидальные попытки были выявлены у 60,5 % пациентов, причем они в 2 раза чаще наблюдались у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Средний возраст пациентов с суицидальными попытками составил $22,23 \pm 4,12$ года. Средний возраст начала заболевания у пациентов с суицидальными попытками составил $19,48 \pm 3,34$ года. Еще у 24 % пациентов имели место суицидальные планы и у 36 % – желание перестать жить, без четких планов.

По результатам Колумбийской шкалы наибольшее различие между группами сравнения наблюдалось в блоке «Интенсивность суицидальных мыслей»: у пациентов с расстройствами шизофренического спектра суицидальные мысли были более продолжительными, чем у пациентов с аффективными расстройствами (1–4 часа и менее часа, соответственно), при этом пациенты с расстройствами шизофренического спектра сообщали о меньшем контроле над суицидальными мыслями, чем пациенты с аффективными расстройствами.

Значимое влияние на риск суицида оказывали нарушения сна ($p = 0,036$). 21 % пациентов отмечали дискриминацию по социальным признакам, из них 66,7 % имели суицидальные мысли. 79 % обследованных пациентов отмечали чувство одиночества, из них у 32 % в анамнезе имелись суицидальные попытки, а у 29 % – суицидальные планы и у 47 % – желание перестать жить, без четких планов. 33 % пациентов отмечали плохие отношения в семье (нарушенные отношения с родителями). 36 % от числа пациентов с микросоциальной дезадаптацией совершали суицидальные попытки и имели суицидальные мысли.

В данном исследовании не удалось выявить связи между применяемыми психотропными препаратами и уровнем суицидальности.

Выводы

Суицидальные тенденции были выявлены более чем у 60 % пациентов молодого возраста на ранних этапах развития расстройств шизофренического и аффективного спектра, причем выраженность депрессии не превышала в среднем легкой степени, что подтверждает отсутствие прямого параллелизма между наличием риска суицида и тяжестью депрессии. Показано, что уровень суицидальности выше, а контроль над суицидальными мыслями меньше у пациентов с расстройствами шизофренического спектра по сравнению с аффективными пациентами. Значимое негативное влияние на риск суицида оказывают инсомния и нарушенные внутрисемейные отношения. Полученные данные позволяют выделить группы повышенного риска суицида среди пациентов с расстройствами шизофренического и аффективного спектра.

Литература

1. *Cao X.L., Zhong B.L., Xiang Y.T. et al.* Prevalence of suicidal ideation and suicide attempts in the general population of China: A meta-analysis // *Int. J. Psychiatry Med.* – 2015. – N 49(4). – P. 296–308. – doi: 10.1177/0091217415589306. – Epub 2015 Jun 9. – PMID: 26060259; PMCID: PMC4536918.
2. *Hawton K., van Heeringen K.* Suicide // *Lancet.* – 2009. – Apr 18; N 373(9672). – P. 1372–81. – doi: 10.1016/S0140-6736(09)60372-X. – PMID: 19376453.
3. *Nock M.K., Borges G., Bromet E.J. et al.* Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts // *Br. J. Psychiatry.* – 2008. – Feb; N 192(2). – P. 98–105. – doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113. – PMID: 18245022; PMCID: PMC2259024.
4. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors // *Am. J. Psychiatry.* – 2003. – Nov; N 160 (11 Suppl). – P. 1–60. – Erratum in: *Am. J. Psychiatry.* – 2004. – Apr; N 161(4). – P. 776. – PMID: 14649920.
5. World Health Organization; 2018. Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016.

Сведения об авторе

Петрова Наталия Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ

ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (199034, Россия, г. Санкт-Петербург; e-mail: petrova_nn@mail.ru, ORCID ID 0000-0003-4096-6208)

**О.В. ПЕТРУНЬКО¹, Т.В. ТАРАСЕНКО², О.А. ВАСИЛЬКОВСКАЯ¹,
И.А. КУЗНЕЦОВА², Г.Л. ЗАДАРНОВСКАЯ², А.В. ШВЕЦОВА²**

**ПРЕДИКТОРЫ ПОВТОРНЫХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ
ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ**

¹ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Иркутск

² ОГКУЗ Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1, г. Иркутск

**O.V. PETRUNKO¹, T.V. TARASENKO², O.A. VASILKOVSKAJA¹,
I.A. KUZNECOVA², G.L. ZADARNOVSKAJA², A.V. SHVETCOVA²**

**PREDICTORS OF REPEATED SOCIALLY DANGEROUS ACTIONS
IN MENTALLY ILL PATIENTS**

¹ Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Irkutsk

² Irkutsk Regional Clinical Psychiatric Hospital N 1, Irkutsk

Актуальность

Общественная опасность лиц с психическими расстройствами является актуальной социальной и медицинской проблемой.

По официальной статистике Судебного департамента при Верховном Суде РФ в 2022 году судебные акты по уголовным делам были вынесены в отношении 7835 лиц, совершивших преступления и признанных невменяемыми, что в целом составляет 1,4 % от общего числа осужденных. Из них в 36,9 % случаев отмечались тяжкие и особо тяжкие преступления, при этом

наиболее часто они касались преступлений против жизни и здоровья, а также против собственности и против здоровья населения и общественной нравственности. В 15,2 % случаев это были женщины, в 4,6 % – несовершеннолетние на момент совершения преступления [9].

По данным отечественных авторов в 80-е годы XX века большинство пациентов, выписанных из психиатрических больниц со строгим наблюдением, совершали повторные общественно опасные действия (ООД) – до 42 % в первый год, до 91 % – в течение первых трех лет после прекращения стационарного принудительного лечения [4]. В 90-е годы XX века в нашей стране более 55 % пациентов направлялись на стационарное принудительное лечение в связи с повторным ООД [8].

Несмотря на современную реорганизацию психиатрической службы, введение в практику амбулаторного принудительного наблюдения и лечения (АПНЛ), частота повторных противоправных деяний больных с психическими расстройствами сохраняется высокой, достигая в ряде регионов страны 40 % [6]. Среди больных шизофренией частота повторных правонарушений увеличивается до 56,5 % [3]. При повторном ООД психически больных возрастают общественная опасность и тяжесть совершенного противоправного действия [7].

Несмотря на значительное количество работ, посвященных вопросам судебно-психиатрической оценки и профилактики ООД у лиц с психическими расстройствами, на сегодняшний день не существует универсальных предикторов будущего поведения больных, дальнейшего изучения требуют такие аспекты, как прогнозирование и оценка риска совершения подобными пациентами повторных ООД.

Цель исследования

Определение клинико-социальных предикторов повторных ООД у пациентов с психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа.

Материал и методы

В исследование включены 64 больных (мужчин) с психическими расстройствами, совершивших ООД, которым судом назначены принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего типа в областном государственном казённом учреждении здравоохранения Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1.

Пациенты разделены на 2 группы:

Основная группа – 32 пациента, совершившие повторные ООД после прекращения принудительного стационарного лечения.

Группа сравнения – 32 пациента, совершившие первичные ООД.

В качестве основных методов исследования в работе использованы клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, клиничко-статистический и криминологический анализ.

Статистическая обработка материала проводилась с применением программы Microsoft Office Excel 2007, программы StatSoft Statistica 6 с расчетом критерия χ^2 .

Критерии включения в исследование: мужской пол, верифицированный диагноз психического расстройства на основании критериев МКБ-10, совершенное ООД, применение принудительных мер медицинского характера в стационарных условиях общего типа.

Результаты и их обсуждение

Сравнительный анализ социально-демографических показателей пациентов двух групп, совершивших ООД, приведен в таблице 1. Среди обследованных пациентов преобладали лица в возрасте 30–39 лет, городские жители, лица с низким образовательным уровнем, не состоящие в браке.

Среди лиц, совершивших повторные ООД, достоверно чаще ($p < 0,05$) регистрировался образовательный уровень меньше 8 классов по сравнению с пациентами с первичными ООД (46,9 и 21,8 % соответственно).

Диагностическая оценка пациентов в соответствии с критериями МКБ-10 представлена в таблице 2.

Таблица 1

*Социально-демографические показатели пациентов,
совершивших общественно опасные действия*

Факторы	Повторные ООД (n = 32)		Первичные ООД (n = 32)	
	абс.	%	абс.	%
Возраст 20–29 лет	4	12,5	8	25,0
Возраст 30–39 лет	15	46,9	15	46,9
Возраст 40–49 лет	12	37,5	5	15,6
Возраст 50 лет и старше	1	3,13	4	12,5
Городской житель	22	68,8	18	56,2
Сельский житель	10	31,2	14	43,8
Среднее образование	2	6,3	1	3,1
Неполное среднее образование	10	31,2	17	53,1
Образование меньше 8 классов	15	46,9*	7	21,8*
Средне-специальное образование	5	15,6	7	21,9
Обучение по коррекционной школьной программе	12	37,5	13	40,6
В зарегистрированном браке	5	15,6	3	9,4
В гражданском браке	7	21,9	1	3,1
В браке не состоит	20	62,5	28	87,5
Наличие детей	15	46,9	12	37,5

Примечание. * – $p < 0,05$.

Таблица 2

Диагноз по МКБ-10 пациентов, совершивших общественно опасные действия

Диагноз по МКБ-10	Повторные ООД (n = 32)		Первичные ООД (n = 32)	
	абс.	%	абс.	%
Органические психические расстройства (F06–07)	4	12,5	9	28,1
Шизофрения и расстройства шизофренического спектра (F20–25)	11	34,4	14	43,8
Умственная отсталость (F70–71)	17	53,1*	9	28,1*

Примечание. * – $p < 0,05$.

Среди пациентов, совершивших повторные ООД, достоверно чаще ($p < 0,05$) по сравнению с пациентами с первичными ООД выявлялась умственная отсталость (53,1 и 28,1 % соответственно). Среди лиц, совершивших повторные ООД, в 34,4 % диагностирована шизофрения и расстройства шизофренического спектра, в 12,5 % – органические психические расстройства.

Сравнительный анализ наследственных, экзогенных и психогенных факторов у пациентов двух групп, совершивших ООД, отражен в таблице 3.

Достоверно чаще ($p < 0,05$) у пациентов, совершивших повторные ООД, по сравнению с пациентами с первичными ООД регистрировалась наследственная отягощенность психическими заболеваниями среди родственников 1 степени родства (81,3 и 43,8 % соответственно), наличие поведенческих нарушений в пубертатном возрасте (87,5 и 34,4 % соответственно), семейная дезадаптация в виде нарушений взаимоотношений между членами семьи, наличия деструктивных конфликтов между родственниками (56,3 и 28 % соответственно).

*Наследственные, экзогенные и психогенные факторы
у пациентов, совершивших общественно опасные действия*

Факторы	Повторные ООД (n = 32)		Первичные ООД (n = 32)	
	абс.	%	абс.	%
Наследственная отягощенность психическими заболеваниями среди родственников 1 степени родства	26	81,3*	14	43,8*
Поведенческие нарушения в пубертатном возрасте	28	87,5*	11	34,4*
Перинатальная патология	10	31,3	11	34,4
ЧМТ в анамнезе	13	40,6	14	43,8
Нейроинфекции в анамнезе	5	15,6	4	12,5
Воспитание в дисфункциональной семье	20	62,5	16	50,0
Жертва физического или сексуального насилия в детстве	4	12,5	3	9,8
Семейная дезадаптация	18	56,3*	9	28,1*

Примечание. * – $p < 0,05$.

Среди экзогенных факторов у пациентов, совершивших повторные ООД, отмечены: перинатальная патология (31,3 %), перенесенные черепно-мозговые травмы (ЧМТ) (40,6 %), нейроинфекции в анамнезе (15,6 %). Лица, совершившие повторные ООД, в 62,5 % случаев воспитывались в дисфункциональных семьях, в 12,5 % были жертвами физического или сексуального насилия в детстве.

Сравнительные данные по употреблению алкоголя и психоактивных веществ пациентами двух групп, совершившими ООД, представлены в таблице 4.

Таблица 4

Употребление алкоголя и психоактивных веществ пациентами, совершившими общественно опасные действия

Употребление алкоголя и ПАВ	Повторные ООД (n = 32)		Первичные ООД (n = 32)	
	абс.	%	абс.	%
Совершение ООД в состоянии алкогольного или наркотического опьянения	13	40,6*	5	15,6*
Синдром зависимости от алкоголя	27	84,4*	14	43,8*
Употребление наркотиков, из них	18	56,3*	10	31,2*
Каннабиноиды	9	28,1	8	25,0
Опиоиды	6	18,8	–	–
Летучие растворители	1	3,1	1	3,1
Стимуляторы	1	3,1	1	3,1
Синтетические каннабиноиды	1	3,1	–	–

Примечание. * – $p < 0,05$.

Достоверно чаще ($p < 0,05$) у пациентов, совершивших повторные ООД, по сравнению с лицами, совершившими первичные ООД, регистрировался синдром зависимости от алкоголя (84,4 и 43,8 % соответственно), употребление наркотических средств (56,3 и 31,2 %), совершение ООД в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (40,6 и 15,6 % соответственно). Среди наркотических препаратов у пациентов, совершивших повторные ООД, преобладало употребление растительных каннабиноидов (28,1 %), реже – опиоидов (18,8 %), в единичных случаях (по 3,1 %) – стимуляторов, летучих растворителей и синтетических каннабиноидов.

Сравнительный криминологический анализ пациентов двух групп, совершивших ООД, показал, что среди лиц, совершивших повторные ООД, по сравнению с группой, совершивших первич-

ный ООД, достоверно ($p < 0,05$) чаще фиксировалось наличие судимости в прошлом (75 и 37,5 % соответственно). У половины (50,0 %) пациентов, совершивших повторное ООД, при повторном противоправном деянии выявлено его утяжеление.

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение (АПНЛ) после прекращения стационарного принудительного лечения получали 87,5 % пациентов, совершивших повторные ООД.

Таким образом, в качестве предикторов повторных ООД статистическое значение ($p < 0,05$) имеют: семейная отягощенность по психическому заболеванию (81,3 %), поведенческие нарушения в пубертатном возрасте (87,5 %), низкий уровень образования – меньше 8 классов (46,9 %), семейная дезадаптация (56,3 %), диагноз умственной отсталости (53,1 %), сопутствующий синдром зависимости от алкоголя (84,4 %), употребление наркотических средств (56,3 %), совершение ООД в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (40,6 %), наличие судимости в прошлом (75,0 %).

На значимую роль в совершении ООД и повторных ООД таких факторов, как наличие судимости в прошлом, особенности воспитания, уровень образования, семейное положение, наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, алкогольное опьянение, психопатологическая наследственность, указывали ранее другие авторы [2, 3, 7, 10–12].

Заключение

Полученные данные позволяют прогнозировать и предотвращать ООД психически больных, более дифференцированно и эффективно проводить профилактику повторных ООД в стационарных и амбулаторных условиях.

Отечественный [1] и зарубежный [5] опыт показывают, что после прекращения принудительного стационарного лечения значительная часть пациентов могут продолжать регулярное наблюдение в амбулаторных условиях у врача-психиатра, поскольку риск совершения новых ООД снижается при соблюдении принципов преемственности и этапности между стационарным и амбулаторным звеньями оказания принудительного лечения.

Дальнейшего изучения требуют вопросы эффективности мер медицинского характера и определения потенциальной опасности пациентов при решении вопроса об изменении либо прекращении принудительного лечения.

Литература

1. Березкин А.С., Попова Е.М., Симбирцев А.А. и др. Анализ динамики повторных поступлений пациентов на принудительное лечение в психиатрический стационар Москвы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2020. – № 120(6–2). – С. 99–104. – doi: <https://doi.org/10.17116/jnevro202012006299>.

2. Вахтинов Д.А., Орлов Ф.В. Анализ рецидивов особо опасных действий психически больных // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 2. – URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=15412&ysclid=lo5xp2ndas128233523> (дата обращения: 06.11.2023).

3. Голенков А.В. Общественно опасные деяния больных шизофренией на современном этапе развития // Психическое здоровье. – 2013. – № 10. – С. 22–26.

4. Кондратьев Ф.В., Котова Т.А. Профилактика повторных поступлений на принудительное лечение. Актуальные вопросы принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные действия. – М., 1983. – С. 35–40.

5. Костюк Г.П., Берсенева Ю.А., Гатин Ф.Ф. Зарубежный опыт обращения с психически больными правонарушителями // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2015. – № 1. – С. 6–22.

6. Макушкина О.А., Голланд В.Б., Яхимович Л.А. Значение мер медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных // Российский психиатрический журнал. – 2013. – № 4. – С. 20–26. –doi: <http://dx.doi.org/10.24411/1560-957X-2013-11342>.

7. Макушкина О.А., Яхимович Л.А. Повторные общественно опасные действия лиц, страдающих психическими расстройствами: проблемы профилактики // Российский психиатрический журнал. – 2014. – № 2. – С. 4–11. – doi: <http://dx.doi.org/10.24411/1560-957X-2014-1%25x>.

8. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных: Психопатологические механизмы и профилактика. – М., 1995. – 255 с.

9. Официальный интернет-сайт Судебного департамента при Верховном Суде Российской Федерации. – <http://www.cdep.ru>.

10. *Bjørkly S., Laake P., Douglas K.S.* The safe pilot study: A prospective naturalistic study with repeated measures design to test protective factors against violence in and after discharge from forensic facilities // *Psychiatry Res.* – 2023. – Vol. 320. – P. 115017. – doi: 10.1016/j.psychres.2022.115017.

11. *Doyle M., Coid J., Ullrich S., Shaw J.* Assessing protective factors to prevent post-discharge violent behaviour: Towards an assets-based approach for clinical risk management // *J. Psychiatr. Res.* – 2021. – Vol. 143. – P. 416-421. – doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.10.010.

12. *Harris M.N., Teasdale B.* The Prediction of Repeated Violence Among Individuals with Serious Mental Disorders: Situational Versus Dispositional Factors // *J. Interpers Violence.* – 2021. – N 36(1-2). – P. 691-721. – doi: 10.1177/0886260517730023.

Сведения об авторах

Петрунько Ольга Вячеславовна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (664049, г. Иркутск, м-н Юбилейный, д. 100; e-mail: petrounko@mail.ru)

Тарасенко Татьяна Владимировна – заведующая отделением ОГКУЗ Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1 (664059, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 11«А»; e-mail: twtar@yandex.ru)

Васильковская Ольга Александровна – ординатор кафедры психиатрии и наркологии, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (664049, г. Иркутск, м-н Юбилейный, д. 100; e-mail: vasilkovskaya9998@gmail.com)

Кузнецова Ирина Александровна – врач-психиатр, ОГКУЗ Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1 (664059, г. Иркутск, микрорайон Юбилейный, 11«А»).

Задарновская Галина Леонидовна – врач-психиатр, ОГКУЗ Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1 (664059, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 11«А»; e-mail: gzadarnovskaya@gmail.com)

Швецова Анастасия Викторовна – заведующая отделением ОГКУЗ Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1 (664059, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 11«А»; e-mail: shvetsovairkutsk@mail.ru)

**О.В. ПЕТРУНЬКО ¹, Е.А. ШАМАНСКАЯ ², С.В. ДИАНОВА ²,
О.А. ВАСИЛЬКОВСКАЯ ¹**

**КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ,
СОВЕРШИВШИХ УБИЙСТВО СВОИХ ДЕТЕЙ
И НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ
ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ**

¹ Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО
«Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования» Минздрава России, г. Иркутск

² ОГКУЗ Иркутская областная клиническая психиатрическая
больница № 1, г. Иркутск

**O.V. PETRUNKO ¹, E.A. SHAMANSKAYA ², S.V. DIANOVA ²,
O.A. VASILKOVSKAJA ¹**

**CLINICAL AND DEMOGRAPHIC FEATURES OF WOMEN
WITH MENTAL DISORDERS WHO HAVE COMMITTED
THE MURDER OF THEIR CHILDREN AND ARE UNDER INPATIENT
COMPULSORY TREATMENT**

¹ Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus
of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Irkutsk

² Irkutsk Regional Clinical Psychiatric Hospital N 1, Irkutsk

Актуальность

В настоящее время проблема убийства детей становится все более актуальной во всем мире [1, 2, 8, 10, 11].

При квалификации данного вида общественно опасного деяния выделяют несколько определений. Убийство ребенка (filicide) – это убийство матерью своего ребенка старше одного года. При детоубийстве (infanticide) матерью совершается убийство своего ребенка в возрасте до 12 месяцев. Убийство новорожденного ребенка (neonaticide) – это убийство матерью ребенка во время родов и в течение 24 часов после них [2].

В России ответственность за убийство детей предусмотрена несколькими статьями Уголовного кодекса РФ: пункт «в» ч. 2

ст. 105 УК РФ устанавливает ответственность за убийство малолетнего в рамках квалифицированного состава преступления; ст. 106 УК РФ – убийство матерью новорожденного ребенка в рамках привилегированного состава преступления.

Зарубежными исследователями отмечалось, что у женщин, убивших своих детей старше одного дня жизни, по сравнению с матерями, убившими новорожденных, чаще встречались психотические расстройства, суицидальные попытки [3–7], а также предыдущие госпитализации в психиатрические стационары [9].

Отечественными авторами при анализе клинических и социальных факторов риска совершения криминальных агрессивных действий женщин, направленных на своих детей, показано криминогенное значение высокого уровня психотических расстройств у женщин, когда общественно опасные деяния совершаются по психопатологическим механизмам. Реализации агрессивных действий способствуют факторы социального неблагополучия женщин, конфликты в семье и антисоциальное микросредовое окружение [2].

Цель исследования

Анализ клинико-демографических особенностей женщин с психическими расстройствами, совершивших убийство своих детей, в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего и специализированного типа в областном государственном казенном учреждении здравоохранения Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1 (ОГКУЗ ИОКПБ № 1).

Материал и методы исследования

В исследование включены 11 женщин (возраст от 19 до 37 лет) с психическими расстройствами, совершивших убийство своих детей, которым судом назначены принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего и специализированного типа в ОГКУЗ ИОКПБ № 1.

Отбор больных проводился методом сплошной выборки за период 2012–2024 гг. в соответствии с критериями включения: женский пол, верифицированный диагноз психического расстройства (на основании критериев МКБ-10, класс F00–F99 Психические расстройства и расстройства поведения), совершенное общественно опасное деяние (ООД), предусмотренное п. «в» ч. 2 ст. 105 УК РФ, применение принудительных мер медицинского характера.

В качестве основных методов исследования в работе использованы клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-статистический и криминологический анализ.

Статистическая обработка материала проводилась с применением программы StatSoftStatistica 6.

Результаты и их обсуждение

Анализ социально-демографических показателей пациенток с психическими расстройствами, совершивших убийство своих детей, в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего и специализированного типа в ОГКУЗ ИОКПБ № 1, приведен в таблице 1. Среди обследованных пациенток преобладали лица в возрасте 30–37 лет – 63,6 %, городские жители – 81,8 %, лица с преимущественно высоким образовательным уровнем – высшее образование у 54,5 %, состоящие в зарегистрированном браке – 45,4 %, имевшие 1–2 детей – 63,6 %.

Диагностическая оценка психических расстройств в соответствии с критериями МКБ-10 у пациенток, совершивших убийство своих детей, в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего и специализированного типа в ОГКУЗ ИОКПБ № 1, представлена в таблице 2.

Таблица 1

Социально-демографические показатели пациенток, совершивших убийство своих детей, в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего и специализированного типа в ОГКУЗ ИОКПБ № 1

Факторы	n = 11	
	абс.	%
Возраст до 20 лет	1	9,1
Возраст 20–29 лет	3	27,3
Возраст 30–37 лет	7	63,6
Городской житель	9	81,8
Сельский житель	2	18,2
Неполное среднее образование	1	9,1
Образование меньше 8 классов	1	9,1
Средне-специальное образование	3	27,3
Высшее образование	6	54,5
Обучение по коррекционной программе	1	9,1
В зарегистрированном браке	5	45,4
В гражданском браке	2	18,2
В браке не состоит	2	18,2
В разводе	2	18,2
Наличие 1–2 детей	7	63,6
Наличие 3–4 детей	4	36,4

Таблица 2

Диагноз по МКБ-10 пациенток, совершивших убийство своих детей, в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего и специализированного типа в ОГКУЗ ИОКПБ № 1

Диагноз	n = 11	
	абс.	%
Органическое расстройство личности (F07)	1	9,1
Шизофрения и расстройства шизофренического спектра (F20–28), в том числе	10	90,9

У подавляющего большинства (90,9 %) женщин диагностирована шизофрения и расстройства шизофренического спектра (F20–28), в единичном наблюдении (9,1 %) – органическое расстройство личности (F07).

Анализ наследственных, экзогенных и психогенных факторов у женщин с психическими расстройствами, совершивших убийство своих детей, в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего и специализированного типа в ОГКУЗ ИОКПБ № 1, отражен в таблице 3.

Таблица 3

Наследственные, экзогенные и психогенные факторы у пациенток, совершивших убийство своих детей, в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего и специализированного типа в ОГКУЗ ИОКПБ № 1

Факторы	n = 11	
	абс.	%
Наследственная отягощенность психическими заболеваниями среди родственников первой степени родства	6	54,5
Поведенческие нарушения в пубертатном возрасте	2	18,2
Воспитание в дисфункциональной семье	9	81,8
Жертва физического или сексуального насилия в детстве	2	18,2
ЧМТ в анамнезе	4	36,4
Перинатальная патология	2	18,2
Нейроинфекции в анамнезе	1	9,1

У женщин с психическими расстройствами, совершивших убийство своих детей, в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего и специализированного типа в ОГКУЗ ИОКПБ № 1, в 54,5 % регистрировалась наследственная отягощенность психическими заболеваниями среди родственников первой

степени родства, в 18,2 % – наличие поведенческих нарушений в пубертатном возрасте, в 81,8 % – воспитание в дисфункциональной семье, в 18,2 % – были жертвами физического или сексуального насилия в детстве.

Среди экзогенных факторов у исследованной группы лиц отмечены: перинатальная патология (18,2 %), перенесенные черепно-мозговые травмы (ЧМТ) (36,4 %), нейроинфекции в анамнезе (9,1 %).

Данные по употреблению алкоголя и психоактивных веществ пациентками с психическими расстройствами, совершившими убийство своих детей, в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего и специализированного типа в ОГКУЗ ИОКПБ № 1, представлены в таблице 4.

Таблица 4

Употребление алкоголя и психоактивных веществ пациентками, совершившими убийство своих детей, в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего и специализированного типа в ОГКУЗ ИОКПБ № 1

Употребление алкоголя и ПАВ	n = 11	
	абс.	%
Злоупотребление алкоголем	3	27,3
Употребление наркотиков	0	0
Токсикомания	1	9,1
Совершение ООД в состоянии алкогольного опьянения	1	9,1

У обследованных женщин в 27,3 % зарегистрировано злоупотребление алкоголем, в единичном наблюдении (9,1 %) – токсикомания в анамнезе. Случаев употребления других психоактивных веществ не отмечено. Одна пациентка (9,1 %) совершила убийство ребенка в состоянии алкогольного опьянения.

Коморбидная соматическая и неврологическая патология у пациенток с психическими расстройствами, совершивших убийство своих детей, в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в стационарных

условиях общего и специализированного типа в ОГКУЗ ИОКПБ № 1, отражена в таблице 5.

Таблица 5

Коморбидная соматическая и неврологическая патология у пациенток, совершивших убийства своих детей, в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего и специализированного типа в ОГКУЗ ИОКПБ № 1

Соматическая и неврологическая патология	n = 11	
	абс.	%
Энцефалопатия различного генеза	7	63,6
Эпилепсия	1	9,1
Гепатит С	2	18,2
Хронический пиелонефрит	3	27,3
Алиментарная гипотрофия	2	18,2

Среди обследованного контингента женщин выявлена коморбидность с неврологической и соматической патологией: энцефалопатия различного генеза (63,6 %), эпилепсия (9,1 %), хронический пиелонефрит (27,3 %), гепатит С и алиментарная гипотрофия по 18,2 % случаев.

Анализ анамнестических данных показал, что 54,5 % обследованных пациенток до совершения убийства ребенка обращались за помощью к психиатру и принимали лечение. Не было обращений к психиатру до совершения ООД в 45,5 % наблюдений, из них наличие болезненных психических проявлений в течение 1–2 лет выявлено у 3 пациентов.

Особенности совершения ООД у пациенток с психическими расстройствами, совершивших убийства своих детей, в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего и специализированного типа в ОГКУЗ ИОКПБ № 1, представлены в таблице 6.

Таблица 6

Особенности совершения ООД у пациенток, совершивших убийства своих детей, в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего и специализированного типа в ОГКУЗ ИОКПБ № 1

Особенности совершения ООД	n = 11	
	абс.	%
Психотическое состояние	8	72,7
«Расширенный суицид» на фоне психотической симптоматики	2	18,2
«Расширенный суицид» на фоне депрессивной симптоматики	1	9,1

Подавляющее большинство (72,7 %) женщин совершили ООД в психотическом состоянии, когда мотивацией являлись бредовые идеи и императивные галлюцинаторные проявления. В 27,3 % убийство ребенка женщинами было совершено в рамках «расширенного суицида», когда после совершения ООД пациентками была предпринята суицидальная попытка, причем у 2 женщин на фоне психотической симптоматики, в одном наблюдении – на фоне депрессивной симптоматики.

Никто из пациенток до совершения ООД не привлекался к уголовной ответственности.

Заключение

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что среди пациенток с психическими расстройствами, совершивших убийство своих детей, в отношении которых осуществлялись принудительные меры медицинского характера в стационарных условиях общего и специализированного типа в ОГКУЗ ИОКПБ № 1, преобладали лица в возрасте 30–37 лет, проживающие до совершения ООД в городской местности, с преимущественно высоким образовательным уровнем, состоящие в зарегистрированном или гражданском браке. У женщин, совершивших убийства своих детей, отмечался высокий уровень

психопатологически отягощенной наследственности среди родственников первой степени родства и воспитание в дисфункциональной семье.

Подавляющее большинство женщин имело диагноз шизофрении или расстройства шизофренического спектра по МКБ-10, совершали ООД в психотическом состоянии, зарегистрирована значительная частота оказания им психиатрической помощи до совершения ООД. Указанные особенности ранее отмечались и другими авторами [2, 8, 11].

Полученные данные позволяют более дифференцированно проводить профилактику совершения женщинами с психическими расстройствами убийства своих детей, что требует своевременной диагностики и адекватной терапии психического заболевания с соблюдением преемственности между амбулаторным и стационарным звеном оказания психиатрической помощи.

Литература

1. Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А., Ромасенко Л.В. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами. – М.: Медицина, 2003. – 246 с.
2. Качаева М.А., Русина В.В., Сатъянова Л.С. Особенности судебно-психиатрической оценки психического состояния женщин, совершивших убийства своих детей (часть 1) // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 6. – С. 19–23.
3. Bourget D., Labelle A. Homicide, infanticide, and filicide // Psychiatr. Clin. North Am. – 1992. – Vol. 15. – P. 661–673.
4. Brockington I. Suicide and filicide in postpartum psychosis // Arch. Womens Ment. Health. – 2017. – Vol. 20(1). – P. 63–69.
5. Cheung P.T.K. Maternal filicide in Hong Kong // Med. Sci. Law. – 1986. – Vol. 26. – P. 185–192.
6. D'Orban P.T. Women who kill their children // Br. J. Psychiatry. – 1979. – Vol. 134. – P. 560–571.
7. Haapasalo J., Petaya S. Mothers who killed or attempted to kill their child: Life circumstances, child abuse, and types of killing // Violence Vict. – 1999. – Vol. 14, N 3. – P. 219–239.

8. *Milia G., Noonan M.* Experiences and perspectives of women who have committed neonaticide, infanticide and filicide: A systematic review and qualitative evidence synthesis // *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* – 2022. – Dec; N 29(6). – P. 813–828.

9. *Pitt S.E., Bale E.M.* Neonaticide, infanticide, and filicide: a review of the literature // *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 1995. – Vol. 3. – P. 375–386.

10. *Putkonen H., Amon S., Almiron M.P., Cederwall J.Y. et al.* Filicide in Austria and Finland—a register-based study on all filicide cases in Austria and Finland 1995–2005 // *BMC Psychiatry.* – 2009. – Nov. Vol. 21, N 9. – P. 74.

11. *Tang D., Siu B.* Maternal Infanticide and Filicide in a Psychiatric Custodial Institution in Hong Kong // *East Asian Arch. Psychiatry.* – 2018. – Vol. 28(4). – P. 139–143.

Сведения об авторах

Петрунько Ольга Вячеславовна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (664049, г. Иркутск, м-н Юбилейный, д. 100; e-mail: petrounko@mail.ru)

Шаманская Елена Александровна – заведующая отделением ОГКУЗ Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1 (664059, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 11«А»)

Дианова Светлана Владимировна – заведующая отделением, ОГКУЗ Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1 (664059, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 11«А»; e-mail: Dianovasvetlana@bk.ru)

Васильковская Ольга Александровна – ординатор кафедры психиатрии и наркологии, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (664049, г. Иркутск, м-н Юбилейный, д. 100; e-mail: vasilkovskaya9998@gmail.com)

Т.В. РАЕВА¹, Б.Б. БАЛБАРОВ¹, А.А. МИРОНОВ²

СУИЦИДЫ У ПОЖИЛЫХ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

1 ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ, кафедра психиатрии и наркологии,
г. Тюмень

2 ГБУЗ ТО «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы»,
г. Тюмень

T.V. RAEVA¹, B.B. BALBAROV¹, A.A. MIRONOV²

SUICIDES IN THE ELDERLY DURING THE COVID-19 PANDEMIC

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
“Tyumen State Medical University” of the Ministry of Healthcare
of the Russian Federation, Department of Psychiatry and Narcology, Tyumen

² State budgetary healthcare institution of the Tyumen region
“Regional Bureau of Forensic Medicine”, Tyumen

Среди разделов частной суицидологии фокус внимания исследователей как правило сосредоточен на суицидальном поведении несовершеннолетних, тогда как суицидам в пожилом возрасте уделяется гораздо меньше внимания. Хотя сам поздний возраст считается важным фактором риска завершеного суицида (Зинчук М.С. и др., 2018), опасность которого достигает максимума в 85–90 лет (Shah A., 2008). Важную роль в этом играют широко распространенные в нашем обществе проявления эйд-жизма, часто в семьях, где произошел суицид у пожилого человека это становится закрытой, строго табуированной темой.

Демографические исследования последних десятилетий показывают, что лица возрасте от 60 лет и старше являются самой быстро растущей группой, которая суммарно составляет около 13 % жителей планеты, прогнозируют, что к 2050 году на данный возрастной контингент будет приходиться 1/4 населения большинства стран, что делает изучение суицидального поведения в данной возрастной группе весьма актуальной проблемой.

Цель исследования

Изучение распространенности завершенных суицидов у жителей пожилого и старческого возраста города Тюмени за последние 5 лет, их особенностей в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы исследования

Изучены данные экспертиз завершенных суицидов бюро судебно-медицинских экспертиз с 2019–2023 года в разрезе возраста, пола, место жительства (город, сельская местность), времени года, присутствия алкоголя, которые соотносились с данными Федеральной статистики (rosstat.gov.ru), а также ведомственной статистики ГАУ ТО «МИАЦ».

Полученные результаты

Анализ завершенных суицидов лиц, проживающих в городе Тюмени за период с 2019–2023 года в разных возрастных группах показал, что в возрасте старше 60 лет суициды отмечались в среднем в 3 раза реже, чем у людей молодого возраста. Соотношение мужчин и женщин за период наблюдения сохранялось в среднем 6 : 1, в группе молодых людей эта закономерность отмечалась в период всего наблюдения. Важно отметить, что в этом отношении выделяются два года – 2020 год, когда соотношение суицидов у пожилых мужчин и женщин увеличилось, достигало соотношения 2 : 1, и 2022 год, когда как у мужчин, так и у женщин пожилого возраста одинаково часто отмечались завершенные суициды, однако в группе молодого возраста таких изменений не выявлено.

Таким образом, анализ экспертиз завершенных суицидов бюро судебно-медицинских экспертиз выявил, что значительно увеличилось количество завершенных суицидов у женщин пожилого возраста в 2020, 2022 и 2023 годах. Считается, что женщины более устойчивы к воздействию стрессовых и других неблагоприятных факторов, мужчины чаще женщин совершают завершенные суициды (Положий Б.С., 2019). Научные работы чаще показывают закономерности, характерные для мужского суицида, тогда как особенности суицидов у женщин как бы «растворяются» в этих данных. В литературе связывают суициды в этом возрасте с бедностью, одиночеством, социальной изоляцией, а также высоким риском летального исхода при суицидальных попытках. Чувство беспомощности, хронические заболевания, особенно с выраженным болевым синдромом, депрессия, импульсивность, когнитивное снижение существенно увеличи-

вают риски суицидального поведения у пожилых (Любов Е.Б. с соавт., 2017). Считается, что статистические показатели частоты самоубийств у пожилых намного ниже реальных цифр, так как не включают в себя отказ от еды, намеренное несоблюдение предписаний врача и т.п.

Нередко суицидальное поведение сопровождается употреблением алкоголя, в группе молодых людей при вскрытии алкоголь определялся в среднем у половины суицидентов, что не имело достоверных различий за весь период наблюдения. У пожилых людей суицидальное поведение сочеталось с употреблением алкоголя в среднем в два раза реже, чем у молодых, за исключением 2022–2023 годов, когда алкоголь стал определяться у суицидентов пожилого и старческого возрастов в 1,5–2 раза чаще, чем в другие года. Алкоголь является фактором, который может существенно брутализировать характер суицидальных действий.

Суициды в 2019 году совершались примерно с одинаковой частотой в различные периоды года (зима, весна, лето и осень), несколько чаще в летний и осенний периоды как в группе молодых, так и у пожилых суицидентов, не имели статистических различий. В 2020 году почти в 4 раза чаще пожилые выбирали для суицида осеннее время года, что выше, чем у молодых в 3,5 раза, в 2021 году уровень суицидальной активности в группе пожилых уменьшился в 5 раз, половина всех суицидов была совершена ими летом. Такой динамики в группе молодых людей погибших из-за суицида не выявлено. В 2022 году суициды у пожилых отмечались преимущественно летом, тогда как у молодых – зимой, а в 2023 году – у пожилых почти половина суицидов пришлось на весеннее время года. Одним из важных факторов, который мог внести значительный вклад в увеличение суицидов в пожилом возрасте, можно предположить влияние COVID-19. В марте 2020 года ВОЗ объявила, что вспышка COVID-19 приобрела характер пандемии и только 5 мая 2023 года был отменен статус «чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение». В этот период выявлено стремительное повышение уровня тревоги, беспокойства, страха, дебютировали такие со-

стояния как панические атаки, расстройства адаптации, депрессии (Шматова Ю.Е., 2021), данные о суицидальном поведении носят весьма противоречивый характер. Существуют 2 пика увеличения числа суицидов после глобальных кризисов, эпидемий и катастроф (сезонные – весна и осень, и отставленные – примерно через 3 и 6 месяцев от кризисного события) (Ghaemi N., 2019). Эти данные согласуются с нашими наблюдениями, при наложении «пика» зафиксированных случаев заражения новой коронавирусной инфекцией на периоды повышения количества завершенных суицидов у пожилых. Можно предположить, что в развитии суицидального поведения у пожилых женщин наряду с социально-психологическими факторами существенное влияние оказали различные негативные факторы, связанных с COVID-19, среди которых особое место занимает нейровоспаление.

В последнем исследовании мозга погибших в результате суицида (Brundin L., 2021), выявлены повышены экспрессия и положительная эпигенетическая регуляция генов, связанных с воспалением, по сравнению с умершими от других причин, была значительно снижена экспрессия гена NPAS4 – одного из ключевых транскрипционных регуляторов нейровоспаления, нейропротекции и нейропластичности, а также митохондриального MTRNR1, принимающего участие в метаболическом гомеостазе. Ключевым регулятором всех этих процессов с высокой вероятностью может выступать NPAS4, который заслуживает дальнейшего изучения как потенциальный биомаркер суицидального поведения и мишень для терапии.

Заключение

Изучение распространенности завершенных суицидов у жителей пожилого и старческого возраста города Тюмени за последние 5 лет выявило значительное их повышение, особенно периодом пандемии COVID-19 у женщин, где ведущим фактором в его развитии могло быть нейровоспаление. Роль нейровоспаления в развитии суицидального поведения требует дальнейшего углубленного исследования.

Сведения об авторах

Раева Татьяна Викторовна – д.м.н., профессор, зав.кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России (625025, г. Тюмень, ул. Одесская, д.54; e-mail: Raevatatyana@rambler.ru)

Балбаров Биликто Баирович – ординатор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России (625025, г. Тюмень, ул. Одесская, д.54; e-mail: mr.balbarov@mail.ru)

Мионов Антон Александрович – заместитель начальника по экспертной работе ГБУЗ ТО «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы (625032, г. Тюмень, ул. Юрия Семовских, д. 14; e-mail: sudmed@tobsme72.ru)

**В.А. Розанов^{1,2}, Д.А. Лаская¹, Ю.В. Батлук¹, Е.Л. Красько¹,
А.В. Шаболтас¹**

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ:
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕВЕНЦИИ
В РОССИИ**

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
г. Санкт-Петербург

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург

**V.A. ROZANOV^{1,2}, D.A. LASKAJA¹, YU.V. BATLUK¹, E.L. KRAS'KO¹,
A.V. SHABOLTAS¹**

**SUICIDAL BEHAVIOR AMONG UNIVERSITY UNDERGRADUATES:
SOME PATTERNS AND PREVENTION PERSPECTIVES IN RUSSIA**

¹ Saint-Petersburg State University, St. Petersburg

² National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology
named after V.M. Bekhterev, St. Petersburg

Обоснование

Студенты высших учебных заведений (далее вузов) как отдельная группа молодежи неоднократно становились целевыми участниками исследований с точки зрения их суицидального поведения. Однако, как правило, это касалось различных про-

явлений нефатальной суицидальности (суицидальные мысли, намерения, попытки), которые можно получить по результатам анализа субъективного опыта на основе опросов, и в гораздо меньшей степени – завершенных суицидов. Сведения такого рода из официальной статистики не поступают, поскольку при учете фактов суицидов в разных группах населения используется возрастная градация с интервалом 5 лет, не отражающая принадлежности к школьникам или студентам. При этом мы имеем довольно много информации о завершенных суицидах среди несовершеннолетних в возрасте до 18 лет, поскольку эта категория является предметом пристального внимания со стороны разных ведомств. Как результат, статистика по самоубийствам среди детей и подростков хорошо отражена в различных отчетах комиссий по делам несовершеннолетних и в сообщениях детских омбудсменов, а подобная информация о возрастной группе студентов вузов полностью отсутствует в официальных отчетах и заключениях специалистов. При этом, очевидно, что через очень небольшой промежуток времени категория вчерашних школьников становится студентами вузов, и в этом качестве «выпадает» из сферы столь внимательного отношения к ним, при том, что смертность от суицидов среди них по мере взросления нарастает.

Цель исследования

Представить краткий анализ проблемы суицидального поведения студентов вузов (включая собственные исследования) с позиций наблюдаемых особенностей, мотивов, преобладающих паттернов и т.д., и на основании изложенного обсудить наиболее перспективные направления превенции завершенных суицидов среди этого контингента, в том числе на уровне вузов.

Методы

Качественный нарративный обзор отечественных и зарубежных публикаций и работ по проблеме суицида в студенческой среде на основе ограниченного набора информационных источников.

Результаты

При подборе публикаций для проведения анализа мы опирались на следующие фактические основания. Суицидальный риск в студенческой среде тесно ассоциирован с потреблением психоактивных веществ и различными нарушениями психического здоровья, а также связан с особенностями стресса, переживаемого студентами [6, 9]. В тех случаях, когда целенаправленно ведется учет смертности от суицидов среди студентов вузов и колледжей, вырисовывается довольно тревожная картина. Так, в США за 10 лет в конце прошлого столетия в 12 ведущих высших учебных заведениях Северо-Запада страны был зарегистрирован 261 случай, из них 46 % принадлежали лицам в возрасте 20–24 года, подавляющая часть погибших (70 %) – студенты, еще не завершившие обучение, остальные 30 % – аспиранты [12]. В Великобритании за период с 2008 по 2017 г. покончили с собой 1330 учащихся вузов, из них 1109 (83 %) студентов и 221 (17 %) – аспирант [8].

С 2020 г. в рамках исследовательской работы нами ведется постоянный мониторинг случаев суицидов среди студентов и аспирантов вузов России по данным веб-порталов и сетевых СМИ [5]. Анализировались открытые публикации о ранее случившихся смертельных исходах (за период с 2015 по 2021 г.). В настоящее время мониторинг продолжается. Описание первых 188 случаев, выявленных за период с 2015 по 2021 г. и их анализ с суицидологических позиций, привел к следующим предварительным выводам. Суициды среди студентов вузов – это достаточно устойчивый социологический феномен (в среднем число случаев в год составляет 29,00 при стандартном отклонении $\sigma = 5,07$, колебания в пределах от 21 до 39 случаев). В общей статистике преобладают случаи суицидов студентов мужского пола (75,5 %), что формирует соотношение между юношами и девушками в пределах 3:1. Это соотношение близко к таковому в урбанизированных регионах РФ. Анализ с учетом половозрастных соотношений показал, что наиболее уязвимыми являются студенты в возрасте 18–20 лет. Иными словами, большинство суицидов совершается студентами на 1–3 курсе обучения. Причем, если среди девушек больше

всего случаев происходит в возрастном диапазоне 18–22 года (период острых романтических отношений), то среди юношей случаи широко представлены и в более ранний период (17 лет) и после 24 лет, что может говорить о наличии большего спектра причин к суициду, включая, например, крах жизненных надежд, карьерные или финансовые сложности, проблемы с законом или обострение психических расстройств.

Важным, на наш взгляд, наблюдением является также то, что студенческие суициды «демонстрируют» своеобразную сезонную динамику, отличную от наблюдаемой в общей популяции. В частности, выявляются три пика в количестве случаев завершённых суицидов: в декабре–январе, после чего следует спад до апреля, в мае опять замечен резкий подъём, после чего вновь следует резкое снижение с минимумом в августе, вслед за которым начинается осенний рост случаев с максимумом в октябре. Такой паттерн сильно отличается от обычных проявлений сезонности суицидов в общей популяции в средней географической полосе (минимальные показатели в зимние месяцы, постепенный подъём к середине лета, некоторое снижение в сентябре, изредка подъём в октябре и вновь снижение к концу года) [3, 10]. При этом, если в целом для всего населения, судя по многим признакам, такая сезонность связана с геоклиматическими факторами, то в отношении студентов явно просматривается связь с академическими ситуациями (сессия, экзамены, начало нового учебного года). Необходимо также отметить, что по данным проведенного нами анализа, самоубийства чаще происходят в крупных федеральных высших учебных заведениях.

По результатам продолжающегося мониторинга в настоящее время мы можем представить динамику случаев суицидов среди студентов за последние 9 лет (рис. 1).

Из рисунка 1 следует, что наибольшее число случаев наблюдалось в 2021 г., т.е. на втором году пандемии, когда практически все образование было переведено на дистант. После этого наметилось снижение числа случаев, которое продолжается уже два года.

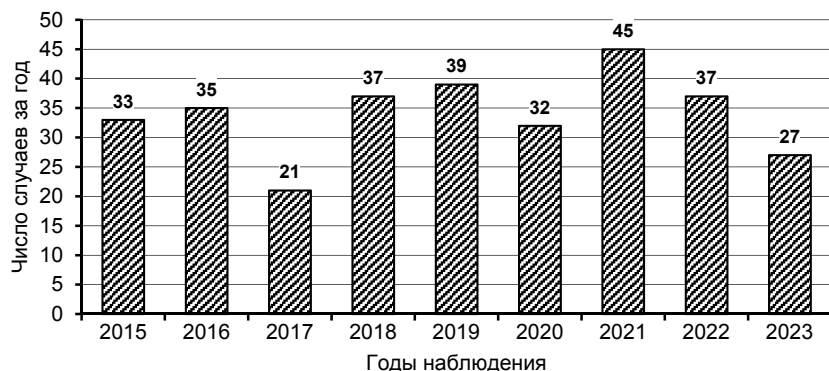


Рис. 1. Случаи суицидов среди студентов вузов в России за последние 9 лет (по данным сообщений в сетевых СМИ).

Следует отметить, что по данным различных психологических и социологических исследований, студенты как целевая группа испытывают довольно выраженный хронический стресс, который в период пандемии усилился, что, возможно, привело к увеличению числа случаев на втором году пандемии. При этом у студентов при сравнении с общей популяцией в целом чаще выявляются симптомы дистресса, депрессии и тревоги, что указывает на наличие детерминирующих факторов, специфичных для студенческой среды [11]. Среди них в первую очередь выделяется академический стресс, обусловленный факторами учебного процесса [1]. В то же время, необходимо учитывать более широкий круг проблем, с которыми сталкивается студенческая молодежь. Сюда можно отнести стрессоры личного характера (здоровье, интимная жизнь, взаимоотношения с семьей, проблемы с кем-то из ближайшего окружения), а также многочисленные стрессоры, связанные с окружающей средой (организация быта и питания, финансы, свободное время и рекреация, режим сна, транспортная проблема и т.д.) [9]. Анализ сетевых сообщений о произошедших самоубийствах также выявил, что во многих описаниях звучит такой мотив, как «не справился», «не оправдал ожиданий семьи», т.е. мотив «провала и крушения амбициозных планов». Вполне возможно, что академическая ситуация является лишь непосредственным

стрессором, в то время как основная проблема многих ушедших из жизни студентов коренится в завышенных ожиданиях, «заложенных» родителями, и в стремлении «соответствовать ожиданиям», при одновременном наличии сложностей в коммуникации со значимыми близкими людьми.

Проведенный нами анализ информации о завершенных суицидах среди студентов позволяет выделить три основные проблемные сферы, которые наиболее вероятно являются источниками тяжелого стресса и антивитаальных переживаний, а именно: 1) ситуация в университете / институте; 2) здоровье и личная жизнь; 3) родители и окружающая среда. Эти сферы и связанные с ними переживания занимают большую часть жалоб и фрустраций, о которых сообщают студенты при опросах, при этом 12–20 % студентов (в зависимости от вуза и его локации в мегаполисе или в региональном центре) отмечают, что постоянно испытывают повышенный стресс, а 25–55 % сообщают, что нуждаются в психологической помощи [4]. При этом в вузах в настоящее время недостаточно представлены или полностью отсутствуют научно-обоснованные программы индивидуального сопровождения, кризисной интервенции и суицидальной превенции, которые бы учитывали эту специфику психологической и ситуационной проблематики студентов, кризисы у которых имеют выраженную эмоциональную окраску [2]. В большинстве случаев (обычно в крупных университетах, где есть факультеты психологии) имеются локальные ресурсы и возможности психологической и социальной поддержки, которые, тем не менее, не способны охватить весь контингент обучающихся, нуждающихся в превентивном сопровождении, так как, в основном они «включаются» уже в случаях явно выраженных проблем.

Исходя из этих предпосылок в настоящее время нами проводится исследование с целью разработки и обоснования инновационных подходов к превенции суицидального поведения среди студентов на основе изучения основных путей преодоления кризисных ситуаций, распространенных среди современной студенческой молодежи. Мы исходим из того, что несмотря на обилие информации о причинах и факторах риска суицида,

в современной суицидологии наблюдается недостаток знаний о специфике протективных или антисуицидальных факторов и поведенческих детерминант преодоления кризисов. Даже в условиях растущего числа психологических служб в вузах эффективность превенции суицидального поведения остается недостаточной, о чем свидетельствует не снижающийся уровень суицидов среди студентов. Большинство программ превенции для молодежи ориентированы на информирование и развитие навыков обращения за помощью, формат программ превенции в основном дидактический и информирующий. Такой формат недостаточно учитывает ситуационные факторы, специфику конкретной образовательной среды, индивидуальные особенности молодых людей и сложности психологических переживаний в период взросления и становления личности, поскольку сфокусирован на факторах риска и сдерживании общих негативных тенденций. Эти недостатки можно преодолеть, сместив фокус программ на специфические протективные и позитивные факторы и включив в систему психологической поддержки конкретный опыт молодых людей, переживших суицидальный кризис и нашедших в себе силы и ресурсы преодоления.

Изучение детерминации суицидального поведения, основанное лишь на риск-ориентированной методологии и изучении косвенных обстоятельств гибели молодых людей постфактум, не позволяет в полной мере понять индивидуальные обстоятельства эмоционального кризиса, возникновения суицидальных намерений и реализации суицидального поведения и, следовательно, не позволяет выстроить индивидуализированную профилактическую работу. На наш взгляд, перспективным представляется сфокусироваться на индивидуальной специфике протективных факторов и жизнесохраняющих мотивов. Этот подход лежит в основе программ, построенных по принципу «равный – равному», в которых консультанты обращают внимание не столько на идентификацию факторов риска, сколько на поиск антисуицидальных мотивов, присущих современной студенческой молодежи. Широкое освещение подобных нарративов и жизнесберегающих мотивов в их смысловой и информацион-

ной среде мог бы оказать поддержку тем, кто в данный момент находится в кризисной ситуации. Определенные наработки в поиске актуальных для современной молодежи нарративов антикризисного и антисуицидального характера уже имеются в зарубежной литературе [13] могут найти свое дальнейшее развитие в России.

Заключение

Проблема суицида среди студентов требует дополнительного внимания со стороны системы высшего образования, руководства высших учебных заведений, специалистов – психологов и педагогов, и всей системы психосоциальной помощи. Мы полагаем, что назрела необходимость разработки новых подходов, основанных на выявлении и более широком использовании жизнесохраняющих мотивов. Для реализации данной цели перспективным представляется проведение глубинных интервью со студентами в процессе их психологического консультирования, а также обсуждение данной проблематики в фокус-группах с участием психологов-консультантов. Наработки по антисуицидальному нарративу находятся в самом начале своего развития и обсуждения в научной литературе. Существует острая необходимость научных исследований в российских условиях с использованием нарративной методологии, которая бы позволила выявить наиболее актуальные антисуицидальные факторы, присущие современной вузовской молодежи. Это открывает перспективы их практического применения с целью суицидальной превенции. Одним из практических продолжений, вытекающих из подобных исследований, может стать разработка превентивных вмешательств, включающих долгосрочное поддерживающее сопровождение обучающихся, преодолевающих кризисные ситуации, в частности поддержание контактов после консультирования, формулирование личных планов безопасности и использование приложений для превенции.

Финансирование

Данная работа реализована в рамках проекта РНФ № 24-28-00713.

Литература

1. *Артюхова Т.Ю., Петрова Т.И., Бенькова О.А.* Учебная деятельность как фактор возникновения стресса у студентов // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. – 2020. – Т. 52(2). – doi: 10.25146/1995-0861-2020-52-2-208.
2. *Курусъ И.А.* Содержание переживания кризисных ситуаций у студентов первого курса // Вектор науки ТГУ. Серия: Педагогика, психология. – 2016. – Т. 1(24). – С. 87–91.
3. *Розанов В.А., Григорьев П.Е., Сумароков Ю.А., Шелыгин К.В. и др.* Анализ сезонных колебаний завершенных суицидов в Архангельской области в связи с геоклиматическими факторами // Суицидология. – 2019. – Т. 10(2). – С. 82–91.
4. *Розанов В.А., Лаская Д.А., Радионов Д.С., Руженкова В.В.* Психосоциальный стресс, испытываемый современными студентами вузов и его последствия: фактор мегаполиса // Экология человека. – 2024. – Т. 30 (в печати).
5. *Розанов В.А., Лаская Д.А., Шаболтас А.В.* Самоубийства студентов – что мы знаем, и чего мы не знаем (результаты анализа сообщений сетевых СМИ) // Суицидология. – 2021. – Т. 12(3). – С. 39–57.
6. *Хритинин Д.Ф., Паршин А.Н., Самохин Д.В.* Ведущие факторы формирования и основные пути профилактики суицидального поведения студентов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – Т. 2(87). – С. 71–75.
7. *Чистопольская К.А., Rogers M.L., Cao E. И др.* Адаптация «Опросника суицидального нарратива» на российской выборке // Суицидология. – 2020. – Т. 11(4). – С. 76–90. – doi: 10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-76-90.
8. *Caul S.* Estimating suicide among higher education students, England and Wales: Experimental Statistics. – URL: <https://www.topuniversities.com/student-info/health-support/one-uk-student-dies-suicide-every-four-days-majority-are-male-why> [last updated April 2021].
9. *Karyotaki E, Cuijpers P, Albor Y. et al.* Sources of Stress and Their Associations with Mental Disorders among College Students: Results of the World Health Organization World Mental Health Surveys

International College Student Initiative // Front. Psychol. – 2020. – Vol. 11. – P. 1759. – doi: 10.3389/fpsyg.2020.01759.

10. *Rocchi M.B., Sisti D., Miotto P., Preti A.* Seasonality of suicide: relationship with the reason for suicide // Neuropsychobiology. – 2007. – Vol. 56 (2–3). – P. 86–92.

11. *Rotenstein L.S., Ramos M.A., Torre M. et al.* Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis // JAMA. – 2016. – Vol. 316(21). – P. 2214–2236. – doi: 10.1001/jama.2016.17324.

12. *Silverman M.M., Meyer P.M., Sloane F., Raffel M. et al.* The Big Ten Student Suicide Study: a 10-year study of suicides on midwestern university campuses // Suicide & life-threatening behavior. – 1997. – Vol. 27(3). – P. 285–303.

13. *Testoni I., Piol S., De Leo D.* Suicide Prevention: University Students' Narratives on Their Reasons for Living and for Dying // Int. J. Environ. Res. Public Health. – 2021. – Vol. 18. – P. 8029. – doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18158029>.

Сведения об авторах

Розанов Всеволод Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор факультета психологии СПбГУ (г. Санкт-Петербург, 199034, наб. Макарова, 6; e-mail: v.rozanov@spbu.ru)

Лаская Диана Андреевна – студентка факультета психологии СПбГУ (г. Санкт-Петербург, 199034, наб. Макарова, 6; e-mail: st082164@student.spbu.ru)

Батлук Юлия Викторовна – старший преподаватель кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения СПбГУ (г. Санкт-Петербург, 199034, наб. Макарова, 6; e-mail: julbut@mail.ru)

Красько Елена Леонидовна – ведущий специалист Психологической клиники СПбГУ (г. Санкт-Петербург, 199034, наб. Макарова, 6; e-mail: e.krasko@spbu.ru)

Шаболтас Алла Вадимовна – доктор психологических наук, декан факультета психологии, зав. кафедрой психологии здоровья и отклоняющегося поведения СПбГУ (г. Санкт-Петербург, 199034, наб. Макарова, 6; e-mail: a.shaboltas@spbu.ru)

Ж.Т. РУСТАМОВА

**РОЛЬ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ВОЗНИКНОВЕНИИ
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент,
Республика Узбекистан

ZH.T. RUSTAMOVA

**THE ROLE OF AFFECTIVE DISORDERS IN THE EMERGENCE
OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH EPILEPSY**

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Введение

Эпилепсия, как известно, относится к числу наиболее важных проблем, находящихся в центре внимания психиатров и неврологов. Проблема эпилепсии привлекает внимание специалистов как из-за немалой распространенности этого заболевания среди населения (0,5–1 %), так и из-за частоты неблагоприятных вариантов течения [6] и исходов болезни с необратимыми психическими расстройствами [5], ведь эта болезнь, развиваясь преимущественно в молодом возрасте, обуславливает социально-трудовую дезадаптацию больных [4], нередко приводит к инвалидности. У значительной части больных заболевание сопровождается выраженными аффективными расстройствами, проявляющимися в различных формах, которые негативно оказывают влияние на качество жизни пациента, а также ухудшают прогноз заболевания [3] и нередко ведут к возникновению суицидов. По мнению многих авторов частота суицидальных явлений значительно выше у пациентов с эпилепсией [1], чем в общей популяции и достигает 8–12 % по сравнению с 1,1–1,2 % среди населения в целом [2]. В связи с этим важно своевременное распознавание психических состояний, потенциально ведущих к суицидам [7], поскольку помогает предпринять необходимые профилактические мероприятия, скорректировать тактику ведения больного в плане лечения.

Цель исследования

Изучение аффективных расстройств как факторов риска суицидального поведения у больных эпилепсией.

Материал и методы исследования

Клинико-катамнестическим и клинико-психопатологическим методами было обследовано 65 больных (24 женщины, 41 мужчина) в возрасте от 16 до 54 лет, находившихся на стационарном лечении в Ташкентской городской клинической психиатрической больнице. Для исследования были отобраны больные, диагноз которых квалифицировался рубрикой F02.8 – Деменция в связи с эпилепсией и F07.02 – Расстройство личности в связи с эпилепсией по МКБ-10. Для определения тяжести тревожных расстройств у данного контингента больных применялась психометрическая шкала Гамильтона, позволяющая установить уровень тревоги и депрессии.

Результаты и обсуждение

В более чем в половине случаев заболевание начиналось в детском и подростковом возрастных периодах. У 35 (53,8 %) больных заболевание началось в возрасте до 11 лет, и у 10 (15,4 %) больных в возрасте от 12 до 15 лет. В возрасте от 16 лет до 21 года заболели 9 (13,8 %) больных, и было 11 (16,9 %) случаев начала болезни в возрасте 22 лет и старше. Длительность заболевания к моменту обследования варьировала от 7 до 43 лет.

В ходе исследования установлено, что в 13,8 % случаев пациенты совершали суицидальные попытки. Доля пациентов, у которых возникали суицидальные мысли, составила 18,5 % случаев.

Учащения припадков служили самым частым поводом к госпитализации на клинически развернутом этапе болезни, причем для больных были характерны крайне выраженные случаи учащения и серий припадков. Причинами таких декомпенсаций в основном служили прерывания противосудорожной терапии. Нередко терапия прерывалась произвольно, со стороны самого больного, под различными поводами. В числе последних имели место конфликты больных с близкими, которые были характерны практически для всех больных с неблагоприятным течением

эпилепсии. В конфликтной ситуации отказ от лечения принимал значение протеста. Кроме этого, произвольный отказ от лечения случался в состояниях с депрессивным фоном настроения и в дисфориях, а иногда вследствие вывода больного о бесполезности терапии и неизлечимости недуга. Кроме прерывания лечения причиной учащения припадков в ряде случаев была алкоголизация больного, неблагоприятный фон состояния соматического здоровья, переутомление, напряженный режим жизненной активности и т.п. Однако эти причины вызывали менее выраженные учащения припадков, которые в случаях госпитализации больного относительно легче поддавались терапевтической коррекции.

Изучение анамнестических данных показало, что для больных была свойственна выраженность и большой темп развития психических расстройств и изменений личности. У одних больных наблюдалось нарастание эмоциональной напряженности со вспышками аффекта и проявления дисфорий со злобностью и гневливостью. В других наблюдениях больные отличались повышенной раздражительностью и сенситивностью, проявляя крайнее нетерпение к раздражителям и ситуациям, вызывающим недовольство или внутреннее напряжение. У тех и других больных сильно выражалась вспыльчивость по незначительным поводам, неспособность к подавлению эмоций и обходу конфликтных ситуаций. Больные характеризовались склонностью к бурным реакциям, вытекающей из этого повышенной конфликтностью, драчливостью, склонностью к агрессивным и аутоагрессивным действиям, отличались застреваемостью на неприятных переживаниях, обидчивостью и мстительностью. Нарастание изменений характера способствовали выработке соответствующих поведенческих реакций и стереотипов, отвечающих эгоцентрическим потребностям больных. Усиливалась требовательность к опекунам и близким, доходящая до деспотических качеств. Нередко заискивающее и расчетливое обращение с официальными людьми, не потворствующими выходкам больных, сочеталось с безжалостным обращением с членами собственной семьи. Выдвигание ультимативных требований к близким, симуляция припадков, угрозы осознанной агрессии, демонстрация суицида, отказ от приема лекарств оказались нередкими способа-

ми защиты или реализации собственных интересов. Подростки и юноши легко приобретали качества девиантного поведения – не подчинялись родителям, беспричинно пропускали занятия, бродяжничали, нарушали требования режимов и распорядка, вовлекались в асоциальные компании, приобщались к курению, приему алкоголя и наркотиков. Взрослые больные теряли интерес к работе, переставали выполнять семейно-социальные обязанности, принимали потребительскую жизненную позицию. Постепенно утрачивая чувство дистанции и такта, становились развязными и грубыми, подверженными поступкам без надлежащего учета ситуации, что свидетельствовало об утрате умения оценивать обстановку, критически оценивать свое состояние и поведение. Вдобавок ко всему и те, и другие очень часто прерывали поддерживающую терапию. Таким образом, параллельно с интеллектуально-мнестическими расстройствами происходила психопатизация личности больного, грубо нарушая социально-трудовую адаптацию больных.

У части больных преобладал пониженный фон настроения со склонностью к депрессивным и ипохондрическим переживаниям, также отмечались периоды легкой изменчивости настроения. Астенический синдром, более выраженный у этих больных, характеризовался быстрой истощаемостью, влекущей к снижению активности, состояниям общей слабости. В характере больных обращала на себя внимание робость и неуверенность, обидчивость и мнительность. В таких случаях, дополнительным дезадаптирующим качеством больных становилась их же неблагоприятная позиция с выраженной безынициативностью и самоощаждающим поведением, со стремлением к отграничению от активного образа жизни.

Результаты применения психометрической шкалы Гамильтона, позволяющей установить уровень тревоги и депрессии среди пациентов, совершивших суицидальные попытки показали, что уровень тревоги (HARS) у 16,9 % обследуемых больных колебался от 5 до 12 баллов, что свидетельствовало о состоянии легкой тревожности, у 26,1 % больных этот показатель доходил до 25 баллов и выше, обнаруживая более выраженное тревожное состояние. Анализ оценки уровня депрессии

у больных, у которых возникали суицидальные мысли, выявило наличие легкой депрессивной симптоматики по шкале HDRS от 8 до 16 баллов в 38,5 % случаев, у 30,8 % больных этот показатель колебался от 17 до 25 баллов, обнаруживая умеренные депрессивные проявления, у 21,5 % больных уровень депрессии доходил до 30 баллов, указывая на более выраженные депрессивные расстройства. Внутри обследуемой группы показатели оценки уровня тревоги и депрессии по шкале Гамильтона у женщин оказалась выше, чем у мужчин, однако достоверность различий не обнаруживалась.

Как видно, психические особенности больных во многом обуславливались аффективными расстройствами, среди которых особенно следует выделить дисфории. Дисфории отмечались у 58 (89 %) больных этой группы. Дисфорические расстройства, также являлись предиктором развития суицида. У больных с дисфорией суицидальное поведение было отмечено в 26,1 % случаев.

Длительность заболевания на момент появления дисфорий в клинической картине заболевания широко варьировала (с 4 лет и позже), проявляясь в среднем к 10 годам течения болезни. В более чем половине случаев дисфории проявлялись в первые 10 лет заболевания (у 36), а до 15–16 лет отмечались почти у всех больных из приведенного выше числа (у 56). Следует отметить, что мы различали два типа дисфорий по длительности этого расстройства. Для всех больных были более характерны кратковременные дисфории, длительностью до нескольких часов. Они зачастую имели связь с припадками, предшествовали им или наблюдались в постприпадочном периоде, иногда их можно было рассматривать как эквиваленты припадков. Эмоциональное состояние больных изменялось стремительно, приобретая различные оттенки. Больных данной группы отличало преобладание вариантов дисфорий с угрюмо-злым фоном настроения, со склонностью к возбуждению и взрывам аффекта по незначительным поводам и без них. Придирчивость к окружающим и недовольство ими, доходившая до открытой враждебности, нередко приводили к агрессивным действиям больных по отношению к окружающим, а порой и к самому себе. Причем, с нарастанием эпилептической деменции, дисфории

приобретали крайне выраженные элементы грубости и цинизма. Интересно, что вне дисфорий у больных не появлялось чувство сожаления о содеянном, об обидах, нанесенных близким людям. Это объяснялось своеобразным пониманием справедливости, которая служила лишь интересам больных, и снижением критики к собственному состоянию и поведению.

Особое место среди аффективных расстройств занимали дисфорические состояния, которые в отличие от кратковременных дисфорий характеризовались затяжным течением. Эти расстройства продолжались несколько суток и более. Затяжные дисфорические состояния, наряду с кратковременными дисфориями, были выявлены у 30 (46 %) больных с неблагоприятным течением эпилепсии. Их возникновение имело некоторые отличия. Они чаще возникали как после генерализованных тонико-клонических припадков, так и от влияния психогенных факторов, или вовсе невозможно было полагать о наличии их связи с каким-либо фактором. От вышеописанной астенической напряженности эмоций эти состояния отличались резким наступлением расстройств, очерченностью эпизодов, силой и малой истощаемостью преобладающего аффекта, который принимал тоскливо-злобную или депрессивную окраску с различным акцентом. Кроме этого, нередко в структуру расстройства включались элементы беспричинного страха, тревоги и агитации, необоснованного обвинения близких с идеями отношения, внезапной мнительности и подозрительности по отношению к близким. Эти же признаки отличали затяжные дисфории от характерологических расстройств и привычных поведенческих особенностей больных. Таким образом, клинические особенности затяжных дисфорических состояний создавали картину острых психотических состояний с аффективными и аффективно-бредовыми расстройствами, часто с сенситивными идеями отношения.

Частота проявления кратковременных и затяжных дисфорий индивидуально варьировала. У большинства больных наблюдались периоды большой частоты кратковременных дисфорий, чередующиеся с периодами их урежения. У других больных дисфории обретали более стабильный ритм, но все же отличались относительно частым проявлением. Затяжные дисфории наблюдались

гораздо реже, однако и они у одних больных проявлялись чаще, чем у других. В целом, относительно большая частота дисфорий была отмечена в 34 наблюдениях (52 % от числа больных в группе).

Выводы

1. Тревожные, депрессивные, дисфорические расстройства повышают риск развития суицидального поведения, который возрастает в случаях более выраженных аффективных нарушений.

2. Показатель частоты суицидальных мыслей оказался несколько выше (18,5 %), чем показатель частоты совершения суицидальных попыток (13,8 %) у больных эпилепсией.

3. Показатели оценки уровня тревоги и депрессии по шкале Гамильтона среди больных эпилепсией с суицидальным поведением у женщин оказалась выше, чем у мужчин, однако достоверность различий не обнаруживалась.

Литература

1. *Кутлубаев М.А.* Суицидальное поведение при неврологических заболеваниях: частота, предрасполагающие факторы, подходы к профилактике // *Неврологический журнал.* – 2016. – № 3. – С. 124–130.

2. *Пылаева О.А., Мухин К.Ю., Шатеништейн А.А.* Эпилепсия и риск суицида (Обзор литературы) // *Русский журнал детской неврологии.* – 2013. – Т. VIII, Вып. 2. – С. 23–40.

3. *Рустамова Ж.Т.* Характер и условия возникновения припадков на начальном этапе эпилепсии как факторы прогноза заболевания. МКБ-11: Гимн или реквием психиатрии? // *Материалы российской научной конференции, Ростов-на-Дону.* – 2022. – С. 126–127.

4. *Тойтман Л.Л., Тойтман О.Л.* Некоторые факторы прогрессивности течения эпилепсии: (по данным эпидемиологического обследования) // *Журнал неврологии и психиатрии.* – 2002. – № 6. – С. 43–45.

5. *Nathaniel-James D.A., Brown R.G., Maier M. et al.* Cognitive abnormalities in schizophrenia and schizophrenia-like psychosis of epilepsy // *J. Neuropsychiatry. Clin. Neurosci.* – 2004. – Vol. 16, Is. 4. – P. 472–479.

6. *Rustamova J.T.* Features of the formation of mental and physical dependence in opium-hashich polydrug addiction // *Journal of biomedicine and practice.* – 2020. – Vol. 4, Is. 5. – P. 138–145.

7. *Rustamova J.T.* Optimization of psycho-diagnostics of anxiety-depressive disorders // Norwegian Journal of development of the International Science. – 2023. – Vol. 106, Is. 45. – P. 76–80.

Сведения об авторе

Рустамова Жанна Тимирхановна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского педиатрического медицинского института (Республика Узбекистан, г. Ташкент, ул. Богишамол, 223; e-mail: janrust70@gmail.com)

О.С. САДУРСКАЯ, В.Е. ЧИГРОВА

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАСТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер»,
г. Иркутск

O.S. SADURSKAYA, V.E. CHIGROVA

COMBINATION THERAPY FOR ANXIETY DISORDERS OF A NEUROTIC LEVEL

Irkutsk Regional Psychoneurological Dispensary, Irkutsk

Тревожные расстройства невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) представляют наиболее распространенный тип психических нарушений, вносящих существенный вклад в глобальное бремя болезней и являющихся причиной значительных расходов на здравоохранение. Актуальность исследования комбинированных форм терапии (психофармакологической и психокоррекционной) обусловлена, в первую очередь, вкладом тревожных расстройств в потери, причиняемые обществу пограничными психическими расстройствами в целом, а также их роли в качестве фактора риска возникновения различных форм химических аддикций и суицидального поведения [9].

Принципы сочетания психокоррекционных и психофармакологических методов терапии тревожных расстройств требуют дальнейшего изучения.

В течение жизни тревожные расстройства развиваются у каждого 3 (33,7 %) жителя развитых стран, причем у женщин приблизительно в 1,5 раза чаще, чем у мужчин [10, 11]. В рамках эпидемиологических исследований доля распространенности всей группы тревожных расстройств, по данным исследований, 12-месячная распространенность составляет > 15 %, а на протяжении жизни > 20 %. Результаты анализа данных ВОЗ свидетельствуют о том, что эта группа проблем психического здоровья является 6-й по частоте причиной утраты трудоспособности как в странах с высоким уровнем дохода, так средним и низким. Их распространенность подвержена значительным колебаниям в зависимости не только от гендерной принадлежности, но и от возраста, социально-экономического статуса, физического здоровья и других факторов.

Однако реальная распространенность расстройств тревожного спектра в популяции, возможно, выше официальной статистики, так как далеко не все пациенты с тревожными расстройствами обращаются за психиатрической помощью, так как зачастую тревожные расстройства остаются нераспознанными, и пациенты не получают необходимого лечения. Недостаточное выявление свойственно всем формам тревожных расстройств, и одним из объяснений неудовлетворительной диагностики служит перекрывание симптомов тревоги симптомами сопутствующих психических нарушений, так как тревожные расстройства характеризуются высокой коморбидностью. Наиболее часто они сочетаются с нарушениями настроения, расстройствами личности, злоупотреблением психоактивными веществами.

Тревожные расстройства в современном узком понимании данного термина традиционно рассматриваются в рамках невротозов [4–6]. В МКБ-10 расстройства тревожного спектра представлены рубриками F40 и F41 и объединены в единый блок невротических состояний F40–F48 вместе с обсессивно-компульсивным расстройством (F42), тяжелой стрессовой ре-

акцией и расстройствами адаптации (F43), диссоциативными (конверсионными) расстройствами (F44), соматоформными расстройствами (F45) и другими невротическими состояниями (F48); общий и весьма разнородный перечень диагностических подразбук включает 37 пунктов. К расстройствам невротического круга также, видимо, следует отнести определенную часть разнородной категории состояний, обозначаемых в литературе понятием «необъяснимых состояний» (medically unexplained symptoms).

Терапия тревожных расстройств является комбинированной, сочетающей в себе терапевтические методы, включающие три основных типа – биологический (психофармакотерапия, физиотерапия), психологический (психотерапия и психологическая коррекция) и социальный (социоцентрированные вмешательства). Такой методологический аспект обусловлен этиопатогенезом тревожных расстройств невротического уровня, а именно, сочетанием биологических, психологических и социальных механизмов, выступающих в неразрывном динамическом взаимодействии (Караваяева Т.А., Васильева А.В., 2017).

При фармакологическом лечении тревожных расстройств применяются препараты различных групп: бензодиазепины, антидепрессанты, антипсихотики, антиконвульсанты и некоторые другие лекарственные средства.

В большинстве современных клинических руководств рекомендуется назначать антидепрессанты из различных групп с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения. После установления диагноза препаратами первой линии в лечении тревожных расстройств считаются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): пароксетин до 60 мг/сут, эсциталопрам до 20 мг/сут, сертралин до 200 мг/сут, флувоксамин до 200 мг/сут. Вариант лечения следует выбирать индивидуально для каждого пациента с учетом психотропного и соматотропного действия препарата, возможных нежелательных явлений, психического и соматического статуса пациента, клинических характеристик заболевания. Терапия начинается с минимальных дозировок с постепенной титрацией до терапевтических. Анксиолитический эффект

антидепрессантов развивается индивидуально в течение 2–8 недель.

В некоторых клинических руководствах к препаратам первой линии в терапии тревоги наряду с СИОЗС относят селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН): венлафаксин до 375 мг/сут, дулоксетин до 120 мг/сут. Различие между первыми и вторыми, по данным систематического обзора и метаанализа E. Jakubovsky и соавт., состоит в том, что увеличение дозы СИОЗС в пределах терапевтического диапазона может сопровождаться заметным уменьшением симптомов тревожного расстройства и большей вероятностью терапевтического ответа, тогда как при увеличении дозы СИОЗСН отмеченный дозозависимый эффект не наблюдается.

Хотя в разных регионах мира отдельные антидепрессанты получили одобрение не для всех форм тревожных расстройств, можно предположить их потенциальную и примерно сопоставимую (в сравнении антидепрессантов между собой, а не отдельных расстройств) эффективность для каждого из них. Возможно, это объясняется универсальностью тревоги и определенной условностью выделения отдельных форм тревожных расстройств. По мнению A. Schatzberg и C. DeBattista, полагающих, что, несмотря на очевидные результаты исследований, указывающих на различия эффективности антидепрессантов в лечении отдельных форм тревоги, все СИОЗС и, по крайней мере, некоторые СИОЗСН способны уменьшать симптомы большинства типов тревожных расстройств. В клиническом руководстве NICE указывается предпочтительность использования сертралина и лишь при его неэффективности – других СИОЗС, а также СИОЗСН [9].

К преимуществам этих групп антидепрессантов относится хороший профиль эффективности–переносимость–безопасность. В первые недели целесообразно наблюдать за больным, оценивая суицидальные риски, возможное усиление тревожной симптоматики.

Наряду с СИОЗС и СИОЗСН в лечении тревожных состояний используются антидепрессанты других групп, в том

числе трициклические антидепрессанты (ТЦА) и ингибиторы моноаминоксидазы. Антидепрессанты первых поколений назначаются, но почти не включаются в клинические рекомендации в связи с относительно высокими рисками побочных эффектов.

Чтобы убрать быструю тревогу в начале лечения назначают препараты производные бензодиазепина с целью быстрого снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения. В отличие от антидепрессантов, бензодиазепины не усиливают тревогу и бессонницу в начале терапии, более того, предотвращают возможное повышение тревоги и ухудшение сна в первые дни приема антидепрессантов, что послужило основой для такого терапевтического приема в практике лечения тревоги и депрессии, как «бензодиазепиновый мостик». Клинический эффект бензодиазепинов опосредуется их взаимодействием с гаммааминомасляной кислотой (ГАМК)А-рецепторами, каждый из которых представляет собой макромолекулярный комплекс, включающий участок связывания бензодиазепинов (бензодиазепиновый рецептор) и лиганд-зависимый хлорный канал. В отличие от трициклических антидепрессантов и СИОЗС терапевтический эффект бензодиазепинов проявляется после приема первой дозы.

Несмотря на очевидную эффективность бензодиазепинов в качестве анксиолитических средств, принято считать, что их применение продолжительными курсами, на протяжении многих месяцев или даже лет, подобно тому, как это происходит с антидепрессантами, нежелательно в связи с возможным ухудшением когнитивных функций. Важно также принимать во внимание вероятность снижения эффективности психотерапии под влиянием бензодиазепинов, связанной с уменьшением психической реактивности пациентов, так называемый нейрокогнитивный феномен. К числу преимуществ бензодиазепинов относится быстрое наступление клинических эффектов: тревога под их влиянием уменьшается в течение первых часов или дней, тогда как клинические эффекты антидепрессантов развиваются в течение нескольких недель, а когнитивно-поведенческой терапии – через 2 мес. И более после начала лечения.

Рекомендуется назначать: клоназепам до 3 мг/сут, алпразолам до 3 мг/сут. Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин – нет доказательных исследований об эффективности, но в российской медицинской практике он широко применяется для лечения тревожных расстройств и купирования стрессовых реакций. Эти препараты назначаются коротким курсом и могут быть препаратами первой линии. Преимуществами производных бензодиазепинов являются быстрый эффект, хорошая переносимость, широкое терапевтическое окно. Следует обратить внимание на комплайентность пациента – в некоторых случаях пациенты склонны превышать рекомендуемые дозировки. Длительность их применения должна быть ограничена 3–4 неделями. Более длительная терапия производными бензодиазепина возможна при наличии резистентности к другим видам терапии. При назначении производных бензодиазепина следует учитывать период полувыведения при решении вопроса кратности приема и профилактике эффектов кумуляции.

В отличие от трициклических антидепрессантов и ингибиторов моноаминоксидазы (МАО) бензодиазепины не оказывают серьезного влияния на сердечно-сосудистую систему, что делает их полезными при широком спектре соматических заболеваний, сопровождающихся тревогой. Но при применении бензодиазепинов в средних и высоких дозах способны вызвать угнетение дыхания. Наиболее распространенные побочные эффекты бензодиазепинов связаны с угнетающим действием на ЦНС.

Тофизопам (грандаксин) является представителем бензодиазепиновых анксиолитиков с наиболее благоприятным профилем безопасности, который позволяет применять препарат в лечении тревожных расстройств, с учетом его анксиолитического и вегетостабилизирующего эффектов. Отсутствие седативного, миорелаксирующего эффектов позволяет проводить лечение в амбулаторных условиях, не нарушая привычного распорядка жизни, способствуя также поведенческой коррекции.

В лечении тревожных расстройств находят применение также небензодиазепиновые анксиолитические средства из группы азапионов, и в первую очередь буспирон, фармакологический

эффект которых обусловлен активностью дофаминергической и адренергической систем, что объясняет предполагаемые антипсихотические и антидепрессивные эффекты.

В мировой и отечественной клинической практике при лечении тревожных расстройств нередко используется гидроксизин, принадлежащий к категории антигистаминных средств, который проявляет умеренное седативное и снотворное действие и, вероятно, может быть эффективен при легкой нервозности и неглубоких нарушениях засыпания, но данный препарат не проявляет заметного анксиолитического влияния и едва ли способен рассматриваться наравне с бензодиазепинами и антидепрессантами в лечении тревожных расстройств.

Пациентам с тревожными расстройствами с недостаточным ответом на монотерапию рекомендуется назначать антипсихотические препараты с целью снижения интенсивности сенестопатических ощущений, психовегетативных нарушений, ипохондрической фиксации. Преимуществом антипсихотических средств служит быстрое влияние на симптомы тревоги, в том числе связанные с панической атакой: в этом смысле они уравниваются с бензодиазепинами и превосходят антидепрессанты и тем более когнитивно-поведенческие подходы. Прекращение приема антипсихотиков в отличие от рассмотренных выше двух основных классов лекарственных средств для лечения тревожных расстройств не сопровождается состоянием отмены.

Превосходство над плацебо при лечении пациентов с генерализованным тревожным расстройством в контролируемых исследованиях продемонстрировал кветиапин, но этот антипсихотик не получил одобрения FDA по данному клиническому показанию в связи с достаточно высоким риском нежелательных метаболических эффектов [9].

Относительно безопасной альтернативой кветиапину и другим антипсихотикам второго поколения может служить алимемазин (тералиджен) – рекомендованный Российским обществом психиатров в качестве одного из двух «малых нейрорептиков» наряду с сульпиридом, для приоритетного применения в пограничной психиатрии. Достоинства алиме-

мазина (тералиджена) как сбалансированного и безопасного «малого нейролептика» определяются мультимодальным фармакологическим действием, связанным с влиянием на разные нейротрансмиттерные, в первую очередь адренергическую и дофаминергическую системы, а также гистаминовые рецепторы, определяющие снотворно-седативные эффекты препарата.

Наряду с умеренными антипсихотическими и снотворно-седативными свойствами алимемазин проявляет анксиолитический эффект, быстро снижая тревогу и оказывая избирательное влияние на ее вегетативные (соматические) симптомы. Это придает особую ценность алимемазину при лечении пациентов с соматоформными расстройствами. Кроме того, алимемазин устраняет возбуждение и раздражительность, в том числе связанные с расстройствами невротического спектра. Алимемазин способен служить дополнением к СИОЗС и СИОЗСН, служить средством усиления их эффектов или заменять антидепрессанты при повышенной чувствительности пациентов к их побочным эффектам. Кроме того, благодаря противотревожному действию прием алимемазина позволяет также уменьшать дозы бензодиазепинов.

В соответствии с официальной инструкцией в РФ алимемазин рекомендован для применения в составе комбинированной терапии широкого спектра психических нарушений, включая генерализованное тревожное расстройство, как в качестве средства монотерапии, так и в составе комбинированной терапии для лечения несоциализированного расстройства поведения.

В настоящее время для российской клинической практики предложена новая пролонгированная форма алимемазина – тералиджен ретард, 20 мг, который назначается 1–2 раза в сутки и создает более постоянную плазменную концентрацию алимемазина, чем таблетки по 5 мг, обеспечивая стабильное фармакологическое действие в сочетании с редкостью и слабой выраженностью побочных эффектов и лекарственных взаимодействий, и может применяться неограниченно долгое время. Новая пролонгированная лекарственная форма али-

мемазина создает существенные удобства как для пациентов, так и для практических врачей и позволяет, по нашему мнению, ожидать повышения уровня приверженности и эффективности терапии.

Наряду с перечисленными лекарственными средствами арсенал фармакологического лечения тревожных расстройств расширяют антиконвульсанты – габапентин (900–3600 мг/сут) и прегабалин (300–600 мг/сут), применяющиеся в качестве болеутоляющих средств при нейропатической боли и фибромиалгии у взрослых и способные как выступать в роли отдельных средств терапии (хотя едва ли сопоставимых по эффективности с антидепрессантами и бензодиазепинами), так и усиливать действие антидепрессантов.

При применении психотропных препаратов рекомендована оценка эффективности и переносимости терапии, которая проводится на 7–14–28 день психофармакотерапии и далее 1 раз в 4 недели до окончания курса лечения с целью своевременной коррекции проводимого лечения. Для пациентов с тревожными расстройствами рекомендуемая длительность фармакотерапии от 6 до 12 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии с целью стабилизации эффекта и профилактики рецидивов.

В клинической практике находят применение как универсальные подходы к фармакологическому лечению тревожных расстройств, так и терапевтические протоколы для терапии отдельных форм тревоги. Существование таких протоколов в какой-то мере определяется случайными причинами – главным образом проведением клинических испытаний выводимых на рынок новых лекарственных средств в соответствии с планируемыми показаниями. Таким показанием, например, может служить паническое расстройство или генерализованное тревожное расстройство, но не другие формы невротических нарушений (табл. 1).

Несмотря на многочисленные исследования и более чем внушительный практический мировой опыт помощи пациентам, страдающим тревожными расстройствами, в вопросах их лечения остается много неясного.

Таблица 1

Препараты для лечения отдельных форм невротических расстройств

Отдельные формы невротических расстройств	Антидепрессанты	Бензодиазепиновые анксиолитики	Небензодиазепиновые анксиолитики	Антипсихотики
Паническое расстройство. Посттравматическое стрессовое расстройство	Пароксетин	Алпразолам	Гидроксизин	Алимемазин
Обсессивно-компульсивное расстройство	Флуоксетин, Флувоксамин	Алпразолам, Клоназепам	Этифоксин, Афобазол	Хлорпротиксен, Кветиапин
Социальное тревожное расстройство	Сертралин, Венлафаксин, Дулоксетин	Диазепам, Алпразолам	Тетраметил-тетраазабициклооктандион (Мебикар, Адаптол), Буспирон	Сульпирид, Арипипразол
Генерализованное тревожное расстройство	Эсциталопрам, Венлафаксин	Клоназепам, Алпразолам	Гидроксизин, Буспирон	Рisperидон
Социальное тревожное расстройство	Флувоксамин	Клоназепам	Афобазол	Кветиапин, Арипипразол

До сих пор не проводилось прямого сравнения эффективности психологических и лекарственных вмешательств при тревожных расстройствах – в частности при генерализованной тревоге. Безусловно, современные требования к эффективности и безопасности определяют необходимость поиска новых фармакологических средств для лечения тревожных расстройств. Определенные ожидания в поиске перспективных лечебных подходов связываются с выделением биологических маркеров тревоги и отдельных форм, связанных с тревогой состояний, а также других расстройств невротического круга. Данные доклинических исследований позволяют считать наиболее перспективным для определения возможных альтернатив средствам

современного фармакологического лечения тревоги изучение субстанций, оказывающих влияние на ГАМК/бензодиазепиновую, серотониновую, нейропептидную, глутаматную и эндоканнабиноидную системы головного мозга [2, 9, 12, 13].

В патогенезе невротических расстройств ведущая роль принадлежит психологическим факторам, именно поэтому одним из основных методов в терапевтическом комбинированном процессе является психотерапия, представленная в современной лечебной практике тревожных расстройств такими формами как когнитивно-поведенческая психотерапия, интерперсональная психотерапия, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. Психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия при тревожных расстройствах невротического уровня проводятся как в индивидуальной, так и в групповой форме [4–7, 10, 11, 16]. Поскольку первичные механизмы невротической симптоматики, которые способствуют возникновению тревожного расстройства, в большей степени связаны с внутриличностными конфликтами и анамнезом жизни больного, а вторичные, способствующие закреплению симптоматики – с трудностями его межличностных отношений и актуальной жизненной ситуацией, то целесообразным является сосредоточение внимания в индивидуальной психотерапии на проблематике первичных механизмов, а в групповой психотерапии – вторичных механизмов.

Метод когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) обладает мощной доказательной базой и демонстрирует хорошие статистические показатели в части ремиссий, подходит для взрослых пациентов с тревожными расстройствами и большинства подростков. КПТ решает одну из ключевых задач – научить пациента самостоятельно справляться с симптомами тревоги. Мишенями когнитивно-поведенческой психотерапии для тревожных расстройств невротического уровня являются: низкая толерантность к неопределенности; позитивные убеждения относительно беспокойства; отсутствие ориентации на решение проблем; когнитивное избегание. В рамках классической когнитивной психотерапии тревожных расстройств пациенты под руководством психотерапевта и/или медицинского психолога проходят следующие модули [11].

ТАБЛИЦА 2

Основные модули когнитивно-поведенческой психотерапии

Название модуля	Содержание направлений работы
Психобразовательный модуль	Информация о сути когнитивно-поведенческой терапии Информация о природе тревожных расстройств, включающая их описание и характеристики Тренинг по осознанию беспокойства (с записями о времени и содержании беспокоящих мыслей)
Модуль, направленный на осознание собственной низкой толерантности к неопределенности и ее преодоление	Установление связи между низкой толерантностью к неопределенности и преувеличенным беспокойством Осознание и принятие неизбежности ситуации неопределенности в жизни человека Развитие способности распознавать различные ситуации манифестации состояния нетолерантности к неопределенности Выявление ситуаций, провоцирующих состояния беспокойства по поводу неопределенности, и погружение в них на основе метода экспозиции
Модуль, направленный на переоценку ценности беспокойства	Выявление всех аргументов в пользу беспокойства Выявление контраргументов и анализ негативных последствий беспокойства Формулировка новых убеждений относительно беспокойства как неэффективной стратегии совладания с опасностью
Модуль, направленный на решение проблем	Подготовка к неизбежности определенности в процессе решения проблем Определение существующих проблем и формулировка цели по их преодолению Выработка различных возможных путей достижения этих целей Выбор оптимального пути Применение выбранных средств и оценка результата
Модуль, направленный на преодоление когнитивного избегания и выработку способности переносить неприятные мысли и образы	Обсуждение образов пугающих ситуаций Описание чувств и субъективная оценка уровня тревоги Тренировка устойчивости к этим образам и чувствам на основе метода экспозиции
Модуль, направленный на профилактику рецидивов	Закрепление всех полученных знаний и навыков Обсуждение возможных триггеров и провокаций, которые могут способствовать возвращению старого неэффективного стиля совладания Обсуждение способов поведения в ситуациях, в которых проявляется старый стиль реагирования

В рамках КПТ при лечении тревожных расстройств используются также техники тренировки дыхания и прикладной релаксации, например, использование прогрессивной нервно-мышечной релаксации по Джекобсону, в ходе которых проходит обучение пациентов навыкам контроля за своим физическим состоянием. Для лечения тревожно-фобического, панического и генерализованного тревожного расстройств используются техники интероцептивной экспозиции: проведение упражнений, обеспечивающих ощущения, сходные с паническим приступом, к примеру, ингаляция углекислого газа, проведение сердечно-сосудистых нагрузочных проб или физических упражнений, гипервентиляция, вращение в кресле.

Другим эффективным методом для лечения тревожных расстройств невротического уровня является краткосрочная интерперсональная психотерапия. Целью этого метода являются конструктивные изменения в межличностной сфере, которые достигаются через раскрытие, анализ, осознание и переработку межличностных проблем пациента и психокоррекцию его неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия [7, 17]. Использование в лечении больных с тревожными расстройствами групповой интерперсональной психотерапии позволяет воздействовать на более специфические психотерапевтические «мишени», характерные для данной группы больных – нарастание ограничительного поведения, приводящего к сужению социальных связей, выраженность симптомов социофобического характера, дефицитарность коммуникативной системы и др.

Преимущество групповой работы заключается в том, что пациент выходит из состояния изоляции, создаются условия для установления контактов с другими людьми, возникает возможность для формирования более адекватной самооценки, формируются более адаптивные паттерны поведения, в качестве кратковременного эффекта можно отметить симптоматическое улучшение у пациентов эмоционального состояния, улучшение их социального функционирования; увеличение уровня адекватной социальной адаптации.

Одним из ведущих методов лечения тревожных расстройств невротического уровня в ОМПП ОГБУЗ ИОПНД является личност-

но-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП) – отечественный вариант психодинамического направления, разработанная под руководством профессора Б.Д. Карвасарского. Психотерапия направлена на восстановление нарушенной системы отношений больного через изучение специфики личностных расстройств у него, анализ и осознание особенностей формирования системы отношений пациента, патогенной ситуации и невротического конфликта. Сбалансированное использование механизмов воздействия, таких как конфронтация, эмоционально-корректирующий эмоциональный опыт и научение, позволяет изменять нарушенные межличностные отношения больного в трех ожидаемых изменений (в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах) [4, 10, 11]. Задачи в реконструкции отношений по каждой из структурной составляющей (когнитивной, эмоциональной, поведенческой) представлены в таблице 3.

Таблица 3

Задачи в реконструкции отношений

Когнитивная сфера	<p>Осознание мотивов своего поведения, особенностей своих отношений, особенностей своих эмоциональных и поведенческих реакций</p> <p>Осознание неконструктивного характера ряда своих отношений, эмоциональных и поведенческих стереотипов</p> <p>Осознание связей между психогенными факторами и невротическими расстройствами</p> <p>Осознание меры своей ответственности в возникновении конфликтных и психотравмирующих ситуаций</p> <p>Осознание более глубоких причин своих переживаний и способов реагирования, формирующихся в детстве</p>
Эмоциональная сфера	<p>Эмоциональная поддержка от психотерапевта, медицинского психолога, приводящая к ослаблению защитных механизмов, научиться понимать и вербализовать свои чувства, испытывать более искренние чувства к себе,</p> <p>раскрыть свои проблемы с соответствующими им переживаниями, которые зачастую для него скрыты</p> <p>Осознать эмоциональный компонент конфликта, произвести эмоциональную коррекцию своих отношений, модифицировать собственный способ переживаний, эмоциональное реагирование</p>
Поведенческая сфера	<p>Обладать способностью корректировать неадекватные поведенческие реакции,</p> <p>приобрести новые способы адаптивного поведенческого поведения, глубокого и искреннего общения, генерализовать новые способы своего поведения во всех сторонах своей жизни</p>

Эффективное лечебное воздействие, основанное на биопсихосоциальной концепции развития психических расстройств, включает психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия в комплексном лечении пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня наряду с психофармакологией и соционаправленными вмешательствами [4–6, 10, 11].

Литература

1. *Агамамедова И.Н., Никитина Т.Е., Бобров А.Е.* Опыт работы психотерапевтического кабинета многопрофильной клиники медицинской реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т. 26(3). – С. 46–52.
2. *Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б.* Панические атаки (руководство для врачей). – М., 2004. – 408 с.
3. *Залуцкая Н.М.* Генерализованное тревожное расстройство: современные теоретические модели и подходы к диагностике и терапии. Часть 2 // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2014. – № 4. – С. 129–134.
4. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия: учебник для вузов. – СПб.: Изд-во Питер, 2012. – 672 с.
5. *Караваева Т.А.* Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 3. – С. 71–74.
6. *Караваева Т.А., Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б.* Изменение психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств в условиях социально-экономических перемен. Часть II. Изменение психологических характеристик у больных с невротическими расстройствами в последние три десятилетия // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 3. – С. 63–65.
7. *Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Чехлатий Е.И.* Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика в процессе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии // Вестник психотерапии. – 2004. – № 12(17). – С. 9–23.
8. *Купер Д.Э.* Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями). – К.: Сфера, 2010.

9. *Левин О.С.* Тревожные расстройства в общеклинической практике // Медицинский совет. – 2017. – № 10.

10. *Полтораки С.В., Караваева Т.А., Васильева А.В.* Изменение соотношения психотерапии и фармакотерапии при невротических расстройствах во второй половине XX и начале XXI веков // Вестник психотерапии. – 2013. – № 47(52). – С. 29–37.

11. *Полтораки С.В., Караваева Т.А., Васильева А.В.* Принципы и алгоритмы психотерапии и тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2016. – № 4.

12. *Салиев М.М., Аграновский М.Л.* Современные представления о психотерапии тревожных расстройств // Экономика и социум. – 2020. – № 8.

13. *Салиев М.М., Аграновский М.Л.* Клиническая типология тревожных расстройств: динамика, типология, психотерапия, профилактика // Экономика и социум. – 2021. – № 4(1).

14. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

15. *Хабарова Т.Ю.* Особенности психотерапевтической коррекции тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с церебральным инсультом в раннем восстановительном периоде // Молодой ученый. – 2015. – № 14. – С. 108–112.

16. *Ellis A.* Rational-Emotive Therapy // Current psychotherapies / Ed. R.J. Corsini. – Itasca, Ill: Peacock, 1989. – P. 197–238.

17. *Kellerman H.* Group Psychotherapy and Personality: Intersecting Structures. – New York: Grune & Stratton, 1979. – 244 p.

Сведения об авторах

Садурская Оксана Сергеевна – врач психотерапевт высшей категории отделения медико-психологической помощи ОГБУЗ ИОПНД (г. Иркутск, ул. Красноармейская, 12)

Чигрова Валентина Евгеньевна – кандидат психологических наук, медицинский психолог отделения медико-психологической помощи ОГБУЗ ИОПНД (г. Иркутск, ул. Красноармейская, 12)

В.С. СОБЕННИКОВ, С.А. ЛОБКОВ

**ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ (НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА
СТАЦИОНАРНОГО КОНТИНГЕНТА)**

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»
МЗ РФ, г. Иркутск

V.S. SOBENNIKOV, S.A. LOBKOV

SOME ASPECTS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN SCHIZOPHRENIA

Irkutsk State Medical University, Irkutsk

Шизофрения является распространенным психическим расстройством, а заболеваемость шизофренией может достигать 386 человек на 100 000 населения [1]. Течение заболевания сопровождается не только страданием больных, но и выраженным психосоциальным обременением их семей. Наиболее серьезным осложнением клиники заболевания является суицидальное поведение. Так, суицидальные мысли выявляются у 79 % больных шизофренией [3], а риск суицидов в течение жизни составляет более 10 % [5], из них 8,5 % случаев завершаются летальным исходом. Существует также мнение, что распространенность завершенных суицидов среди больных шизофренией может быть выше, в связи с неучтенными случаями [2, 3]. Это предполагает актуальность исследований суицидальных тенденций у больных шизофренией, а в практической деятельности, при оказании помощи больным шизофренией – скрупулезный учет факторов риска суицида.

К факторам облегчающим суицидальное поведение больных шизофренией относятся: первый психотический эпизод, женский пол, анамнез с наличием суицидальных попыток, клиника с выраженностью бредовых расстройств, ангедонии, наличие асоциальных тенденций, плохая приверженность терапии [4].

Нами осуществлена попытка анализа факторов суицидального поведения больных шизофренией на основе рандомизиро-

ванной выборки стационарных историй болезни. Из регистра медицинской документации стационарного контингента больных шизофренией, филиала психоневрологического диспансера в г. Братске, за период с 2011 по 2023 гг., с помощью программы «Multi Text Finder» производился поиск случаев с наличием суицидальных тенденций, с применением ключевых слов «суицид», «суицидальные тенденции», «суицидальные мысли», «самоповреждение», «самоповреждающее поведение», «самопорезы», «суицидальное поведение», «попытка суицида».

Методы исследования

По ключевым словам, был отобран 21 случай (19 мужчин и 2 женщины) шизофрении, с наличием в анамнезе больных суицидальных попыток и самоповреждающего поведения, проходивших стационарное лечение в общепсихиатрическом отделении БФ ИОПНД. Критериями исключения являлось наличие сопутствующей соматической, неврологической патологии, затрудняющей оценку результатов исследования.

Основным методом исследования был клинико-катамнестический. Обработка полученных данных производилась с применением программы Stat Soft Statistica 10.

В исследуемую группу вошли пациенты с шизоаффективным расстройством – 9 человек (42,8 %), шизоаффективная шизофрения – 4 человека (19 %), параноидная шизофрения с приступообразным течением – 5 человек (23,8 %) и непрерывным течением – 3 человека (14,3 %). Социально демографические показатели группы: средний возраст пациентов на момент госпитализации – $38,4 \pm 7,9$ года; средний возраст первичного обращения в психиатрическую сеть составил $25,2 \pm 4,8$ года; неоднократное обращение в психиатрическую сеть отмечалось у 18 человек (85,7 %); средний период наблюдения в психиатрической сети составил $5,4 \pm 3,2$ года. Все пациенты в представленной выборке имели неполное среднее и общее среднее образование; признаки неустойчивой социальной адаптации (развод, отсутствие стабильного дохода, отсутствие поддержки семьи) наблюдались у 19 (90,5 %) человек; группу инвалидности имели почти 2/3 пациентов – 14 человек (61,9 %).

Полученные результаты

У большинства пациентов за период наблюдения в психиатрической сети отмечалась однократная попытка суицида – 13 человек (61,9 %), из них 8 (38,1 %) человек высказывали суицидальные идеи и нежелание жить при повторных госпитализациях. Неоднократные попытки суицида наблюдались у 8 (38,1 %) человек, из них у 5 (23,8 %) человек 2 попытки, у 2 (9,5 %) человек 3 попытки, у 1 (4,8 %) человека 4 попытки. Большинство пациентов – 15 (71,4 %) человек совершили попытку суицида в течение первого психотического эпизода, 3 (14,3 %) человека совершили попытку суицида при повторном психотическом эпизоде, у 2 (9,5 %) человек попытка суицида была в межприступном периоде, в структуре неполной ремиссии, при отказе от поддерживающей терапии и лишь у 1 (4,8 %) пациента попытка суицида зарегистрирована на доманифестном этапе. Средний возраст первой попытки суицида составил $23,8 \pm 5,2$ года. У 15 (71,4 %) человек отмечалась низкая приверженность назначениям врача. У большинства пациентов – 10 (47,6 %) человек попытки суицида происходили на высоте депрессии в структуре аффективно-бредового синдрома, у 7 (33,3 %) попытки суицида осуществлялись исходя из бредовой аргументации в структуре параноидного синдрома, у 1 (4,8 %) суицидальные действия проявлялись импульсивно на фоне смешанного аффекта на этапе выхода из онейроидно-кататонического статуса. Гораздо реже суицидальные действия больных шизофренией были инициированы психотравмирующими обстоятельствами, в 1 случае (4,8 %) на доманифестном этапе шизофренического процесса, а в 2-х (9,5 %) – в межприступном периоде. К повторным попыткам суицида были склонны пациенты (6 человек – 35,3 %) с наличием протестных тенденций в структуре суицидального поведения ($p < 0,05$).

В качестве способов суицида 11 (52,4 %) человек нанесли себе множественные резанные раны, 8 (38,1 %) совершили попытку суицида через повешенье, 6 (28,6 %) человек нанесли резанную рану в области крупного кровеносного сосуда, передозировка психоактивными веществами наблюдалось у 5 (23,8 %) человек, 1 (4,8 %) пациент совершил прыжок с большой высоты, 1 (4,8 %) нанес проникающее ножевое ранение в грудную клетку, 1 (4,8 %)

осуществил ранение головного мозга инородным предметом (гвоздь 20 см). Экстренную медицинскую помощь после попытки суицида получали 13 (61,9 %) в отделениях травматологии, хирургии, реанимации или токсикологии.

Заключение

Согласно полученным данным большинство больных шизофренией совершают попытку суицида в течение первого психотического эпизода. У 2/3 пациентов попытка суицида была однократной, лишь 1/3 пациентов совершали повторные суицидальные попытки. Психотические расстройства определяют инициацию суицидального поведения. Почти в половине случаев попытки суицидов были ассоциированы с наличием в клинике синдромально-завершенной депрессии, а в 1/3 осуществлялись исходя из бредовых аргументаций. Меньшую распространенность среди больных шизофренией имеют случаи суицидов, в рамках психогенных состояний, по типу псевдореакций на доманифестном и ремиссионном этапе (3 случая).

Литература

1. *Крот К.В.* Оптимизация лекарственного обеспечения больных шизофренией: региональные фармакоэпидемиологические и фармакоэкономические аспекты: дис. – Хабаровск, 2016.
2. *Логутенко Р.М.* Гетероагрессивное и суицидальное поведение больных с параноидной шизофренией с бредом одержимости // Наука молодых (Eruditio juvenium). – 2015. – № 4. – С. 104–110.
3. *Петрова Н.Н.* Факторы риска и превенция при шизофрении: фокус на роли современных инъекционных антипсихотиков-пролонгов // Современная терапия психических расстройств. – 2021. – № 3. – С. 31–37.
4. *Hor K., Taylor M.* Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors // J. Psychopharmacol. – 2010. – Vol. 24. – P. 81–90.
5. *Siris S.G.* Suicide and schizophrenia // J. Psychopharmacol. – 2001. – Vol. 15. – P. 127–135.

Сведения об авторах

Собенников Василий Самуилович – доктор медицинский наук, профессор, заведующий кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО ИГМУ МЗ РФ (г. Иркутск, бульвар Гагарина, 6; e-mail: vsobennikov@gmail.com)

Лобков Сергей Александрович – ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО ИГМУ МЗ РФ (г. Иркутск, бульвар Гагарина, 6; e-mail: litetcover@gmail.com)

П.Г. УТЕУЛИЕВА, А.В. РОГОВ

**РОЛЬ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ В РАЗВИТИИ
НЕСУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент,
Республика Узбекистан

P.G. UTEULIEVA, A.V. ROGOV

**THE ROLE OF DEPENDENCE ON SOCIAL NETWORKS
IN THE DEVELOPMENT OF NONSUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS**

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Введение

Феномен селфхарм – несуицидальное самоповреждение (NSSI), приобретает все большие масштабы, особенно он распространен среди подростков, в настоящее время средний процент подростков, прибегавших к самоповреждению, составляет 10–13 % популяции. По многочисленным данным, в последние десятилетия наблюдается значительный рост данной формы девиантного поведения в общей популяции подростков (т. е. в популяции обычных юношей и девушек, обучающихся в старшей и средней школах, колледжах и университетах). Важно отметить именно тот факт, что это подростки и молодые люди, которые не обращались за психиатрической помощью. Несуицидальные аутоагрессивные действия подростков представляет собой серьезную социальную и исследовательскую проблему из-за масштабного клиничко-социального и экономического бремени, ложащегося на подростка, его близких, медицинские службы и общество в целом. Подходы к исследованию несуицидального самоповреждающего поведения не ограничиваются рамками медицинских наук, предъявляя требования к пониманию проблемы

с точки зрения психологии, социологии, философии, педагогики, в связи с чем систематические исследования несуйцидального поведения носят междисциплинарный характер. Важно отметить тот факт, что для этих групп характерна высокая приверженность к системному переносу коммуникативной сферы в социальные или специально-ориентированные сети.

Цель исследования

Изучить роль социальных сетей в развитии несуйцидального поведения у подростков.

Материалы и методы исследования

В соответствии с поставленными целью и задачами объектом исследования стал 61 подросток в возрасте 16–18 лет, проходящих амбулаторное наблюдение в условиях ГПНД г. Ташкента. Были использованы катamnестический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологические методы исследования (опросник Личко А.Е.), шкала суйцидальных интенции Пирса, тест интернет-зависимости (Internet Addiction Test, IAT)

Результаты исследования

В ходе опроса выявлено, что у 16 (26,2 %) подростков основной группы причиной несуйцидального поведения послужило сиблинговое соперничество в результате ревности к младшим братьям и сестрам, а также стиль родительского воспитания по типу эмоционального отвержения. Неправильный вид родительского воспитания по типу «ежовых рукавиц», жестокое обращение с ребенком с применением физического насилия как причина формирования несуйцидального поведения установлена у 12 подростков (19,7 %). У 7 из них причиной семейного конфликта явилось негативное отношение родителей к эпизодической алкоголизации подростков, раннее пристрастие к курению сигарет, неприятие дружбы с лицами противоположного пола. Проживание в дисфункциональной семье с материально-бытовыми проблемами выявлено у 20 (32,8 %) подростков. Конфликты в межличностных взаимоотношениях макросоциального уровня имели место лишь у 8 (13,1 %) подростков: такое поведение обусловлено буллингом в различных социальных сетях. У 5 (8,2 %)

обследованных подростков основная причина девиантного поведения сочеталась с действием дополнительных психогений (смерть домашнего питомца, проигрыш футбольной команды, проигрыш в компьютерных играх, угон машины, потеря близких).

Таким образом, в наших наблюдениях аутоагрессивное поведение, способствующее возможному формированию суицидальных тенденций у подростков, касалось конфликтных отношений с наиболее значимыми лицами, внутрисемейных отношений, отношений со сверстниками в учебных заведениях, а также в социальных сетях.

Выводы

Таким образом, стиль родительского воспитания оказывал определенное влияние на формирование суицидальных тенденций у подростков, причем наиболее заметную роль играло жесткое обращение родителей со своими детьми. Стремительный рост детско-подросткового несуйцидального поведения, вызванный доступностью кибернетической среды виртуального пространства Интернета, созданием компьютерных игр и сайтов соответствующего контента, обуславливает необходимость новых подходов к реализации программ по превенции суицидального поведения среди молодого поколения. Правильная оценка волевых, личностных и эмоциональных особенностей личности позволяет делать более точные прогностические заключения и подбирать адекватную терапевтическую стратегию.

Литература

1. *Abdullaeva V.K. et al.* Premorbid features of patients with paranoid schizophrenia with concomitant cerebral hemodynamic disorders // *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*. – 2020. – Vol. 7. – N 2. – P. 2320–2327.

2. *Рогов А.В.* Индивидуально типологические предикторы когнитивных нарушений в манифестный период параноидной шизофрении. – 2022.

3. *Рогов А.* Особенности социальной ангедонии в структуре дефицитарных расстройств больных параноидной шизофренией // *Биопсихосоциальная психиатрия: новые подходы и перспективы развития*. – 2023. – Т. 1, № 1. – С. 39–40.

4. *Рогов А.* Структура аффективных расстройств у больных параноидной шизофренией, ассоциированной со стрессом // Биопсихосоциальная психиатрия: новые подходы и перспективы развития. – 2023. – Т. 1, № 1. – С. 41–42.

Сведения об авторах

Утеулиева Перизат Гамлетовна – студентка магистратуры кафедры психиатрии и наркологии, Ташкентский педиатрический медицинский институт (100140 г. Ташкент, ул. Багишомол 223; e-mail: perizatgamletovna@gmail.com)

Рогов Алексей Владимирович – PhD, доцент кафедры психиатрии и наркологии, Ташкентский педиатрический медицинский институт (100140 г. Ташкент, ул. Багишомол 223; e-mail: rav1985@mail.ru)

Х.И. ФАЙЗУЛЛОВ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ТАДЖИКСКОЙ КУЛЬТУРЫ

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский
Томский государственный университет», г. Томск

H.I. FAIZULLOEV

GENDER CHARACTERISTICS OF SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR OF ADOLESCENTS OF TAJIK CULTURE

National Research Tomsk State University, Tomsk

Актуальность

Актуальность исследований проблем, связанных с аутодеструктивным поведением, объясняется наблюдаемой в мире тенденцией к усугублению и расширению диапазона расстройств психического и физического здоровья, являющихся следствием прямых или косвенных действий, направленных на саморазрушение. Подростковый и юношеский возраст рассматривают в качестве фактора риска различных проявлений аутодеструктивного поведения, таких как суициды, самоповреждения

и аддикции (Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Уманский Л.Я., 1989; Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., 1991; Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Горошкова Д.А., Мельник А.М., 2009; Польская Н.А., 2010, 2014).

Этот критический период, определяющий поведение во взрослой жизни в отношении табакокурения и употребления алкоголя, питания и физической активности (Graham, Power, 2004), оказывается в прямом смысле переломным для многих подростков и юношей, вынужденных делать жизненно важные выборы в ситуации чрезмерного давления, пренебрежения или завышенных ожиданий со стороны общества.

«Переходный возраст, – писал Л.С. Выготский, – это возраст оформления мировоззрения и личности, возникновения самосознания и связанных представлений о мире» (Выготский Л.С., 1982, с. 122). Культурная среда, в которой происходит развитие, является основой формирования личности подростка: ценностей, предпочтений, нравственных приоритетов и мировоззрения. Важной задачей этого возраста становится адаптация к различным жизненным ситуациям, в которых подростки применяют имеющиеся стратегии поведения.

Цель

Исследование гендерных особенностей аутодеструктивного поведения подростков таджикской культуры.

Испытуемые и база исследования

В исследовании приняло участие 60 человек в возрасте 14–15 лет. Из них 30 (50 %) респондентов мужского пола и 30 (50 %) респондентов женского пола.

Методики

Для сбора эмпирических данных были использованы следующие психодиагностические методики: опросник уровня агрессивности Басса–Перри, тест Леонгарда–Шмишека, опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой), анализ корреляционных связей с использованием критерия *U*-критерий Манна–Уитни. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи Microsoft Excel 2016, пакета IBM SPSS Statistics 26.

Результаты и выводы

Выявлены статистически значимые различия между подростками девушками и подростками юношами по показателям «дистимия» ($p = 0,025$), «эмотивность» ($p = 0,005$), «слом культурных барьеров» ($p = 0,001$).

Для девушек более характерен эмотивный тип акцентуации ($p = 0,005$), при котором свойственны глубина чувств и излишняя эмоциональность, восприимчивость ко всем удачам и неудачам, чуткость к изменениям, происходящим во внешнем и внутреннем мире, острота реакций на внешние раздражители.

А также, для девушек характерен суицидальный риск «слом культурных барьеров» ($p = 0,001$), который проявляется в поиске культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным.

Для юношей более характерен дистимный тип акцентуации ($p = 0,025$), при котором наблюдаются проявления пессимизма, повышенной утомляемости, раздражительности, склонности к ипохондрии, плохого сна, аппетита, реакции тревоги на изменение привычных обстоятельств – смена места жительства, школы, работы, эмоциональные вспышки в состоянии утомления.

Данные, полученные в ходе исследования, показывают, что различия в суицидальном поведении подростков имеют гендерную обусловленность, что важно учитывать при составлении программ психологической профилактики и психологической коррекции суицидальных рисков.

Литература

1. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г. К вопросу о саморазрушающем поведении подростков // Саморазрушающее поведение у подростков. – Л., 1991. – С. 29–36.
2. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Уманский Л.Я. Аутодеструктивное поведение – подростков // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989. – С. 52–62.
3. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 1. Вопросы теории и истории психологии / Под ред. А.Р. Лурия, М.Г. Ярошевского. – М.: Педагогика, 1982. – 488 с.

Сведения об авторе

Файзуллоев Хикматулло Исматуллоевич – магистрант второго года обучения, факультет психологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (г. Томск, 634050, пр. Ленина, 36, e-mail: hikmatullofaizulloev2@gmail.com)

Х.И. ФАЙЗУЛЛОВ, А.В. ПЕНЯВСКАЯ

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА,
АГРЕССИИ И ТИПА АКЦЕНТУАЦИЙ У ПОДРОСТКОВ
ТАДЖИКСКОЙ КУЛЬТУРЫ**

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский
Томский государственный университет», г. Томск

H.I. FAIZULLOEV, A.V. PENYAVSKAYA

**THE RELATIONSHIP OF INDICATORS OF SUICIDAL RISK,
AGGRESSION AND ACCENTUATION IN ADOLESCENTS
OF TAJIK CULTURE**

National Research Tomsk State University, Tomsk

Актуальность

Суицидальное поведение является глобальной общественной проблемой мирового масштаба. В настоящее время в мире ежегодно совершается более 700 000 самоубийств. С каждым годом растет и количество самоубийств среди подросткового и юношеского возраста. По данным регионального бюро ВОЗ, количество самоубийств среди детей подросткового и юношеского возраста в последнее время увеличилось в два раза.

Большинство авторов считает, что суицидальное поведение в подростковом возрасте очень редко бывает связано с психическими заболеваниями, в подавляющем большинстве случаев – это ситуационно-личностные реакции (Амбрумова А.Г., 1998; Шир Е., 2011; Алмазов Б.Н., 2024).

Подростковый возраст как никакой другой характеризуется частой сменой взглядов, высокой степенью ранимости,

чувствительности, мнительности и является более уязвимым, так как не имеет готовых моделей и способов разрешения трудных ситуаций, что может привести к суицидальному поведению.

В связи с актуальностью исследования суицидального поведения в подростковом возрасте, **целью** данного эмпирического исследования явилось изучение взаимосвязи показателей суицидального риска, агрессии и типов акцентуаций подростков таджикской культуры.

В исследовании приняло участие 60 человек в возрасте 14–15 лет. Из них 30 (50 %) подростков мужского пола и 30 (50 %) – женского пола.

Для сбора эмпирических данных были использованы следующие психодиагностические методики: опросник уровня агрессивности Басса–Перри, тест Леонгарда–Шмишека, опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой), анализ корреляционных связей с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи Microsoft Excel 2016, пакета IBM SPSS Statistics 26.

Результаты исследования

Анализ полученных данных в ходе проведения корреляционного анализа показал наличие положительных взаимосвязей следующих параметров. Выявлены положительные статистически значимые связи между показателем суицидального риска «демонстративность» и акцентуациями: «гипертимность» ($r = 0,543$, $p < 0,01$), «эмотивность» ($r = 0,283$, $p < 0,05$), «циклотимность» ($r = 0,260$, $p < 0,05$). Это свидетельствует о том, что для подростков, у которых будут выражены такие качества как желание привлечь внимание окружающих к себе, добиться сочувствия и понимания, т.е. проявление демонстративного суицидального поведения, будут характерны такие акцентуации, как гипертимность, эмотивность и циклотимность. А также, при выраженности таких акцентуаций как гипертимность, эмотивность и циклотимность будут присутствовать черты демонстративного суицидального поведения.

Также были выявлены положительные статистически значимые связи между показателем суицидального риска «аффективность» и показателями агрессивности «общий уровень агрессии» ($r = 0,268, p < 0,05$), «гнев» ($r = 0,315, p < 0,05$), а также акцентуациями «возбудимость» ($r = 0,270, p < 0,05$), «циклотимность» ($r = 0,263, p < 0,05$). Эти данные свидетельствуют о том, что для подростков, у которых будет выражено преобладание эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации, будут характерны такие акцентуации, как возбудимость и циклотимность, а также выражение таких показателей, как гнев. Также, это свидетельствует о том, что с ростом общего показателя агрессии будет повышаться показатель аффективности и наоборот.

Положительные статистически значимые связи были установлены между показателем суицидального риска «уникальность» и акцентуациями «гипертимность» ($r = 0,498, p < 0,01$), «дистимность» ($r = 0,271, p < 0,05$), что обуславливает проявление такой особенности у подростков как восприятие себя и ситуации как явления исключительного и не похожего на другие, сопровождающейся такими типами акцентуаций, как гипертимность и дистимность.

По данным корреляционного анализа между показателем суицидального риска «несостоятельность» и показателями агрессивности «общий уровень агрессии» ($r = 0,335, p < 0,01$), «физическая агрессия» ($r = 0,256, p < 0,05$), «враждебность» ($r = 0,449, p < 0,01$), а также акцентуациями «педантичность» ($r = 0,339, p < 0,01$), «тревожность» ($r = 0,432, p < 0,01$), «экзальтированность» ($r = 0,482, p < 0,01$) выявлены положительные статистически значимые связи. Можно предположить, что для подростков, у которых будут такие переживания своей несостоятельности как некомпетентность, ненужность, никчемность будут характерны такие типы акцентуации, как тревожный, педантичный и экзальтированный тип и наоборот. Также, с ростом показателя «несостоятельность», будет расти общий показатель агрессии. Помимо этого, для данного суицидального показателя будет характерно проявление агрессии в виде физической агрессии и враждебности.

Данные анализа результатов исследования выявили положительные статистически значимые связи между показателем суицидального риска «социальный пессимизм» и акцентуацией «эмотивность» ($r = 0,267, p < 0,05$). Это показывает, что для подростков, которые воспринимают окружающий мир как враждебный, не соответствующий представлениям о нормальных отношениях с социумом, будет характерен эмотивный тип акцентуации и наоборот.

Нами были выявлены положительные статистически значимые связи между показателем суицидального риска «слом культурных барьеров» и акцентуациями «демонстративность» ($r = 0,260, p < 0,05$), «педантичность» ($r = 0,304, p < 0,05$), «экзальтированность» ($r = 0,375, p < 0,01$). Для подростков, у которых будут выражены такие особенности, как поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или делающих его в какой-то мере привлекательным, будут характерны такие типы акцентуаций, как демонстративный тип, педантичный тип и экзальтированный тип и наоборот.

Были установлены положительные статистически значимые связи между показателем суицидального риска «максимализм» и показателями агрессивности «общий уровень агрессии» ($r = 0,356, p < 0,05$), «физическая агрессия» ($r = 0,306, p < 0,05$), «враждебность» ($r = 0,378, p < 0,05$), а также акцентуациями «педантичность» ($r = 0,323, p < 0,05$), «гипертимность» ($r = 0,350, p < 0,01$), «экзальтированность» ($r = 0,302, p < 0,05$). Также, нами была выявлена отрицательная статистически значимая связь с акцентуацией «застревание» ($r = -0,272, p < 0,05$). Таким образом, для подростков, у которых будет выражен такой суицидальный показатель как «максимализм» будут характерны такие типы акцентуаций как педантичный тип, гипертимный тип и экзальтированный тип. Также с ростом показателя «максимализм» будет расти общий показатель агрессии. Помимо этого, для данного суицидального показателя будет характерно проявление агрессии в виде физической агрессии и враждебности. Также с ростом показателя «максимализм» будет не характерен такой тип акцентуации как застревающий тип.

Нами были выявлены положительные статистически значимые связи между показателем суицидального риска «временная перспектива» и показателями агрессивности «общий уровень

агрессии» ($r = 0,368, p < 0,01$), «физическая агрессия» ($r = 0,379, p < 0,01$), «враждебность» ($r = 0,304, p < 0,05$), а также акцентуациями «гипертимность» ($r = 0,455, p < 0,01$), «экзальтированность» ($r = 0,488, p < 0,01$). Можно сделать выводы, что для подростков, у которых будет выражен такой суицидальный показатель как «временная перспектива» будут характерны такие типы акцентуаций как гипертимный тип и экзальтированный тип и наоборот. Помимо этого, для данного суицидального показателя будет характерно проявление агрессии в виде физической агрессии и враждебности.

Положительные статистически значимые связи были выявлены между показателем суицидального риска «антисуицидальный фактор» и акцентуациями «гипертимность» ($r = 0,317, p < 0,05$), «дистимия» ($r = 0,367, p < 0,01$), «эмотивность» ($r = 0,326, p < 0,05$). Можно предположить, что для таких акцентуаций как гипертимный, дистимный и эмотивный тип менее характерны суицидальные риски.

Заключение

Таким образом, установленные взаимосвязи показателей суицидального риска, агрессии и типов акцентуаций подростков таджикской культуры определяют следующие особенности:

- для подростков, у которых будет выражены такие качества как желание привлечь внимание окружающих к себе, будут характерны акцентуации: гипертимность, эмотивность и циклотимность;
- для подростков, у которых будет выражено преобладание эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации, будут характерны такие акцентуации как возбудимость и циклотимность;
- для подростков, у которых будут такие переживания своей несостоятельности как некомпетентность, ненужность, никчемность будут характерны такие типы акцентуации как тревожный, педантичный и экзальтированный тип;
- для подростков, у которых будут выражены такие особенности как поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или делающих его в какой-то мере привлекательным, будут характерны такие типы акцентуаций как демонстративный, педантичный и экзальтированный типы;

- для подростков, у которых будет выражен суицидальный показатель «временная перспектива» будут характерны гипертимный и экзальтированный типы акцентуаций, а также проявление агрессии в виде физической агрессии и враждебности.

Дальнейшее исследование особенностей суицидального поведения подростков обусловлено поиском типологических характеристик как предикторов суицидального поведения.

Сведения об авторах

Файзуллоев Хикматулло Исматуллоевич – магистрант второго года обучения, факультет психологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (г. Томск, 634050, пр. Ленина, 36, e-mail: hikmatullofaizulloev2@gmail.com)

Пенявская Анастасия Владимировна – кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры генетической и клинической психологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (г. Томск, 634050, пр. Ленина, 36, e-mail: Penyavskaya@gmail.com)

Ю.С. Худина

ОСОБЕННОСТИ ЛОКУСА КОНТРОЛЯ И АФФЕКТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИД

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Ju.S. KHUDINA

PECULIARITIES OF LOCUS OF CONTROL AND AFFECTIVE-BEHAVIORAL REACTIONS IN PATIENTS WITH ORGANIC PERSONALITY DISORDER WHO COMMITTED SUICIDE

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don

Введение

Проблема суицидов является одной из актуальных проблем в Российской Федерации. Согласно официальной статистике,

половозрастные особенности суицидов способствуют тому, что Россия находится в рейтинге двадцати стран по уровню самоубийств [5].

В последние годы тематике суицида при органических расстройствах личности было посвящено незначительное количество статей [6, 7, 14, 16]. Некоторые работы описывают эмоциональные предикторы суицидального поведения разного возраста, например, эмоциональные состояния [1], агрессию [4, 11]. Другие авторы указывают на нарушения социализации (сложности с коммуникацией, резкое социальное расслоение, трудности в учебной и профессиональной сферах, социальная инертность и т.д.), указывая между строк на личностные особенности исследуемого контингента [2, 9, 10].

По данным литературы существуют взаимосвязи между локусом контроля и суицидальными тенденциями, описанные при анализе возрастных и гендерных особенностей выборки [12]. Так, R. Smallwood с соавт. в своих исследованиях выявили, что интернальный локус контроля может способствовать снижению риска суицида у исследуемых [15, 17].

Необходимость изучения суицидального поведения у пациентов с органическим расстройством личности с акцентом на локус контроля и аффективно-поведенческими проявлениями обусловлена неблагоприятным влиянием на качество жизни пациентов и их социальную реабилитацию (социализацию).

Цель исследования

Оценка взаимосвязи суицидального поведения с аффективно-поведенческими (эмоциональная возбудимость, неуправляемая эмоциональная возбудимость, уровень агрессии) и личностными (шкалы локуса контроля) проявлениями у пациентов с органическим расстройством личности.

Материалы и методы исследования

Исследование носило характер добровольного и было проведено с 2019 по 2021 г. В нем приняли участие 215 человек, разделенных на две группы. Основная группа состояла из 94 пациентов с диагнозом «Органическое расстройство личности». Диагноз был верифицирован стационарным учреждением

психиатрического профиля. Возраст исследуемых находился в диапазоне от 18 до 44 лет. Базой для исследования основной группы послужило ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России, куда исследуемые обратились с целью определения группы инвалидности и/или разработки индивидуальной программы реабилитации и абилитации. Контрольная группа состояла из 121 психически здорового добровольца и была набрана среди учащихся ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России и сотрудников ФКУ «ГБ МСЭ по РО» Минтруда России. Возраст исследуемых также находился в аналогичном диапазоне – от 18 до 44 лет. Были использованы клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический и экспериментально-психологический методы. Методики оценки аффективно-поведенческих реакций были представлены: опросником Б.Н. Смирнова «Эмоциональная возбудимость–уровневенность» [8], опросником В.В. Бойко «Неуправляемая эмоциональная возбудимость (импульсивность)» [3], опросником А. Ассингера «Диагностика склонности к агрессивному поведению» [8]. Анализ локуса контроля проводился по опроснику Е.Ф. Бажина «Исследование уровня субъективного контроля» (Энциклопедия психологических тестов, 1997). Сбор и оценка базы данных были проведены при помощи программы MS Excel 2017. Статистическая обработка и оценка были выполнены с применением программ MS Excel 2017 и StatTech 4.1.2 (ООО «Статтех», Россия, 2024).

Полученные результаты

В основной группе было выявлено 9 исследуемых (9,6 % случаев), из них 5 мужчин (7,6 % случаев от гендерной выборки мужчин) и 4 женщины (14,3 % случаев от гендерной выборки женщин). В контрольной группе суицидального поведения выявлено не было. Анализ четырехпольных таблиц (критерий χ^2) выявил значимые различия между группами и наличием суицидального поведения ($p < 0,001$), что позволяет утверждать: суицидальное поведение чаще выявляется у пациентов с органическим расстройством личности.

Расчет относительного риска суицидального поведения выявил следующее: у пациентов с органическим расстройством

личности суицидальное поведение наблюдается в 2,4 раза чаще, чем у здоровых исследуемых. Уровень значимости данной взаимосвязи соответствует $p < 0,05$, так как 95% доверительный интервал не включает в себя единицу (95% ДИ: 2,071–2,876).

Основная группа была разделена на 2 подгруппы:

- I подгруппа включала пациентов с органическим расстройством личности и суицидальным поведением;
- II подгруппа включала пациентов с органическим расстройством личности без суицидального поведения.

Анализ количественных шкал локуса контроля I подгруппы выявил преобладание пограничных интернальных профилей, находящихся на среднем уровне интернальности. Для II подгруппы было характерно преобладание экстернальных профилей, отвечающих среднему и низкому уровням интернальности. В контрольной группе преобладающим был интернальный тип профиля, находящийся на высоком и среднем уровнях шкалы общей интернальности.

Оценка связи между типом профиля и суицидом в группах показала значимые различия ($p < 0,001$).

В I подгруппе медианные и интерквартильные показатели шкал локуса контроля незначительно отличались от II подгруппы. Контрольная группа имела более высокие показатели (табл. 1).

Таким образом, у пациентов с органическим расстройством личности более низкие показатели шкал локуса контроля, чем у здоровых исследуемых. Вероятность возникновения суицидального поведения уменьшается по мере роста баллов шкалы локуса контроля.

Анализ аффективно-поведенческих методик среди исследуемых с суицидальным поведением показал преобладание умеренной импульсивности и умеренной агрессии в основной группе. В I подгруппе показатели опросников были выше, чем во II подгруппе. В контрольной группе преобладали ответы об отсутствии неуправляемой эмоциональной возбудимости (импульсивности) и агрессии (табл. 2).

Таблица 1

Анализ показателей шкал локуса контроля

Категории	Основная группа (n = 94)		Контрольная группа (n = 121)	Статистическая значимость
	I подгруппа (n = 9)	II подгруппа (n = 85)		
	Me; [Q1–Q3]	Me; [Q1–Q3]	Me; [Q1–Q3]	
Шкала (Ио)	22; [22–23]	21; [17–23]	27; [24–31]	$p < 0,001^*$
Шкала (Ид)	6; [6–7]	6; [4–7]	9; [7–10]	$p < 0,001^*$
Шкала (Ин)	5; [5–5]	5; [4–7]	7; [6–9]	$p < 0,001^*$
Шкала (Ис)	5; [3–6]	5; [3–6]	6; [5–7]	$p < 0,001^*$
Шкала (Ип)	5; [4–5]	4; [3–5]	5; [5–6]	$p < 0,001^*$
Шкала (Им)	2; [2–2]	2; [1–2]	3; [2–4]	$p < 0,001^*$
Шкала (Из)	2; [1–2]	2; [1–2]	2; [2–3]	$p < 0,001^*$

Примечание. * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$); Шкала (Ио) – шкала общей интернальности, Шкала (Ид) – шкала интернальности в области достижений, Шкала (Ин) – шкала интернальности в области неудач, Шкала (Ис) – шкала интернальности в семейных отношениях, Шкала (Ип) – шкала интернальности в области производственных отношений, Шкала (Им) – шкала интернальности в области межличностных отношений, Шкала (Из) – шкала интернальности в области здоровья.

Таблица 2

Анализ показателей шкал с аффективно-поведенческими проявлениями

Категория	Основная группа (n = 94)		Контрольная группа (n = 121)	Статистическая значимость
	I подгруппа (n = 9)	II подгруппа (n = 85)		
	Me; [Q1–Q3]	Me; [Q1–Q3]	Me; [Q1–Q3]	
ЭВ	6; [6–12]	10; [7–15]	11; [5–16]	$p = 0,932$
НЭВ	8; [5–8]	6; [4–6]	4; [2–5]	$p < 0,001^*$
Агр	41; [41–43]	38; [33–45]	33; [31–35]	$p < 0,001^*$

Примечание. * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$); ЭВ – опросник Б.Н. Смирнова «Эмоциональная возбудимость-уравновешенность», НЭВ – опросник В.В. Бойко «Неуправляемая эмоциональная возбудимость», Агр – опросник А. Ассингера «Диагностика склонности к агрессивному поведению».

Это позволяет сделать вывод о том, что в подгруппе пациентов с органическим расстройством личности, совершивших суицид, гораздо чаще встречаются нарушения эмоциональной возбудимости/импульсивности и агрессии.

Оценивая взаимосвязь вероятности возникновения суицидального поведения с показателями шкал локуса контроля, было выявлено следующее: суицидальное поведение может приводить к снижению по шкале интернальности в области неудач на 1,471 б. Связи при анализе возникновения суицидального поведения с иными шкалами локуса контроля выявлено не было. Из этого следует: суицидальное поведение может являться не только проблемой аффективного характера, но и личностного. Гипотетическая возможность снижения шкалы интернальности в области неудач при моделировании ситуации способствует снижению субъективного чувства ответственности человека при столкновении с неудачами. Человек будет связывать негативные жизненные ситуации с посторонними проявлениями и обвинять окружающих, вместо попыток осознать произошедшее и попытаться изменить что-либо.

Оценивая взаимосвязь вероятности возникновения суицидального поведения с аффективно-поведенческими проявлениями, было выявлено, что суицидальное поведение способствует увеличению уровня агрессии на 5,443 б. В некоторых случаях связь являлась двунаправленной: суицидальное поведение может способствовать как изменению уровня неуправляемой эмоциональной возбудимости, так и изменению уровня импульсивности может способствовать возникновению суицидального поведения. Было выявлено следующее: увеличение уровня импульсивности на 1 б. может способствовать увеличению возникновения суицидального поведения в 1,327 раза; в то же время суицидальное поведение может способствовать увеличению неуправляемой эмоциональной возбудимости на 2,001.

Заключение

Анализ полученных результатов позволяет говорить о том, что суицидальное поведение у пациентов с органическим рас-

стройством личности является сложным показателем, на который могут оказывать влияние разные факторы – в нашем случае, неуправляемая эмоциональная возбудимость. Кроме того, суицидальное поведение может способствовать усилению аффективно-поведенческих нарушений (неуправляемая эмоциональная возбудимость, уровень агрессии). Наряду с этим, суицидальное поведение оказывает влияние на субъективную оценку человека в негативных жизненных ситуациях.

Литература

1. *Акопян Л.С., Мишина С.С.* Эмоциональные состояния как детерминанты суицидального поведения подростков // Поволжский педагогический вестник. – 2019. – Т. 7, № 1(22).
2. *Ардашев Р.Г.* Иррациональные основы суицида // Гуманитарный вектор. – 2022. – Т. 17, № 2. – С. 58–68.
3. *Бойко В.В.* Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М.: Филинь, 1996. – 469 с.
4. *Бохан Н.А., Аболонин А.Ф., Мандель А.И., Назарова И.Я. и др.* Агрессия и суицидальное поведение подростков в различных условиях социализации // Суицидология. – 2018. – Т. 9, № 2(31). – С. 50–60.
5. *Бурова Ю.В., Айзятова Л.Ф.* Суицид как деструкция современного общества // Общество: политика, экономика, право. – 2021. – № 8. – С. 66–70.
6. *Васильев В.В., Сергеева Е.А.* Эпидемиология завершенных суицидов при органических психических расстройствах // Российский психиатрический журнал. – 2017. – № 3. – С. 4–9.
7. *Ваулин С.В., Алексеева М.В., Монерец Т.В.* Госпитальные суицидальные попытки и самоубийства в психиатрическом стационаре, во время лечебного отпуска и в ранние сроки после выписки // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2017. – Т. 16, № 1. – С. 94–99.
8. *Ильин Е.П.* Эмоции и чувства (Мастера психологии): учеб. пособие. – СПб.: «Питер», 2011. – 793 с.
9. *Каршибаева Г.А.* Факторы и причины суицида // Scientific Impulse (Научный импульс). – 2022. – № 1(2). – С. 651–656.
10. *Логаш Е.В., Калигин А.Р., Немальцина М.С., Аванесов А.С.* Суицид как социальная проблема: причины, признаки, взгляды

мыслителей // Лучшая научная статья 2021: сборник статей XL Международного научно-исследовательского конкурса, Пенза, 30 января 2021 года. – Пенза: «Наука и Просвещение», 2021. – С. 85–89.

11. *Розанов В.А.* Агрессия и аутоагрессия (суицид) – анализ с позиций нейробиологии // Суицидология. – 2022. – Т. 13, № 3(48). – С. 3–38.

12. *Трухан Е.А., Шаранда М.А.* Суицидальный риск и локус контроля у мужчин на этапе ранней зрелости // Журнал Белорусского государственного университета. Философия. Психология. – 2022. – № 2. – С. 59–65.

13. Энциклопедия психологических тестов: Личность, мотивация, потребность / Под ред. А. Карелин. – М.–Назрань: «Издательство АСТ», 1997. – 299 с.

14. *Alejos M., Vázquez-Bourgon J., Santurtún M., Riancho D. et al.* Existe mayor riesgo de suicidio en pacientes diagnosticados de una enfermedad neurológica? Do patients diagnosed with a neurological disease present increased risk of suicide // Neurología. – 2023. – N 38(1). – P. 42–48.

15. *Aviad-Wilchek Y.* Locus of control and the meaning of life as a salutogenic model that reduces suicidal tendencies in patients with mental illness // Curr. Psychol. – 2021. – N 40. – P. 465–74.

16. *Bachmann S.* Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2018. – N 15(7). – P. 1425. – doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>.

17. *Smallwood R., Curio A., Rebar A.L.* Internal locus of control buffers the impact of daily stressors on Australian Farmers' well-being: A cross-sectional study // Australian Journal of Rural Health. – 2022. – N 1(2). – P. 285–293.

Сведения об авторах

Худина Юлия Сергеевна – врач-психиатр; ассистент кафедры психиатрии Ростовского государственного медицинского университета (344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29; e-mail: khudina_julia@mail.ru)

Ю.С. Худина, Е.В. Власенко

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ РИСКА СУИЦИДА И ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕНСИТИЗАЦИИ

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

JU.S. KHUDINA, E.V. VLASENKO

ASSESSMENT OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SUICIDE RISK AND CENTRAL SENSITIZATION

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don

Введение

Проблема суицидальных тенденций среди студентов не теряет актуальности в литературе [1, 4, 5]. Боль считается одним из предикторов возникновения суицида, однако, редко «выступает в качестве единственного просуицидального фактора» [3]. Боль, как защитный механизм организма, может проявляться в разных симптомах и синдромах. Одним из феноменов, включающих в себя клинику болевых проявлений, является центральная сенситизация.

Цель исследования

Оценка взаимосвязи уровня суицидального риска с уровнем центральной сенситизации у студентов.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе Ростовского государственного медицинского университета в период с января 2024 года по февраль 2024 года. Исследование являлось добровольным и анонимным, проводилось с применением дистанционных технологий (Google Формы). Было обследовано 80 студентов разных курсов: 16 юношей и 64 девушки. Вопросы анкеты включали изучение риска суицида, проводившееся по шкале оценки риска суицида (The Sad Persons Scale, Patterson et al., 1983), а также феномена нервной сенситизации по опроснику центральной сенситизации [2]. Статистическая обработка результатов вклю-

чала создание базы данных и анализ полученных результатов с применением программ MS Excel 2017, StatTech 4.0.7, 2024.

Полученные результаты

При анализе ответов шкалы оценки риска суицида суицидальные попытки были отмечены как совершенные 11 исследуемыми (1 мужчина и 10 женщин), что составило 13,75 % случаев (6,25 % случаев в выборке мужчин и 15,6 % случаев в выборке женщин). Из них 10 человек сообщили, что имели депрессивные состояния в прошлом (1 мужчина и 9 женщин), что составило 12,5 % случаев (6,25 % и 14,1 % случаев). А положительный ответ на вопрос о воображении организованного плана суицида дали 5 студентов (5 женщин), что составило 6,25 % случаев (7,8 % случаев в выборке женщин). Все они отметили депрессивные состояния в прошлом.

Среди патологий, отмеченных в части B опросника центральной сенситизации, исследуемыми были указаны психические и соматические проявления. Так, тревожность, депрессию, панические атаки или их сочетания в разных проявлениях, отмечал каждый четвертый студент, синдром хронической усталости – каждый шестой студент. Синдром беспокойных ног указали студенты в 13,75 % случаев, синдром раздраженного кишечника – 11,25 % случаев, фибромиалгии – 3,75 % случаев. Также были отмечены нозологии, не указанные в данном опроснике: заболевания щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта и т.д.

Максимальное количество ответов по шкале оценки суицидального риска относилось к низкому риску суицида. Процентное соотношение мужчин и женщин в данной категории оказалось идентичным. Гендерные особенности по среднему и высокому риску суицида были достаточно близкими между собой. Минимальное количество ответов было получено в категории «очень высокий риск». Субклинический уровень центральной сенситизации имел максимальное число ответов. Процентное соотношение мужчин превалировало над таковым у женщин. Умеренный и выраженный уровни центральной сенситизации являлись следующими по частоте встречаемости. В этих и остальных уровнях центральной сенситизации отмечалось повышенное процентное соотношение женщин. Несмотря на вышеизложенное,

достоверные различия пола в каждой из примененных шкал не были выявлены ($p = 0,964$ и $p = 0,081$). Таким образом, в нашем исследовании риск суицида, как и уровень центральной сенситизации, не зависит от пола. Наибольшее количество суицидальных попыток в анамнезе было у исследуемых с выявленным высоким риском суицида. Гендерные особенности в данном случае были одинаковыми. А среди уровней центральной сенситизации наибольшее количество суицидальных попыток в анамнезе оказалось у выраженного уровня. По всем процентным показателям (кроме субклинического уровня) отмечалось преобладание женщин.

Таблица 1

Анализ показателей методик, используемых в исследовании

Методики	Показатели	Выборка		Из них отметили суицидальные попытки в анамнезе	
		абс. (мужчины, женщины)	% (мужчины, женщины)	абс. (мужчины, женщины)	% (мужчины, женщины)
Шкала оценки риска суицида	Низкий риск	65 (13; 52)	81,25 (81,25; 81,25)	2 (0; 2)	2,5 (0,0; 3,1)
	Средний риск	9 (2; 7)	11,25 (12,5; 10,9)	3 (0; 3)	3,75 (0,0; 5,0)
	Высокий риск	5 (1; 4)	6,25% (6,25; 6,25)	5 (1; 4)	6,25 (6,25; 6,25)
	Очень высокий риск	1 (0; 1)	1,25% (0,0; 1,6)	1 (0; 1)	1,25 (0,0; 1,6)
Опросник центральной сенситизации	Субклиническая	45 (14; 31)	56,25 (87,5; 48,4)	1 (1; 0)	1,25 (6,25; 0,0)
	Легкая	8 (0; 8)	10,0 (0,0; 12,5)	3 (0; 3)	3,75 (0,0; 5,0)
	Умеренная	11 (1; 10)	13,75 (6,25; 15,6)	1 (0; 1)	1,25 (0,0; 1,6)
	Выраженная	12 (1; 11)	15,0 (6,25; 17,2)	5 (0; 5)	6,25 (0,0; 7,8)
	Критическая	4 (0; 4)	5,0 (0,0; 6,3)	1 (0; 1)	1,25 (0,0; 1,6)

Показатели оценки риска суицида с сенситивными проявлениями представлены в таблице 2.

Таблица 2

*Анализ качественных показателей шкал,
использованных в исследовании*

Показатели	Категории	Риск суицида				Статистическая значимость, p
		Низкий	Средний	Высокий	Очень высокий	
Центральная сенситизация	Субклиническая	42 (52,5 %)	2 (2,5%)	1 (1,25%)	0 (0,0%)	$p < 0,001^*$
	Легкая	6 (7,5 %)	2 (2,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
	Умеренная	9 (11,25 %)	2 (2,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
	Выраженная	5 (6,25 %)	3 (3,75%)	4 (5,0%)	0 (0,0%)	
	Критическая	3 (3,75 %)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,25%)	

Примечание. * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Субклинический уровень центральной сенситизации более чем в половине случаев имел низкий риск суицида. Критический уровень центральной сенситизации был единственным показателем с выявленным очень высоким риском суицида. Сравнительный анализ показателей шкал выявил достоверную значимость с уровнем риска суицида ($p < 0,001$). Таким образом, чем выше категория центральной сенситизации, тем выше категория риска суицида.

Изучение медианных и интерквартильных показателей выявило низкие значения при низком риске суицида. Далее наблюдалось повышение медианных и интерквартильных показателей. Сравнительный анализ показателей выявил статистически значимые различия ($p = 0,003$). Таким образом, увеличение баллов по шкале центральной сенситизации привело к увеличению баллов по шкале риска суицида. Одинаковые показатели медианы

с первым и третьим квартилями у центральной сенситизации с очень высоким уровнем суицида объясняется тем, что критический уровень центральной сенситизации в сочетании с очень высоким риском суицида встречался только у одной студентки в выборке.

Показатели медианных и интерквартильных показателей опросника центральной сенситизации относительно уровня риска суицида представлены в таблице 3.

Таблица 3

Анализ медианных и интерквартильных показателей опросника центральной сенситизации (Me; [Q1-Q3])

Показатели	Риск суицида				Статистическая значимость, p
	Низкий	Средний	Высокий	Очень высокий	
Центральная сенситизация	22,00 [13,00–40,00]	45,00 [32,00–51,00]	52,00 [51,00–57,00]	63,00 [63,00–63,00]	$p = 0,003^*$

Примечание. * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Корреляционный анализ для моделирования взаимосвязей показателей в исследовании выявил следующее:

- увеличение баллов по шкале оценки риска суицида ($p < 0,001$) и снижение баллов по опроснику центральной сенситизации ($p < 0,001$) чаще будут возникать у лиц мужского пола;
- увеличение риска суицида может способствовать увеличению показателей центральной сенситизации ($p < 0,001$) и наоборот, т.е. увеличение показателей центральной сенситизации может способствовать росту риска суицида.

Заключение

В результате проведенного исследования в выборке была выявлена и изучена связь между риском суицида и уровнем центральной сенситизации. Несмотря на отсутствие значимых различий при сравнении пола с используемыми методиками, построение моделей позволило выявить влияние гендерных осо-

бенностей на риск суицида и уровня центральной сенситизации. Взаимосвязь, характеризующая увеличение одной категории и рост другой, прослеживается как в оценке на момент исследования, так и при моделировании. Обращает на себя внимание двунаправленность взаимосвязи показателей риска суицида и центральной сенситизации.

Литература

1. *Васильева Л.Н., Щепеткова С.С.* О суицидальном риске у студентов медиков // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2015. – Т. 7, № 3.

2. *Есин О.Р., Горобец Е.А., Хайруллин И.Х., Есин Р.Г. и др.* Опросник центральной сенситизации – русскоязычная версия // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т. 120(6). – С. 51–56.

3. *Зотов П.Б., Любов Е.Б., Федоров Н.М., Бычков В.Г. и др.* Хроническая боль среди факторов суицидального риска // Суицидология. – 2019. – Т. 10, № 2(35). – С. 99–115.

4. *Розанов В.А., Лаская Д.А. Шаболтас А.В.* Самоубийства студентов – что мы знаем, и чего мы не знаем (результаты анализа сообщений сетевых СМИ) // Суицидология. – 2021. – Т. 12, № 3(44). – С. 39–57.

5. *Хритинин Д.Ф., Есин А.В., Сумарокова М.А., Рашидов Н.Р. и др.* Особенности суицидального поведения у студентов медицинского вуза // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2017. – № 10.

Сведения об авторах

Худина Юлия Сергеевна – врач-психиатр; ассистент кафедры психиатрии Ростовского государственного медицинского университета (344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29; e-mail: khudina_julia@mail.ru)

Лизенко Елизавета Владимировна – студентка 5 курса; педиатрический факультет Ростовского государственного медицинского университета (344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29; e-mail: liza.vl.liza@yandex.ru)

**А.А. Чернышова, А.А. Логачева, Т.Н. Кривошапова,
А.А. Обухова**

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА
В РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ
ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ**

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»,
г. Тамбов

**A.A. Chernyshova, A.A. Logacheva, T.N. Krivoshapova,
A.A. OBUKOVA**

**THE USE OF A BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH IN THE DEVELOPMENT
OF RENABILITATION PROGRAMS FOR ADOLESCENTS WITH SUICIDAL
TENDENCIES**

Tambov Psychiatric Clinical Hospital, Tambov

В современном обществе проблема суицидального поведения несовершеннолетними является одной из самых тревожащих и сложных. Трудности подросткового периода вынуждают обращаться за помощью к специалистам психиатрических служб.

Цель исследования

Разработка и апробация психосоциальной программы реабилитации для подростков, имеющих суицидальные тенденции.

Материал и методы исследования

Для определения основных социально-психологических факторов, негативно влияющих на развитие подростков, были проанализированы семьи 47 несовершеннолетних в возрасте от 12 до 18 лет. Выявленные проблемы стали основой для разработки программы реабилитации.

Результаты и их обсуждение

Проведенные исследования на базе ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» показали, что за последние пять лет посещаемость детского врача-психиатра выросла в 1,1 раза, при этом процентное соотношение показывает

смещение вектора в сторону консультативной группы с 1 : 4,15 до 1 : 3,43.

Основные проблемы, озвученные подростками, были связаны с проблемами коммуникации и трудностями в выстраивании отношений с близкими и окружающими. Высокий риск суицида был выявлен у 71 %, суицидальные тенденции в виде самопорезов – у 62 %.

При оказании помощи несовершеннолетним использовался биопсихосоциальный подход. Разработанная программа реабилитации включала в себя индивидуальные консультации с подростками – 10 встреч, 3 консультации с родителями, 2 семейных консультирования и групповые занятия в открытом формате. В работе использовалось сочетание разнообразных способов и методов психокоррекции. В среднем участие в программе варьировалось от 4 до 6 месяцев.

После прохождения полного курса занятий у подростков сформировался ряд адаптационных механизмов. Это способствовало улучшению взаимоотношения в семье. Повторное исследование не выявило подростков с высоким риском суицида.

Выводы

Для разработки реабилитационных программ целесообразно использовать биопсихосоциальный подход. Комплексная психосоциальная работа с подростками и их семьями по разработанной программе способствовала снижению риска суицида и улучшила взаимоотношения в семье.

Сведения об авторах

Чернышова Анна Александровна – детский врач-психиатр ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» (392000, г. Тамбов, ул. Московская, д. 27; e-mail: tpkb@zdrav.tambov.gov.ru)

Логачева Анжелика Александровна – специалист по социальной работе ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» (392000, г. Тамбов, ул. Московская, д. 27; e-mail: tpkb@zdrav.tambov.gov.ru)

Кривошапова Татьяна Николаевна – медицинский психолог ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», (392000, г. Тамбов, ул. Московская, д. 27; e-mail: tpkb@zdrav.tambov.gov.ru)

Обухова Анастасия Александровна – детский врач-психиатр ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» (392000, г. Тамбов, ул. Московская, д. 27; e-mail: tpkb@zdrav.tambov.gov.ru)

Е.А. ЧЕСНОКОВА

**АНАЛИЗ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ
г. ТУЛУНА И ТУЛУНСКОГО РАЙОНА ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
В 2013–2023 гг.**

ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер»,
Тулунский филиал, г. Тулун

E.A. CHESNOKOVA

**ANALYSIS OF COMPLETED SUICIDES AMONG THE POPULATION
OF TULUN AND TULUN DISTRICT OF IRKUTSK REGION IN 2013–2023**

Irkutsk Regional Psychoneurological Dispensary, Tulun Branch, Tulun

Актуальность

Самоубийство является серьезной глобальной проблемой общественного здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире от самоубийств умирают более 700 000 человек. Самоубийство входит в число основных причин смерти человека во всем мире. Снижение смертности от самоубийств является приоритетом ВОЗ [1, 2].

По данным ВОЗ, глобальный уровень самоубийств в мире в 2023 г. составил 11,4 на 100 000 человек. Однако этот показатель сильно варьирует в разных странах. Россия входит в число 10 стран с самым высоким уровнем самоубийств [3].

Цель исследования

Изучение распространенности завершенных суицидов среди населения г. Тулуна и Тулунского района Иркутской области за 11-летний период с 2013 по 2023 г.

Материалы и методы исследования

Проанализированы данные Тулунского судебно-медицинского отделения ГБУЗ Иркутское областное бюро судебно-медицинской экспертизы о завершенных суицидах по г. Тулуну и Тулунскому району за 11-летний период с 2013 по 2023 г.

Использовалась статистическая обработка при помощи пакетов программы «Statistica 10.0 for Windows».

Результаты и их обсуждения

За 11-летний период с 2013 по 2023 г. по данным Тулунского судебно-медицинского отделения ГБУЗ Иркутское областное бюро судебно-медицинской экспертизы зафиксировано 297 случаев завершённых суицидов в г. Тулун и Тулунском районе. Из них 239 случаев (80,5 %) совершили мужчины, 58 случаев (19,5 %) – женщины. Показатель мужских суицидов превышает показатель среди женщин в 4 раза. Распределение по возрасту и полу завершённых суицидов в г. Тулуны и Тулунском районе в 2013–2023 гг. приведено на рисунке 1.

Наибольшее количество завершённых суицидов в г. Тулун и Тулунском районе в 2013–2023 гг. приходилось на возрастные периоды 18–30 лет (26,3 %), 30–40 лет (23,5 %) и 40–60 лет (25,5 %). В возрасте 60–75 лет завершённых суицидов регистрировалось значительно меньше – 13,8 %. Минимальный показатель завершённых суицидов наблюдался в возрасте до 18 лет (4,7 %) и 75–90 лет (6,0 %).

Таким образом, подавляющее большинство завершённых суицидов среди населения г. Тулуны и Тулунского района в 2013–2023 гг. приходится на трудоспособный возраст от 20 до 60 лет.

Также стоит отметить, что число завершённых суицидов в г. Тулуны и Тулунском районе в 2013–2023 гг. среди мужчин значительно выше, чем у женщин в любой возрастной категории, что наглядно представлено на рисунке 1.

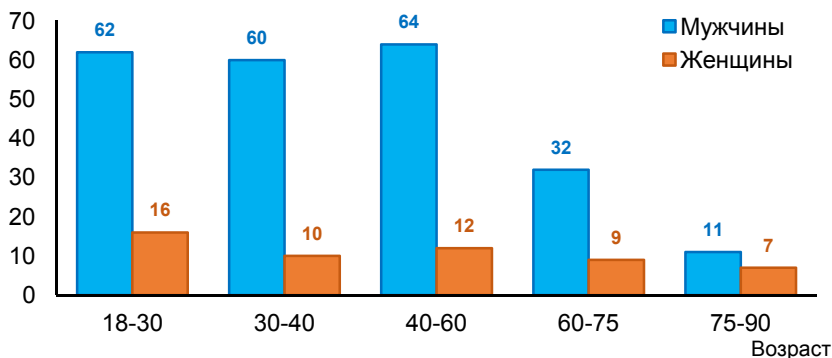


Рис. 1. Распределение по возрасту и полу завершённых суицидов (количество случаев) среди лиц старше 18 лет в г. Тулуны и Тулунском районе в 2013–2023 гг.

Анализ показателей завершённых самоубийств среди городского и сельского населения г. Тулуна и Тулунского района за 10 лет в 2013–2023 гг. показал, что в сельской местности было 155 случаев (52,2 %), в г. Тулуне – 142 случая (47,8 %).

Изучение способов завершённых суицидов в г. Тулуне и Тулунском районе в 2013–2023 гг. продемонстрировало, что подавляющее число как мужчин, так и женщин совершили самоповешение – 252 случая (84,8 %). На втором ранговом месте стоят суициды, совершённые с помощью огнестрельного оружия – 19 случаев (6,4 %). Третье место занимают суициды при помощи бытового отравления лекарственными препаратами или уксусной кислотой – 14 случаев (4,7 %). Реже встретились такие способы совершения суицида, как железнодорожная травма – 2 случая (0,7 %), кататравма (падение с высоты) – 6 случаев (2,0 %), самоподжог – 3 случая (1,2 %), нанесение колото-резаных ран – 1 случай (0,3 %) (рис. 2).

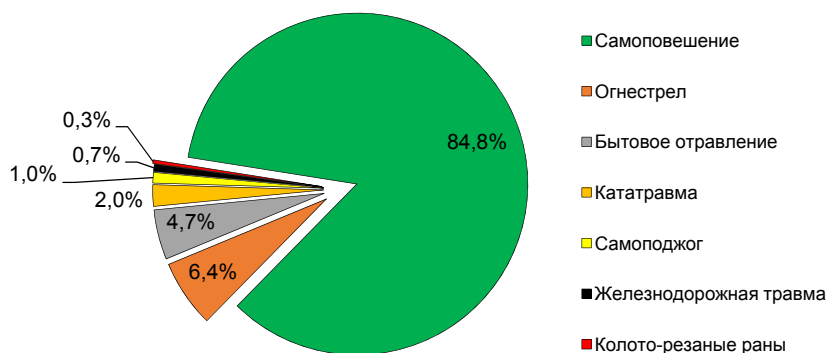


Рис. 2. Распределение завершённых суицидов по способу совершения суицида в г. Тулуне и Тулунском районе в 2013–2023 гг.

Распределение завершённых суицидов среди женщин и мужчин по способу совершения суицида в г. Тулуне и Тулунском районе в 2013–2023 гг. отражено на рисунке 3. Статистически значимых различий по способу совершения суицидов среди мужчин и женщин не зарегистрировано.

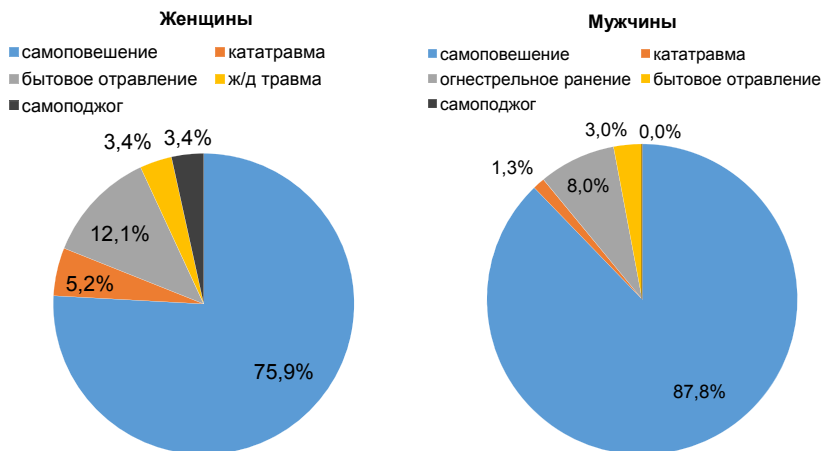


Рис. 3. Распределение завершённых суицидов среди женщин и мужчин по способу совершения суицида в г. Тулуне и Тулунском районе в 2013–2023 гг.

Анализ количества завершённых суицидов по годам представлен на рисунке 4. Наибольшее количество завершённых суицидов приходится на 2015–2017 гг. С 2018 по 2021 г. количество случаев завершённых суицидов остается относительно стабильным, с 2022 г. наблюдается значительный спад.



Рис. 4. Распределение завершённых суицидов по годам (количество случаев и показатель на 100 тысяч) в г. Тулуне и Тулунском районе в 2013–2023 гг.

К возможным причинам суицидального поведения населения города Тулуна и Тулунского района можно отнести социально-экономические проблемы (высокий уровень безработицы, злоупотребление психоактивными веществами, последствия наводнения в 2019 г.). Одной из причин суицидального поведения также являются психические и поведенческие расстройства.

Из проанализированных 297 случаев завершённых суицидов, всего 55 человек (18,5 %) состояли на диспансерном учете у врача-психиатра или психиатра-нарколога, из них было 8 женщин и 47 мужчин.

Распределение лиц, совершивших завершённый суицид в г. Тулуне и Тулунском районе в 2013–2023 гг. по психиатрическому диагнозу в соответствии с МКБ-10 представлено на рисунке 5.

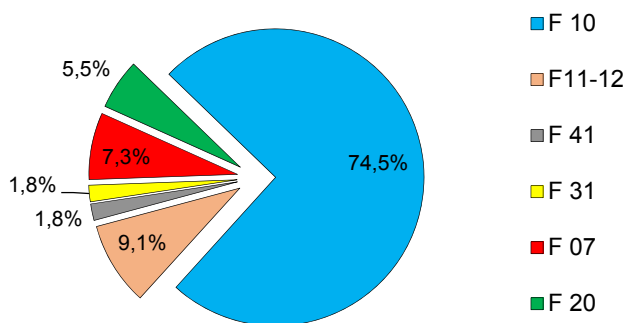


Рис. 5. Распределение лиц, совершивших завершённый суицид в г. Тулуне и Тулунском районе в 2013–2023 гг. по психиатрическому диагнозу в соответствии с МКБ-10.

По психиатрическому диагнозу в соответствии с МКБ-10 среди лиц, совершивших завершённый суицид в г. Тулуне и Тулунском районе в 2013–2023 гг., лидирующую позицию занимает синдром зависимости от алкоголя (F10) – 74,5 %, на втором месте – синдром зависимости от опиоидов и каннабиноидов (F11-12) – 9,1 %, на третьем месте – органическое расстройство личности (F07) – 7,3 %. Значительно реже регистрировались другие психические заболевания: шизофрения (F20) – 5,5 %, биполярное аффективное расстройство (F31) и паническое расстройство (F41) – по 1,8 %.

Заключение

Суицидальная активность населения г. Тулуна и Тулунского района за последние годы значительно снизилась. В 2023 г. было зарегистрировано только 7 случаев (12,2 на 100 000 населения) завершённых суицидов.

В дальнейшем необходимо продолжить контроль за суицидологической ситуацией в г. Тулуне и Тулунском районе, своевременно принимать меры для ее коррекции. На территории г. Тулуна и Тулунского района в ОГБУЗ ИОПНД Тулунский филиал функционирует кабинет амбулаторной антикризисной помощи, телефон доверия, работают два клинических психолога.

С целью профилактики подростковых и детских суицидов на территории муниципального образования создан Координационный совет, в который вошли представители комиссии по делам несовершеннолетних, учреждений образования и здравоохранения. Специалисты данного совета на заседаниях детально разбирают каждый случай подросткового суицида, принимаются все возможные меры по профилактике рецидива. Предпринимаются меры всесторонней помощи семье, в которой воспитываются подростки-суициденты, применяется, в том числе, анонимное консультирование врачом-психиатром.

Специалисты диспансера принимают активное участие в профилактических мероприятиях, направленных на популяризацию здорового образа жизни, доносят информацию до населения о вреде употребления алкоголя и наркотиков, способах повышения стрессоустойчивости. Высокая суицидальная активность населения на территории муниципального образования обусловлена рядом проблем, трудноразрешимых в масштабах не только одного учреждения, но и в масштабах всей страны и мира. В частности, в г. Тулуне и Тулунском районе имеет место высокий уровень безработицы, злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами, что может приводить к росту внутриличностных психологических проблем, стрессу, аффективным расстройствам, в конечном итоге, к суициду. Данная ситуация требует дальнейшего наблюдения, мониторингования и проведения неотложных антикризисных и профилактических мероприятий.

Литература

1. *Васин С.А, Кренив А.А.* Смертность от повреждений с неопределенными намерениями // Смертность от внешних причин в России с середины XX века: коллект. моногр. / Науч. ред. и рук. авт. колл. А.Г. Вишнеvский; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. – С. 328–385.
2. Самоубийства и их профилактика в России, 2018 год: основные факты // Демоскоп Weekly. – 2019. – С. 823–824.
3. URL: <https://www.geeksforgEEKS.org/countries-with-the-highest-suicide-rate-in-the-world>.

Сведения об авторе

Чеснокова Екатерина Андреевна – заведующий общепсихиатрическим отделением, врач-психиатр ОГБУЗ Иркутский областной психоневрологический диспансер, Тулунский филиал (665255, Иркутская область, г. Тулун, ул. Ермакова, д. 17; e-mail: ea_tatarnikova@mail.ru)

Ю.Е. Шматова

ФАКТОРЫ РИСКА СУБЪЕКТИВНОЙ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ В РОССИИ: ИТОГИ ВЫБОРОЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ 2023 Г.¹

ФГБУН «Вологодский научный центр Российской академии наук»,
г. Вологда

Yu.E. Shmatova

RISK FACTORS FOR SUBJECTIVE ANXIETY AND DEPRESSION IN THE OLDER GENERATION IN RUSSIA: RESULTS OF A SELECTIVE OBSERVATION OF THE STATE OF HEALTH IN 2023

The Vologda Research Center of the Russian Academy of Science, Vologda

Психическое здоровье является важным аспектом здорового старения. Из-за нарушения способности к повседневной деятель-

¹ Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-78-10128, <https://rscf.ru/project/23-78-10128/>.

ности, снижения социального участия и снижения способности к самообслуживанию пожилые люди более склонны к депрессии и тревоге [5, 6].

Депрессивные расстройства устойчиво занимают первое место по частоте среди психических нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста. Наибольшая подверженность депрессиям отмечается в возрасте 60–75 лет, причем среди женщин в три раза чаще. В старческом возрасте (75–90 лет) эта разница в частоте депрессий у мужчин и женщин сокращается, в сверхпозднем возрасте (после 90 лет) практически исчезает [2].

Исследователи отмечают, возрастает риск тревоги и депрессии у пожилых при наличии функциональных нарушений [4], стойкого одиночества и социальной изоляции [5, 6]. Особенно актуализировались данные проблемы на фоне пандемии COVID-19, когда почти у половины лиц старшего возраста возникли эмоциональные индикаторы: стресс тревога, депрессия от умеренной до очень тяжелой степени [3].

К тому же неблагоприятные жизненные события, злоупотребление алкоголем и снотворными, физическая немощь, суицидальные мысли при сочетании с депрессией могут вызывать суицидальное поведение. Распространенность последнего среди пожилых обусловлена сложным взаимодействием и кумуляцией биопсихо-социальных факторов, их генетической, нейробиологической, нейрокогнитивной и личностной составляющих [1].

По данным ВОЗ, наиболее высокие уровни суицидов фиксируются именно в пожилых возрастах. По данным Росстата, в 2022 г. смертность от самоубийств среди жителей нашей страны старше 60 лет составила 18,4 случая на 100 тысяч населения, что почти вдвое выше среднероссийского показателя (в 9,7 случая на 100 тыс. нас.). Можно отметить, что уровень суицидов начинает расти среди мужчин после 65 лет, а среди женщин – после 75 лет (рис. 1), достигая пика в возрастной группе 85+.

На протяжении последних 12 лет наблюдается положительная тенденция поступательного сокращения смертности старшего поколения от самоубийств во всех возрастах. В 2015 г. данный показатель среди женщин старше 85 лет опустился ниже

20 случаев на 100 тыс., а среди мужской половины даже в 2022 г. он остается критически высоким.

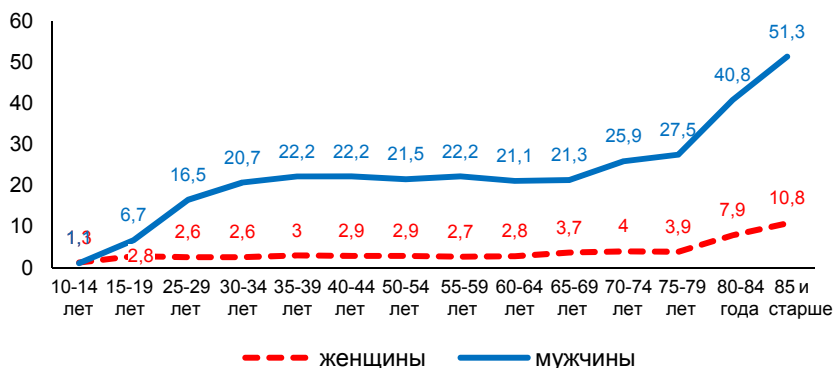


Рис. 1. Уровень самоубийств в России среди мужчин и женщин разных возрастных групп в 2022 г. (случаев на 100 тыс. населения) (Источник: данные Росстата. Смертность от самоубийств (3.4.2. значение показателя за год, РФ, все население); <https://fedstat.ru/indicator/58547>).

Цель данного исследования

Оценить уровень распространения и факторы риска субъективной тревоги и депрессии у представителей старшего поколения.

Методология

Информационную базу исследования составили результаты федерального статистического наблюдения состояния здоровья населения, проведенного в 2023 г. (СЗН-2023), представляющее собой сбор территориальными органами Росстата первичных статистических данных, характеризующих состояние здоровья, пищевые привычки, физическую активность¹. Из общего массива данных ($n = 120446$) были отобраны лица старше 60 лет ($n = 36802$). Для оценки влияния факторов риска тревоги и депрессии применяли показатель относительного риска (ОР). Дополнительно нами анализировались результаты социологических опросов, проводимых ФОМ и ВЦИОМ.

¹ https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/zdor23/PublishSite_2023/index.html

Полученные результаты

По данным опроса ВЦИОМ¹, сам период «старости», по мнению опрошенных россиян, наступает в среднем в 63 года, среди проблем пожилых людей респонденты чаще всего называют бедность, низкие пенсии (61 %), болезни, ухудшение здоровья (40 %) и трудности в использовании цифровых технологий – телефонов, интернета (25 %).

По данным опроса Фонда «Общественное мнение», проведенного в 2020 г.², больше половины (53 %) респондентов считают, что тяжелее всего жить в России именно представителям старшего поколения.

Другие опросы ВЦИОМа, проведенные осенью 2023 г., выявили, что уровень счастья среди лиц старше 60 лет ниже, чем в более молодых возрастах³ и лишь 35 % из них смотрят в будущее с оптимизмом и уверенностью⁴.

По данным СЗН-2023, с возрастом действительно пропорционально увеличивается испытываемая населением тревога по поводу будущего. Так, если она «очень тревожит» лишь каждого десятого молодого человека 15–19 лет, то в группе 60–70 лет – 22 %, а старше 75 лет – каждого четвертого.

Также в результате выборочного исследования состояния здоровья нами было выявлено, что больше половины (53,2 %) опрошенных россиян старше 60 лет находятся, по их мнению, в состоянии тревоги и/или депрессии, причем 5 % охарактеризовали их степень как «сильную». Именно в разрезе данного вопроса (самооценки респондентами состояния тревоги и депрессии) мы рассчитали относительный риск некоторых доступных для анализа факторов. В результате было выявлено следующее.

Женский пол является значимым фактором риска развития тревожных и депрессивных состояний (ОР = 1,19; 95% ДИ: 1,17–1,21). И действительно, среди представительниц старшего

¹ Счастье «третьего возраста»: вызовы и новые смыслы жизни старших россиян. <https://wciom.ru/expertise/schaste-tretego-vozrasta-vyzovy-i-novye-smysly-zhizni-starshikh-rossijan>

² <https://sberbankaktivno.ru/journal/article/1936>

³ <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/schaste-v-rossii-monitoring-5>

⁴ <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/uverennost-v-zavtrashnem-dne-monitoring>

возраста (60+) ощущают у себя симптомы этих расстройств 58 %, а среди мужчин – 45 %.

Крепкое семейное положение (зарегистрированный брак) выступает защитным фактором от возникновения тревоги и депрессии (ОР = 0,79; 95% ДИ: 0,76–0,81), а отсутствие партнера (смерть супруга, развод, «никогда не состоял в браке» – ОР = 1,28; 95% ДИ: 1,25–1,30) и испытываемое чувство одиночества (ОР = 1,73; 95% ДИ: 1,70–1,76), напротив, повышают вероятность развития данных состояний. Наиболее сильно выражена связь в случае вдовства.

По данным опроса ФОМ, в 2020 г. более половины опрошенных респондентов признали наличие сложных межпоколенческих вопросов¹. А опрос, проведенный летом 2023 г.², обнажил высокий уровень межличностного недоверия у старшего поколения: лишь 28 % из них считают, что людям можно доверять, а 63 % полагают, что с людьми надо быть поосторожнее. Лица старше 60 лет более остро воспринимают недоверие по отношению к себе: 40 % расстраиваются и переживают (30 % – 45–60-летних).

Люди старшего возраста, которые признались, по данным СЗН-2023, что им очень трудно общаться, понимать других людей и сами боятся быть непонятыми, имеют повышенный риск развития симптомов тревоги и депрессии (ОР = 1,14; 95% ДИ: 1,01–1,29).

Говоря о жизненных целях, представители старшего поколения на первое место поставили крепкое здоровье (назвали его «очень важным» 86 %). Именно его состояние оказалось наиболее значимым фактором риска тревоги и депрессии в данной группе. Более чем в три раза повышается вероятность появления симптомов у человека в случае оценки своего здоровья как «плохого» или «очень плохого» (ОР = 3,18; 95% ДИ: 3,04–3,33). Как правило, низкая самооценка своего здоровья обоснована наличием серьезного заболевания. Нами обнаружена стойкая связь между всеми диагнозами (артериальная гипертония, инсульт, инфаркт, стенокардия, онкология, заболевания печени, почек, желудка,

¹ <https://sberbankaktivno.ru/journal/article/1936>

² <https://fom.ru/TSennosti/14905>

поджелудочной и щитовидной железы, сахарный диабет, остеохондроз, остеопороз, артрит, астма, варикозное расширение вен и др.) и ощущением повышенной тревоги/депрессии в пределах $OR = 1,18-1,53$. Инвалидность также выступает фактором риска ($OR = 1,52$; 95% ДИ: 1,50–1,55).

Отметим, что опрошенные респонденты старшей возрастной группы (60+) значительно хуже оценивают состояние своего здоровья: две трети – как удовлетворительное, 17 % – как плохое (в группе до 60 лет – 1 и 21 % соответственно). При этом каждый пятый чувствует себя хуже, чем год назад, а каждый третий полагает, что его здоровье хуже, чем у его ровесников. Среди женщин и городских жителей 60+ оценки более негативны.

В свою очередь удовлетворенность оказываемой государственными и частными учреждениями медицинской помощью снижает риск тревоги и депрессии у пожилых людей ($OR = 0,66$; 95% ДИ: 0,63–0,70 и $OR = 0,78$; 95% ДИ: 0,74–0,83).

Негативная оценка своего материального положения («живу в крайней нужде» или «денег не хватает на продукты, лекарства, одежду») повышает вероятность развития тревожного или депрессивного состояния у представителя старшего поколения ($OR = 1,38$; 95% ДИ: 1,35–1,41).

Качество и сбалансированность питания является, согласно нашим оценкам, защитным фактором психического здоровья пожилых. Употребление фруктов, ягод, овощей, мяса, рыбы и даже сладкого ежедневно или 5–6 раз в неделю снижает риск тревоги и депрессии (OR в пределах 0,84–0,91).

Повседневная домашняя среднеинтенсивная физическая активность ($OR = 0,92$; 95% ДИ: 0,91–0,94), как и ежедневные пешие прогулки ($OR = 0,86$; 95% ДИ: 0,85–0,88) также снижают вероятность ухудшения психоэмоционального состояния.

Однако, представители старшего поколения предпочитают пассивные формы досуга, которые, по нашим данным выступают дополнительным фактором риска тревожных и депрессивных состояний, как, например, проведение времени за компьютером, планшетом или в смартфоне ($OR = 1,12$; 95% ДИ: 1,10–1,14). Также посещение зрелищных мероприятий, кинотеатров может быть

связано с ухудшением психологического состояния ($OR = 1,25$; 95% ДИ: 1,19–1,30).

Примечательно, что в результате проведенного нами анализа данных выборочного обследования СЗН-2023, было обнаружено, что ежедневное курение ($OR = 0,77$; 95% ДИ: 0,74–0,80) и употребление спиртных напитков чаще 2–3 раз в неделю ($OR = 0,90$; 95% ДИ: 0,84–0,97) лицами старшего возраста незначительно, но предохраняет их психику от развития тревоги и депрессии. Видимо это связано с устойчивой зависимостью от никотина и алкоголя.

Заключение

Расчет относительного риска некоторых предикторов субъективно высокого уровня тревоги и депрессии у лиц старше 60 лет позволил выделить ряд защитных факторов: мужской пол, зарегистрированный брак, сбалансированное питание, повседневная бытовая физическая активность и прогулки на свежем воздухе, удовлетворенность получаемой медицинской помощью. Факторами риска для представителей старшего поколения выступают: женский пол, одиночество и трудности в коммуникациях, соматические заболевания и неудовлетворительное состояние здоровья, материальные трудности, пассивные формы досуга и посещение зрелищных мероприятий.

Учитывая, что каждый второй представитель старшего поколения ощущает у себя повышенный уровень тревоги и депрессии, которые могут спровоцировать суицидальное поведение, данная категория лиц особенно нуждается в профессиональной психологической помощи. Однако, по данным опроса ФОМ «Востребованность помощи психолога»,¹ в 2022 г, чем старше человек, тем ему сложнее за ней обратиться. Они реже обращаются к знакомым в случае возникновения проблем и душевных переживаний (лишь каждый пятый), еще меньше – к профессиональному психологу, психотерапевту (4 %). При этом в трех из четырех случаев обращений к профессионалу, они оставались удовлетворены оказанной помощью в отличие от молодежи (лишь каждый шестой). Тем не менее большинство (82 %) лиц старшего возраста

¹ <https://fom.ru/Obraz-zhizni/14769>

не готовы прибегать к услугам профессионального психолога. Около 40 % из них считают, что это им недоступно в финансовом плане. Чем человек старше, тем реже он доверяет специалистам по психическому здоровью, тем чаще сомневается в эффективности их работы (каждый третий после 60 лет).

Литература

1. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение // Суицидология. – 2017. – № 1(26). – С. 3–16.

2. Михайлова Н.М. Депрессии в позднем возрасте // РМЖ. – 2004. – № 14. – С. 835.

3. Pérez-Cano H.J., Moreno-Murguía M.B., Morales-López O., Crow-Buchanan O. et al. Anxiety, depression, and stress in response to the coronavirus disease-19 pandemic // Cir. Cir. – 2020. – Vol. 88(5). – P. 562–568. – doi: 10.24875/CIRU.20000561.

4. Yang T, Guo Z, Cao X, Zhu X. et al. Network analysis of anxiety and depression in the functionally impaired elderly // Front Public Health. – 2022. – Dec. Vol. 1, N 10. – P. 1067646. – doi: 10.3389/fpubh.2022.1067646.

5. Zhang P, Wang L, Zhou Q, Dong X. et al. A network analysis of anxiety and depression symptoms in Chinese disabled elderly // J Affect Disord. – 2023. – Jul. Vol, 15, N 333. – P. 535–542. – doi: 10.1016/j.jad.2023.04.065.

6. Zhang Y, Kuang J, Xin Z, Fang J. et al. Loneliness, social isolation, depression and anxiety among the elderly in Shanghai: Findings from a longitudinal study // Arch, Gerontol, Geriatr. – 2023. – Jul; N 110. – P. 104980. – doi: 10.1016/j.archger.2023.104980.

Сведения об авторе

Шматова Юлия Евгеньевна – кандидат экономических наук, научный сотрудник отдела исследования уровня и образа жизни населения ФГБУН «Вологодский научный центр РАН» (160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56А; e-mail: ueshmatova@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1881-0963>)

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУИЦИДОЛОГИИ

**Материалы
межрегиональной научно-практической конференции**

Под ред. д.м.н. *О.П. Ворсиной*

Редакторы, корректоры *Бондаренко О.Г., Булкина С.В.*
Оригинал-макет *Арсентьев Л.И.*
Фото на обложке *Ворсина О.П.*
Иллюстрации, обложка *Фалеев К.А.*

Сдано в набор 26.04.24. Подписано в печать 08.05.24. Формат 60x84 ¹/₁₆.
Бумага офсетная. Гарнитура Cambria.
Усл.-печ. л. 14,1. Уч.-изд. л. 12.4. Тираж 300 экз. Заказ № 019-24.

Отпечатано в ФГБНУ ИНЦХТ
Иркутск, ул. Борцов Революции, 1. Тел. (395-2) 29-03-37.
E-mail: arleon58@gmail.com



ISBN 978-5-98277-395-1



9 785982 773951