

АКАДЕМИЧЕСКИЙ

журнал Западной Сибири

1

Том 17
2021

ISSN 2307-4701



9 772307 470008

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
В.В. Вшивков

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ
М.С. Уманский

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
С.И. Грачев (Тюмень)
И.И. Краснов (Тюмень)
Т.Л. Краснова (Тюмень)
А.В. Меринов (Рязань)
В.Н. Ощепков (Севастополь)
Л.Н. Руднева (Тюмень)
Н.В. Солдаткина (Ростов-на-Дону)
В.А. Урываев (Ярославль)
Н.М. Фёдоров (Тюмень)

Журнал зарегистрирован
в Федеральной службе по надзору
в сфере связи, информационных
технологий и массовых коммуникаций
(Роскомнадзор) г. Москва
Св-во: ПИ № ФС 77-55782
от 28 октября 2013 г.

ISSN 2307-4701

Учредитель и издатель:
ООО «М-центр»
г. Тюмень, ул. Д.Бедного, 98-3-74

Адрес редакции:

625027, г. Тюмень,
ул. Минская, 67, корп. 1, офис 101
Телефон: (3452) 73-27-45

E-mail: note72@yandex.ru

Адрес для переписки:
625041, г. Тюмень, а/я 4600

Журнал включен в:
1) **Российский индекс
научного цитирования
(РИНЦ)**
2) **EBSCO**

Интернет-ресурсы:
<https://ajws.ru/>
www.elibrary.ru
<https://readera.ru/ajws>

При перепечатке материалов ссылка
на "Академический журнал
Западной Сибири" обязательна

Редакция не несет ответственности за
содержание рекламных материалов

Редакция не всегда разделяет мнение
авторов опубликованных работ

Макет, верстка, подготовка к печати:
ООО «М-центр»

Дата выхода: 06.05.2021 г.

Заказ № 37 Тираж 1000 экз

Цена свободная

Отпечатан с готового набора
в издательстве «Вектор Бук»

Адрес издательства:
625004, г. Тюмень, ул. Володарского,
д. 45, тел.: (3452) 46-90-03

16+

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский
университет» Минздрава России

МАТЕРИАЛЫ

Международной научно-практической конференции
«Сибирская школа превентивной
суицидологии и девиантологии.
Весенняя сессия»

23 апреля 2021 г., г. Тюмень

Под редакцией проф. П.Б. Зотова

Содержание

С.П. Сапожников, В.А. Козлов, П.Б. Карышев, А.В. Голенков Возрастная динамика суицидов	3
Б.С. Положий, В.В. Васильев, Ю.Г. Каменщиков Влияние социально-экономических и психопатологических факторов на динамику суицидальной смертности в Удмуртской Республике	5
Ю.Е. Разводовский Потребление крепкого алкоголя и суициды в России	14
О.В. Рощина, Н.А. Бохан, Е.Д. Счастный, Е.В. Диденко Паттерны агрессивности у пациентов с аффективными расстройствами, коморбидными с алкогольной зависимостью	17
О.М. Бойко, Т.И. Медведева, С.Н. Ениколопов, О.Ю. Воронцова Интерпретации происходящего и соблюдение правил во время пандемии COVID-19 в России ...	21
М.М. Алимова, В.Н. Бочкова Психологическое здоровье медицинского персонала в стрессовых условиях работы на фоне пандемии COVID-19	25

<i>П.Б. Зотов, А.А. Калашников, Е.Г. Скрябин, Е.П. Гарагашева, Н.Н. Спадерова</i> COVID-19 у погибших от суицида в 2020 году в Тюмени (Западная Сибирь)	27	<i>Л.И. Рейхерт, О.А. Кичерова</i> Прогнозирование суицидального риска у пациентов с рассеянным склерозом	40
<i>А.В. Голенков, В.А. Филоненко, А.И. Сергеева, А.В. Филоненко</i> Суицидальная опасность послеродовой депрессии	32	<i>А.М. Сытик, М.С. Хохлов</i> Смертельные острые отравления метадоном в Тюменской области в 2018-2020 гг.	44
<i>Н.Н. Спадерова</i> "Суицидальные образы" у лиц с органическими психическими расстройствами и аддиктивными нарушениями	37	<i>С.Л. Леончук</i> Невроз как болезнь адаптации	48



Полный текст «Академического журнала Западной Сибири» можно найти в базах данных компании EBSCO Publishing на платформе EBSCOhost. EBSCO Publishing является ведущим мировым агрегатором научных и популярных изданий, а также электронных и аудио книг. «Academic Journal of West Siberia» has entered into an electronic licensing relationship with EBSCO Publishing, the world's leading aggregator of full text journals, magazines and eBooks. The full text of JOURNAL can be found in the EBSCOhost™ databases. Please find attached logo files for EBSCO Publishing and EBSCOhost™, which you are welcome to use in connection with this announcement.

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА СУИЦИДОВ

С.П. Сапожников, В.А. Козлов,
П.Б. Карышев, А.В. Голенков

Чувашский государственный университет
им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары, Россия

Анализ рандомизированных методом прямой стандартизации 1379 случаев суицидов за период 1997-2002 гг. (1094 – мужчины, 285 – женщины) выявил нарастание частот суицидов от интервала 12-19 лет до 40-49 лет и у мужчин и у женщин более чем в пять раз с последующим значительным снижением к возрасту 70 лет и более. Вычисление коэффициента вариации (КВ) позволило показать стабильность вариабельности частот суицидов у мужчин в возрастных интервалах от 12 до 39 лет с некоторым увеличением в интервале 40-49 лет. КВ у женщин выше, чем у мужчин, в 3,8 раза и более. Максимальная величина наблюдалась в интервале 12-19 лет. На основании анализа КВ сделано предположение, что суициды у мужчин связаны с мужской субпопуляцией потенциальных суицидентов, доживающих до своего возраста совершения суицида. У женщин решение совершить суицид связано с ситуационными и эмоциональными факторами.

Ключевые слова: суицид, возрастные периоды, гендерные различия

В более ранних исследованиях нами было установлено, что частота суицидов имеет устойчивые суточные, недельные и месячные ритмы пессимума и экстремума. Хронобиологические ритмы частот совершения суицидов выравниваются в том случае, если суицидент принимал алкоголь, что устанавливали по обнаружению алкоголя в крови [1, 2, 3]. Отмечено, в том числе и многими др. авторами [4, 5, 6], что мужчины совершают суициды чаще, чем женщины, но стандартные статисти-

ческие методы анализа не позволяют строить предположения о причинах таких различий. В данном статистическом исследовании нами был проведен анализ частот совершения суицидов в стандартных возрастных интервалах по годам с 1997 по 2002 гг. с помощью вычисления коэффициента вариации частот.

Цель исследования – установить возрастную динамику и гендерные различия частот суицидов для выявления устойчивых годовичных трендов.

В период с 1997 по 2002 гг. в Республиканском бюро г. Чебоксары проведено 1379 судебно-медицинских экспертиз случаев суицидов, из них 1094 – совершили мужчины и 285 – женщины. Динамика суицидов по годам и возрастным периодам представлена в табл. 1 без деления на подгруппы по признаку наличия алкоголя в крови суицидента. Исходные данные были рандомизированы методом прямой стандартизации, за стандарт была принята средняя сумма по годам – 230 случаев. Суммарный максимум суицидов приходится на интервал 40-49 лет, как у мужчин, так и у женщин и, соответствует выборке в целом. Из тенденции выпадает 1998 г. (год дефолта), когда пик суицидов и мужчин и у женщин пришелся на интервал 30-39 лет.

В соответствии с обозначенной тенденцией меняются медианные значения частот суицидов – минимум в период 12-19 лет с последующим нарастанием более чем в пять раз к интервалу 40-49 лет и последующим резким снижением в два и более раз в остальных возрастных когортах. Более интересно ведет себя другой статистический показатель, а именно – коэффициент вариации по годам. Без деления по полу он остается практически стабильным до интервала 40-49 лет, когда коэффициент вариации снижается в выборке без деления гендерному признаку.

Таблица 1

Динамика суицидов по годам, истинные величины (без деления по полу)

Возраст, лет Год	12-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 лет и >	Σ
1997	12	33	53	65	31	22	11	227
1998	9	23	56	44	22	13	18	185
1999	7	31	43	37	32	20	13	183
2000	11	37	44	60	38	14	10	214
2001	20	61	56	76	41	25	25	304
2002	16	34	52	79	35	28	22	266

Динамика суицидов по годам, рандомизированные величины

Год	Возраст, лет	12-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 лет и >	Σ
Без деления по полу									
1997		12	33	54	66	31	22	11	230
1998		11	29	70	55	27	16	22	230
1999		9	39	54	47	40	25	16	230
2000		12	40	47	64	41	15	11	230
2001		15	46	42	58	31	19	19	230
2002		14	29	45	68	30	24	19	230
Медиана		13	36	50	61	31	31	18	
КВ		18,0	18,9	18,9	13,8	16,8	20,8	28,4	
Мужчины									
1997		12	37	60	68	32	18	4	230
1998		14	33	68	58	27	17	13	230
1999		10	45	59	42	40	21	13	230
2000		10	43	50	73	39	14	3	230
2001		10	48	47	58	34	21	12	230
2002		13	31	48	72	31	25	11	230
Медиана		9	31	43	50	26	15	9	
КВ		15,4	17,5	15,1	19,1	14,8	20,1	50,1	
Женщины									
1997		12	24	36	61	28	36	32	230
1998		0	12	77	41	29	12	59	230
1999		0	8	25	74	41	49	33	230
2000		20	29	39	34	49	20	39	230
2001		35	39	23	55	19	12	47	230
2002		17	25	33	54	29	21	50	230
Медиана		12	20	28	43	23	16	34	
КВ		95,5	49,3	49,8	26,7	33,4	60,9	24,2	

Примечание: КВ – коэффициент вариации

А затем он начинает расти от интервала к интервалу. Это означает, что до интервала 40-49 лет соотносительная динамика числа суицидов внутри интервалов по годам не меняется. Но в интервале 40-49 лет число суицидов, совершаемых ежегодно, примерно одинаковое. Исключение составляет 1998 г., когда потенциальные суициденты «не дотянули» до возрастной когорты 40-49 лет и совершили суицид раньше. В 1999 г. эта тенденция пошла на снижение и далее динамика оставалась такой же, как и 1997 г. (табл. 2).

При делении выборки по полу с последующей рандомизацией с тем же стандартом коэффициент вариации ведет себя по-разному. У мужчин в первых трех когортах коэффициент вариации был практически стабильным, его увеличение наблюдается в интервале 40-49 лет, а к 70 годам и старше вариабельность резко возрастает (табл. 2). Кроме того, число суицидов у женщин в 3,8 раза меньше, чем среди мужчин, как и в других исследованиях [1].

Тогда как у женщин максимальная вариабельность наблюдается в когорте 12-19 лет,

затем она снижает почти в два раза и еще почти в два раза снижается в когорте 40-49 лет. После чего наблюдается рост коэффициента вариабельности до интервала 70 лет и старше, в котором он сопоставим с интервалом 40-49 лет.

Полученные данные можно интерпретировать следующим образом. В популяциях мужчин присутствует стабильная субпопуляция индивидуумов, доживающих до совершения суицида в характерной для них возрастной когорте. Ранее к такому же выводу пришел Эмиль Дюркгейм [7]. Это предположение доказывается наблюдениями о том, что, суицидентное поведение обусловлено нейробиологическими особенностями формирования медиаторного статуса головного мозга [8]. В том числе оно может иметь генетическую основу и зависеть от эпигенетической регуляции [9]. Судя по коэффициентам вариации, значительно превышающим аналогичный показатель у мужчин, у женщин решение совершить суицид связано с ситуационными и эмоциональными факторами. Краткосрочные сильные социальные и/или экономические потрясения, такие как дефолт в 1998 г., могут вызывать решение совершить суицид в более раннем возрасте, чем это было суждено, что заметно по «омоложению» максимальных частот суицидов в 1998 и 1999 гг., явление также ранее описанное Э. Дюркгеймом [7]. Тем не менее, естественный биологический тренд остается стабильным и быстро восстанавливается.

Литература:

1. Сапожников С.П., Козлов В.А., Голенков А.В., Кичигин В.А., Карышев П.Б., Самаркина О.Ю. Влияние приема алкоголя на хронологические закономерности внезапной сердечной смерти // Судебно-медицинская экспертиза. 2015. Т. 58, № 3. С. 21-25.
2. Сапожников С.П., Козлов В.А., Голенков А.В., Карышев П.Б., Кичигин В.А. Алкоголь как социальный десинхронизатор суточных особенностей внезапной сердечной смерти // Наркология. 2014. Т. 13, № 10 (154). С. 80-85.
3. Любков Е.Б. Профилактика суицидов молодых: международный опыт и отечественные резервы // Суицидология. 2014. Т. 5, № 4 (17). С. 9-11.
4. Сапожников С.П., Козлов В.А., Карышев П.Б., Кичигин В.А., Голенков А.В. Влияние приема алкоголя на хронобиологические ритмы суицидальной активности у пациентов, находившихся под наблюдением нарколога и психиатра // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. Т. 116, № 11-2. С. 30-35.
5. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. // Суицидология. 2013. Т. 4, № 1. С. 54-61.
6. Торкунов П.А., Положий Б.С., Рыбакина А.В., Рагозина Н.П., Литус С.Н., Шабанов П.Д., Земляной А.В. Анализ суицидальной активности жителей Псковской области и факторов, влияющих на её динамику // Девиантология. 2020. Т. 4, № 1. С. 33-44.
7. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Пер. с фр. с сокр. / Под ред. В.А. Базарова. М.: Мысль, 1994. 399 с.
8. Heeringen C.V., Marusic A. Understanding of suicidal brain // Br. J. Psychiatry. 2003. V. 183, № 4. P. 282-284. DOI: 10.1192/bjp.183.4.282
9. Bhaskar Roy, Yogesh Dwivedi Understanding epigenetic architecture of suicide neurobiology: A critical perspective // Neurosci Biobehav. Rev. 2017. № 72. P. 10-27. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.10.031

AGE DYNAMICS OF SUICIDES

S.P. Sapozhnikov, V.A. Kozlov,
P.B. Karyshev, A.V. Golenkov

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary,
Russia

The suicide 1,379 cases of randomized by direct standardization for the period 1997-2002 (1,094 – men, 285 – women) analysis revealed an increase in the frequency of suicide from the interval of 12-19 years to 40-49 years in both men and women by more than five times, followed by a significant decrease by the age of 70 years or more. The variation coefficient (VC) calculation revealed the variability stability of the suicide rate in men in the age range from 12 to 39 years with a slight increase in the range of 40-49 years. Women's VC is 3.8 times higher than men's. The maximum value was observed in the range of 12-19 years. Based on the VC analysis, it is assumed that suicides in men are associated with a male subpopulation of potential suicides who live to their age of suicide, while in women the decision to commit suicide is associated with situational and emotional factors.

Keywords: suicide, age periods, gender differences

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ДИНАМИКУ СУИЦИДАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Б.С. Положий, В.В. Васильев,
Ю.Г. Каменщиков

НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского
Минздрава России, г. Москва, Россия
Ижевская ГМА, г. Ижевск, Россия
Республиканская клиническая психиатрическая
больница, г. Ижевск, Россия

Актуальность темы исследования обусловлена высокой социальной и экономической значимостью проблемы суицидальности населения, а также отсутствием среди ученых единства взглядов по во-

просу о роли различных факторов в ее формировании. Цель исследования: оценить влияние факторов социально-экономического и психопатологического характера, а также фактора оказания профилактической суицидологической помощи населению на динамику суицидальной смертности. Материалы и методы. Исследование проводилось на материалах Удмуртской Республики, относящейся к числу российских регионов с неблагоприятной суицидологической ситуацией. Был использован ряд данных, полученных из официальных источников, за исследуемый период по годам: число завершённых суицидов; численность населения; ряд социально-экономических показателей (уровень безработицы, уровень бедности, реальные доходы населения); первичная заболеваемость психическими расстройствами, алкоголизмом и алкогольными психозами; число обращений в службу экстренной психотерапевтической помощи («телефон доверия»). Исследование выполнялось эпидемиологическим методом. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (ρ). Результаты. Было установлено, что динамика суицидальной смертности в Удмуртии за последние 65 лет соответствовала таковой в стране (СССР, затем Россия) в целом. При этом с 2002 по 2019 год в Удмуртской Республике отмечалось снижение частоты суицидов. Прицельный анализ связи динамики суицидальности населения республики с действием различных факторов социально-экономического и психопатологического характера за десятилетний период (2010 – 2019 гг) показал, что из числа рассматриваемых социально-экономических показателей (уровень безработицы, уровень бедности населения, денежные доходы населения) с частотой суицидов достоверно коррелировал только уровень безработицы. Из числа рассматриваемых психопатологических показателей (заболеваемость психическими расстройствами, алкоголизмом и алкогольными психозами) с частотой суицидов достоверно коррелировали все. При этом выраженность корреляции для психопатологических факторов оказалась выше, чем для социально - экономических. Также была выявлена прямая положительная корреляция между интенсивностью работы службы Телефона доверия и снижением суицидальной смертности в республике. Выводы. Результаты исследования позволяют предполагать некоторое преобладание влияния психопатологических факторов над социально-экономическими в отношении суицидальности населения Удмуртии в изучаемый период времени. Также они свидетельствуют о принципиальной возможности достижения положительных изменений в суицидологической ситуации средствами профилактических суицидологических служб.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, суицидальность, суицидальная смертность, профилактика суицидов.

В наше время самоубийство представляет собой серьезнейшую медико-социальную проблему. Ежегодно на Земном шаре совершается около миллиона завершённых суицидов и, по крайней мере, в 10 раз больше суицидальных попыток [1]. По оценкам ВОЗ, в современном мире суицид занимает второе место среди внешних причин смертности после дорожно-транспортных происшествий [2]. Для нашей страны проблема суицида является особенно актуальной, поскольку Российская Федерация входит в число стран с высокой частотой самоубийств [3, 4, 5], а экономическое бремя суицидальной смертности в России сравнимо с таковым от заболеваний, традиционно приоритетных для здравоохранения [6, 7].

Давно признанным в суицидологии тезисом является положение о многофакторной обусловленности феномена суицидального поведения [8]. Анализируя причины суицидальности населения, исследователи чаще всего сообщают о влиянии на данное явление факторов социально-экономического, социально-стрессового и психопатологического характера [9, 10]. В рамках отечественной процессуальной концепции суицидального поведения каждая из перечисленных групп суицидогенных факторов находит свое место в едином процессе его формирования, дополняя друг друга и взаимодействуя между собой [11, 12]. Вместе с тем, конкретные научные данные, касающиеся соотношения, удельного веса и значимости отдельных факторов, участвующих в данном процессе, до сих пор разноречивы, и среди исследователей на сегодняшний день отсутствует единство мнений по этому вопросу [13]. Также отсутствует и единство взглядов по вопросу об эффективности профилактики самоубийств, осуществляемой региональными суицидологическими службами различной организационной структуры [14, 15, 16].

Цель исследования: оценить влияние факторов социально - экономического и психопатологического характера, а также фактора оказания профилактической суицидологической помощи населению на динамику суицидальной смертности.

Материалы и методы

Исследование проводилось на материалах Удмуртской Республики, входящей в Приволжский Федеральный округ. Удмуртия с давних пор относится к числу регионов нашей

страны с неблагоприятной суицидологической ситуацией [17]. На сегодняшний день она занимает первое место по уровню самоубийств среди всех субъектов данного Федерального округа [18, 19]. Частота завершённых суицидов в республике на протяжении многих лет превосходит установленный ВОЗ критический уровень, составляющий 20 случаев на 100 тыс. населения. Все это делает Удмуртию отвечающей роли модельного региона для изучения суицидологических процессов в населении.

В ходе исследования был использован ряд статистических данных, полученных из разных официальных источников. В частности, сведения о завершённых суицидах среди населения Удмуртии за период с 1955 по 2020 год были получены из архивных материалов Комитета по делам ЗАГС Удмуртской Республики. Сведения о численности населения республики за соответствующий период, а также об учитываемых социально - экономических показателях – из официальных данных территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Удмуртской Республике. Сведения об изучаемых психопатологических показателях – из официальных данных Республиканского медицинского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, а информация о работе службы телефона доверия – из годовых отчетов Республиканской клинической психиатрической больницы Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, в структуре которой данный телефон функционирует.

Исследование выполнялось эпидемиологическим методом. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (ρ). Его достоверность определялась с помощью t-критерия Стьюдента, а степень статистической значимости оценивалась по шкале Чеддока.

Результаты и обсуждение

Анализ динамики частоты завершённых суицидов в Удмуртской Республике, охвативший шестидесятилетний период (с 1955 по 2020 год), показывает, что, начиная с середины пятидесятых годов прошлого века и вплоть до середины восьмидесятых годов, в республике наблюдался неуклонный, хотя и не вполне равномерный, рост данного показателя (рис. 1). Указанная тенденция фактически соответствовала сложившейся на тот момент ситуации с динамикой суицидов в стране в целом [20]. Во второй половине восьмидесятых годов в Удмуртии произошел временный довольно выраженный спад суицидальной активности. Он также соответствовал аналогичному спаду суицидальной активности по стране в целом, наступление которого, по видимому, было связано как с общим оздоровлением социально-политической обстановки в связи с началом «перестройки», так и с эффектом снижения алкоголизации населения в период действия горбачевской противоалкогольной реформы, о чем уже неоднократно сообщалось в литературе [8].

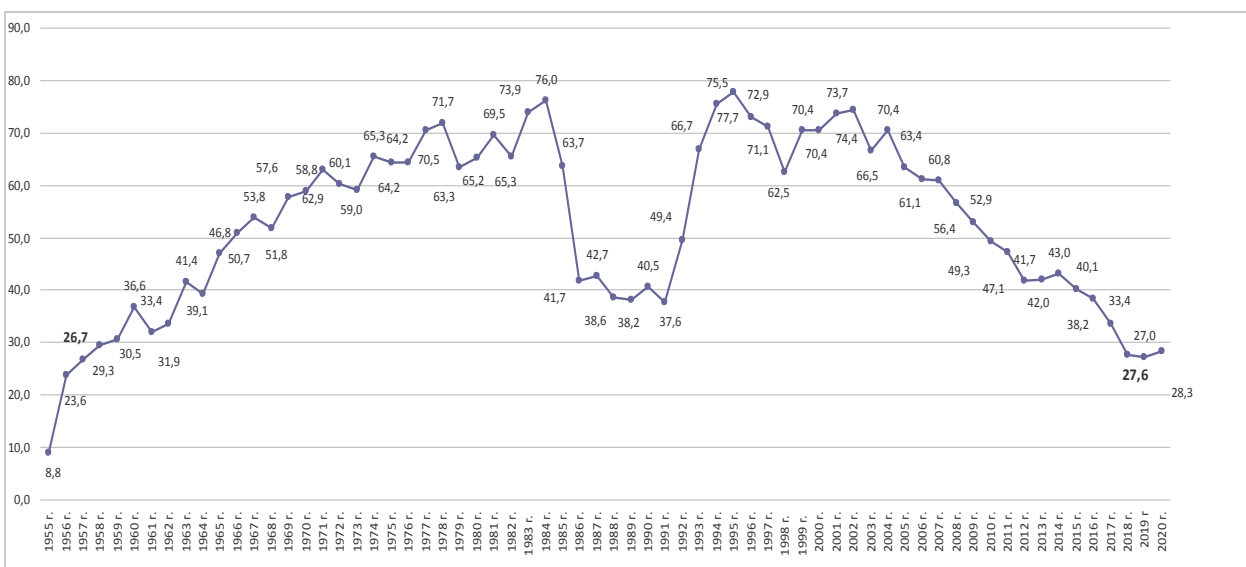


Рис. 1. Динамика частоты завершённых суицидов в Удмуртии за период с 1955 по 2020 год (на 100 тыс. населения)

Однако с начала девяностых годов, на фоне распада СССР, развивающегося экономического кризиса, роста безработицы и усиления социального расслоения населения частота суицидов как в стране в целом, так и в Удмуртии в частности, вновь начала расти, быстро достигнув «дореформенного» уровня. В этот период показатель самоубийств в республике поднялся до отметки 75,5 на 100 тыс. населения, что более чем в три раза превосходит критический уровень, установленный ВОЗ. Сложившаяся ситуация потребовала принятия экстренных мер, одной из которых стало создание в Удмуртии суицидологической службы, включавшей в себя специализированный телефон доверия, предназначенный для оказания неотложной психотерапевтической помощи потенциальным суицидентам, и кабинеты психотерапевта-суицидолога, открытые в нескольких городах республики и предназначенные для оказания амбулаторной психотерапевтической помощи лицам с суицидальным поведением.

Начиная с 2002 года, в Удмуртии вновь наметилось постепенное снижение частоты завершённых суицидов, которое со временем приняло характер стойкой тенденции, сохранявшейся в течение семнадцати лет. В результате к 2019 году данный показатель упал до 27,0 на 100 тыс. населения, что примерно соответствует уровню 1957 года. В 2020 году, однако, в республике произошёл небольшой рост частоты суицидов, вероятно, связанный с негативным влиянием на социально-экономическую ситуацию и здоровье населения (как соматическое, так и психическое) начавшейся пандемии COVID-19 [21]. Окончательное разъяснение причин данного явления требует дальнейшего наблюдения за развитием ситуации и дополнительных исследований.

В рамках настоящего исследования была поставлена задача определить вклад различных факторов (социально-экономических, психопатологических и связанных с оказанием суицидологической помощи населению) в положительную динамику суицидальной смертности, наблюдавшуюся в Удмуртии в последние годы. Для этого был прицельно рассмотрен десятилетний промежуток, закончившийся максимальным на данный момент снижением частоты самоубийств в республике (с 2010 по 2019 год). Прежде всего, были изучены те социально-экономические факторы, о

значимости которых с точки зрения влияния на суицидальность населения ранее сообщалось в литературе [22, 23]. Из числа возможных показателей в данной области были выбраны уровень безработицы, уровень бедности населения и уровень его средних денежных доходов.

В качестве критерия уровня безработицы в республике нами рассматривался процент официально зарегистрированных безработных от общей численности населения. Соотношение динамики данного показателя и динамики завершённых суицидов за исследуемый период представлено в таблице 1. Как видно из данных таблицы, уровень безработицы на протяжении исследуемого периода постепенно и почти неуклонно снижался.

Таблица 1
Соотношение динамики частоты завершённых суицидов и уровня безработицы в Удмуртии за период с 2010 по 2019 год

Год	Частота суицидов (на 100 тыс. населения)	Доля безработных в населении (%)
2010	49,3	1,0
2011	47,1	1,7
2012	41,7	1,2
2013	42,0	0,5
2014	43,0	0,5
2015	40,1	0,7
2016	38,2	0,6
2017	33,4	0,5
2018	27,6	0,4
2019	27,0	0,5

Коэффициент Спирмена, отражающий связь между динамикой уровня безработицы и динамикой частоты суицидов, составил 0,65 ($p < 0,05$), что соответствует заметной прямой корреляции по шкале Чеддока. То есть между снижением уровня безработицы и снижением частоты суицидов в Удмуртии прослеживается отчетливый параллелизм. Это позволяет предположить, что снижение уровня безработицы за исследуемый период могло явиться одним из факторов, повлиявших на улучшение суицидологической ситуации в Республике.

Уровень бедности населения Удмуртии в настоящем исследовании оценивался по проценту людей, имеющих доходы ниже официальной черты бедности. Соотношение динамики данного показателя и динамики завершённых суицидов за исследуемый период представлено в таблице 2. Из данных таблицы

видно, что, в отличие от уровня безработицы, уровень бедности населения на протяжении исследуемого периода менялся не столь одно-значно. Если поначалу процент людей, живущих за чертой бедности, имел тенденцию к снижению, то, начиная с 2015 года, он вновь начал повышаться.

Таблица 2

Соотношение динамики частоты завершённых суицидов и уровня бедности в Удмуртии за период с 2010 по 2019 год

Год	Частота суицидов (на 100 тыс. населения)	Доля населения за чертой бедности (%)
2010	49,3	13,7
2011	47,1	14,0
2012	41,7	11,1
2013	42,0	11,8
2014	43,0	11,9
2015	40,1	12,3
2016	38,2	12,4
2017	33,4	12,2
2018	27,6	12,2
2019	27,0	12,4

Соответственно, и значение коэффициента Спирмена, отражающего связь между частотой суицидов и уровнем бедности, оказалось невысоким и составило всего 0,15, что соответствует лишь слабой прямой связи по шкале Чеддока. Более того, статистическая достоверность указанного коэффициента в данном случае оказалась недостаточной ($p > 0,05$), что не позволяет рассматривать данную корреляцию в качестве установленного результата исследования. Таким образом, достоверной связи между уровнем бедности населения и частотой суицидов в Удмуртии за исследуемый период выявлено не было.

В качестве критерия уровня денежных доходов населения мы использовали сведения о так называемых реальных располагаемых доходах. Данный экономический показатель является более объективным, чем абсолютная величина денежных доходов, поскольку вычисляется с поправкой на текущую инфляцию и с учетом выплаченных населением налогов, а, следовательно, более реалистично отражает уровень его материального благосостояния. Соотношение динамики данного показателя и динамики завершённых суицидов за исследуемый период представлено в таблице 3.

Как видно из данных таблицы, реальные располагаемые доходы населения Удмуртии на протяжении исследуемого периода понача-

лу росли, но, начиная с 2016 года, наметилась тенденция к их снижению, соответствующая общей ситуации текущего экономического кризиса в стране. Значение коэффициента Спирмена, отражающего связь между данным показателем и частотой суицидов, оказалось равным 0,53, что соответствует заметной связи по шкале Чеддока. Однако статистическая достоверность указанного коэффициента в данном случае также оказалась недостаточной ($p > 0,05$), что не позволяет учитывать его в результатах исследования. Таким образом, достоверной связи между динамикой денежных доходов населения и частотой суицидов в Удмуртии за исследуемый период выявлено не было.

Таблица 3

Соотношение динамики частоты завершённых суицидов и доходов населения в Удмуртии за период с 2010 по 2019 год

Год	Частота суицидов (на 100 тыс. населения)	Реальные располагаемые доходы населения (% к уровню 2009 г.)
2010	49,3	109,6
2011	47,1	111,1
2012	41,7	117,2
2013	42,0	123,6
2014	43,0	130,3
2015	40,1	137,7
2016	38,2	130,7
2017	33,4	128,7
2018	27,6	124,2
2019	27,0	125,0

Подытоживая результаты, касающиеся влияния на динамику частоты завершённых суицидов в Удмуртии за исследуемый период факторов социально-экономического характера, следует отметить, что единственным из указанных факторов, достоверно связанным с рассматриваемым показателем, оказался уровень безработицы. Возможно, это связано с тем, что именно среди безработных чаще встречаются лица с более низким уровнем социальной адаптации и повышенной уязвимостью к стрессу, кроме того, безработные зачастую чувствуют себя людьми, уступающими большинству населения с точки зрения своей социальной успешности. О суицидогенном значении фактора безработицы и ранее сообщалось в литературе [24]. Что же касается колебаний среднего материального благосостояния людей, то, по-видимому, они оказались

менее значимыми с точки зрения влияния на суицидальность потому, что приблизительно в равной мере затрагивали почти все население, не способствуя его социальному расслоению.

Из числа психопатологических факторов для анализа нами были выбраны заболеваемость психическими расстройствами, алкоголизмом и алкогольными психозами. Первые два показателя были использованы потому, что в литературе именно психические расстройства и алкоголизм чаще всего рассматриваются как одни из важнейших детерминант суицидального поведения [25-28]. Что же касается алкогольных психозов, то их учет в настоящем исследовании обусловлен тем, что лица с данной патологией в подавляющем своем большинстве попадают в поле зрения государственных психиатрических и наркологических служб. По этой причине заболеваемость алкогольными психозами практически не имеет скрытого аспекта (в отличие, например, от заболеваемости собственно алкоголизмом, больные которым далеко не всегда попадают в официальную статистику) и, по некоторым данным, наиболее объективно, хотя и косвенно, отражает уровень алкоголизации населения.

Соотношение частоты суицидов и первичной заболеваемости психическими расстройствами в Удмуртской Республике представлено на рисунке 2, из которого видно, что

заболеваемость психическими расстройствами на протяжении исследуемого периода заметно снизилась – с 341,2 до 313,4 на 100 тыс. населения.

Коэффициент Спирмена, отражающий связь между рассматриваемыми показателями, оказался равным 0,70 ($p < 0,01$), что соответствует высокой положительной корреляции по шкале Чеддока. Следовательно, можно предполагать, что в исследуемом периоде снижение заболеваемости психическими расстройствами в Удмуртии могло стать одним из факторов улучшения суицидологической ситуации.

Еще более тесная связь была отмечена между частотой суицидов в Удмуртской Республике и первичной заболеваемостью ее населения алкоголизмом, по данным официальной статистики, также существенно снизившейся за исследуемый период (рис. 3). Коэффициент Спирмена, отражающий связь между этими двумя показателями, оказался равным 0,87 ($p < 0,001$), что соответствует высокой положительной корреляции по шкале Чеддока.

Указанный результат дает основания предполагать, что снижение заболеваемости алкоголизмом также могло повлиять на улучшение суицидологической ситуации в Удмуртии за исследуемый период.

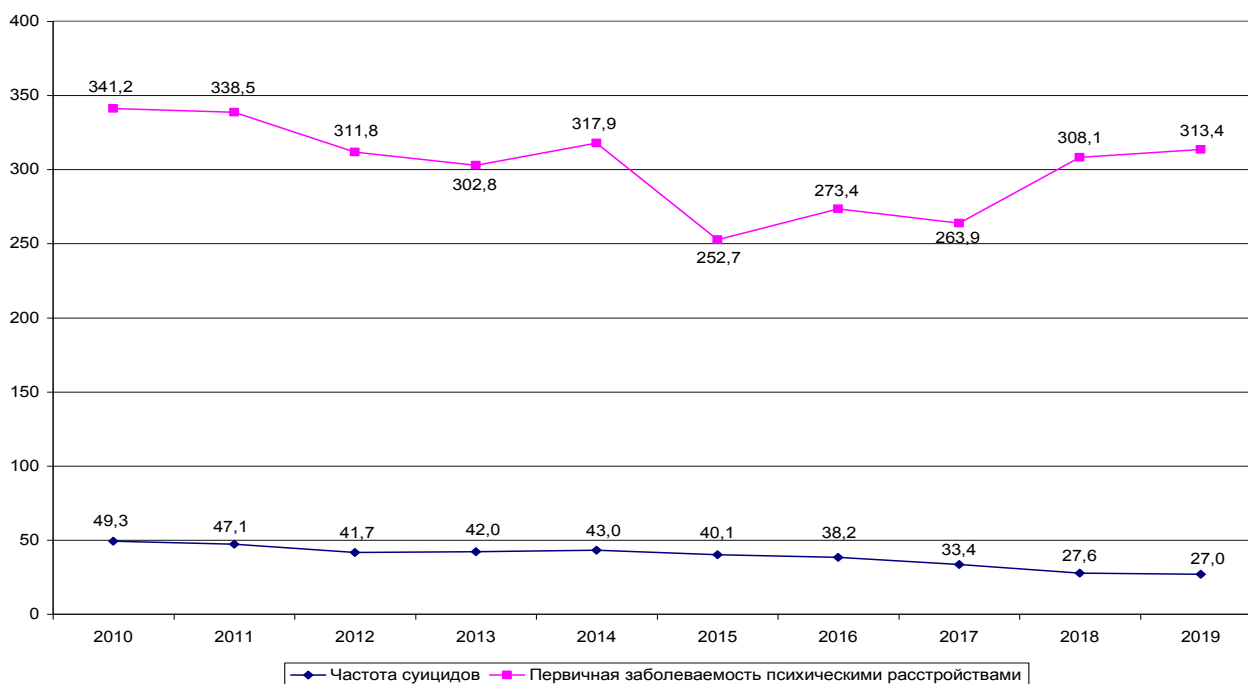


Рис. 2. Соотношение динамики частоты завершённых суицидов и первичной заболеваемости психическими расстройствами в Удмуртии за период с 2010 по 2019 год (на 100 тыс. населения)

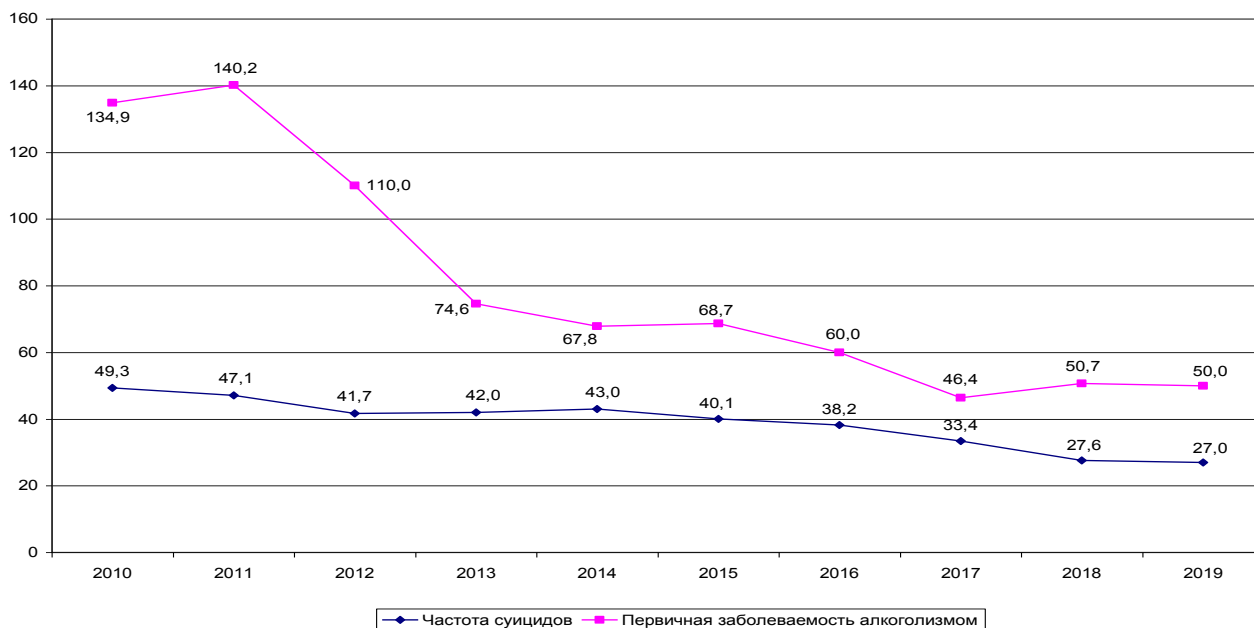


Рис. 3. Соотношение динамики частоты завершённых суицидов и первичной заболеваемости алкоголизмом в Удмуртии за период с 2010 по 2019 год (на 100 тыс. населения)

Следует, однако, учитывать, что, как уже указывалось выше, о заболеваемости населения алкоголизмом в рамках настоящего исследования мы могли судить только исходя из данных официальной статистики, которые не всегда дают объективную картину данного явления. В этой связи, для проверки выше-

описанного результата, дополнительно было изучено соотношение динамики частоты завершённых суицидов и заболеваемости населения алкогольными психозами, возможно, более объективно отражающей его заболеваемость собственно алкоголизмом.

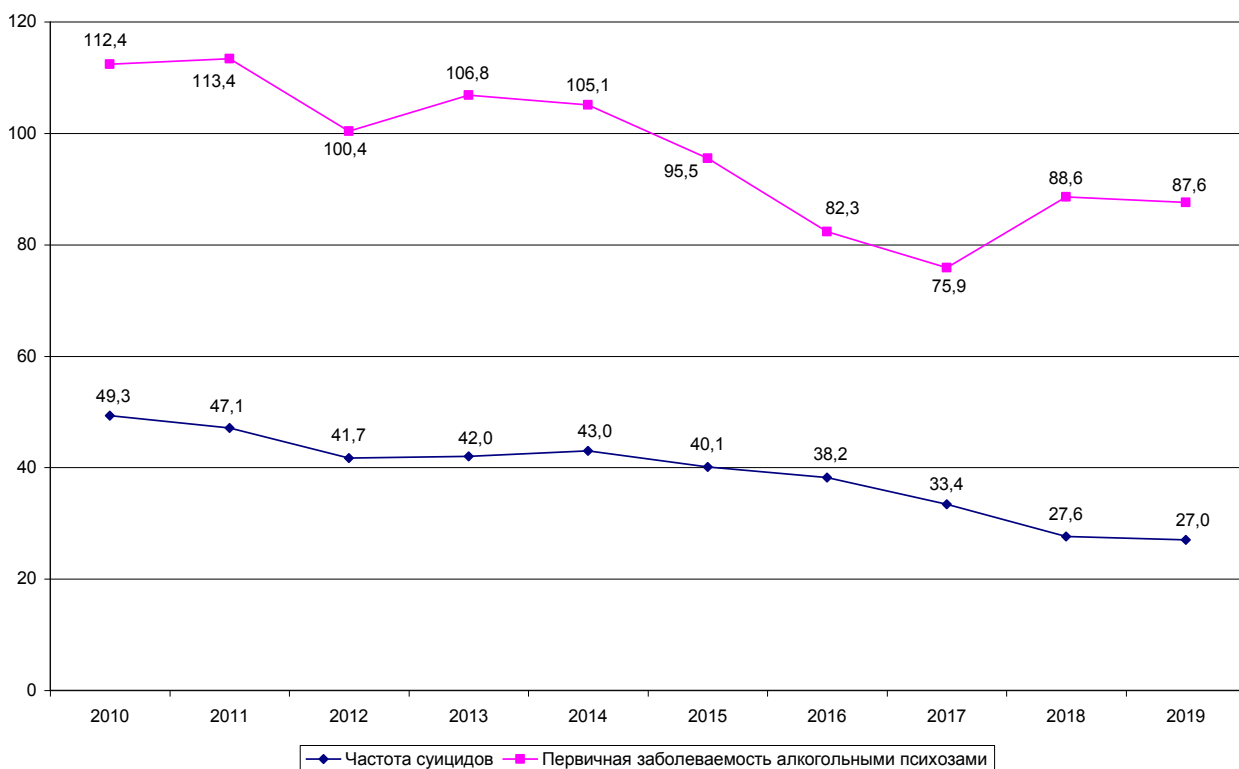


Рис. 4. Соотношение динамики частоты завершённых суицидов и первичной заболеваемости алкогольными психозами в Удмуртии за период с 2010 по 2019 год (на 100 тыс. населения)

В результате было установлено, что заболеваемость алкогольными психозами в Удмуртской Республике на протяжении исследуемого периода также снижалась (рис. 4). Значение коэффициента Спирмена, отражающего связь данного показателя с частотой суицидов, практически не отличалось от его значения для заболеваемости алкоголизмом и оказалось равным 0,88 ($p < 0,001$), что вновь соответствует высокой положительной корреляции по шкале Чеддока.

В целом, полученные результаты, касающиеся соотношения заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами с частотой суицидов в Удмуртии, подтверждают литературные данные о высокой значимости фактора алкоголизации населения с точки зрения его влияния на суицидальность [29, 30].

Таким образом, с динамикой частоты завершенных суицидов в Удмуртии положительно коррелировали все три рассматриваемых психопатологических показателя – заболеваемость психическими расстройствами, алкоголизмом и алкогольными психозами, причем выраженность корреляции для данных показателей оказалась выше, чем для показателей социально-экономического характера. Это позволяет предполагать, что положительная динамика состояния психического здоровья населения внесла значимый вклад в улучшение суицидологической ситуации в республике за рассматриваемый период. В то же время, открытым остается вопрос, насколько данное улучшение психического здоровья населения обусловлено деятельностью медицинских служб, а насколько оно связано с изменениями социальной ситуации в республике.

Как уже указывалось, помимо влияния на суицидальную смертность в Удмуртской Республике социально-экономических и психопатологических факторов, в рамках настоящего исследования была рассмотрена связь между данной ситуацией и интенсивностью работы в республике суицидологической службы. За условный критерий последней было взято количество звонков на телефон доверия данной службы. Соотношение указанного показателя с частотой суицидов представлено в таблице 4. Из данных таблицы видно, что количество звонков на телефон доверия за исследуемый период почти непрерывно возрастало, что в значительной мере было обусловлено принимаемыми в последние годы админи-

страцией Республиканской клинической психиатрической больницы Минздрава Удмуртии активными мерами организационного характера (открытие бесплатной линии телефона доверия, дополнение телефона доверия чатом доверия, проведение социальной рекламы и массовых агитационных мероприятий среди населения, санитарно-просветительная работа в форме лекций, в том числе с выездами в сельские районы республики, антисуицидальная пропаганда в интернете и др.).

Таблица 4

Соотношение динамики частоты завершенных суицидов и количества звонков на телефон доверия суицидологической службы в Удмуртии за период с 2010 по 2019 гг..

Год	Частота суицидов (на 100 тыс. населения)	Количество звонков, п
2010	49,3	3900
2011	47,1	4237
2012	41,7	4750
2013	42,0	5150
2014	43,0	5279
2015	40,1	4980
2016	38,2	5386
2017	33,4	4899
2018	27,6	5273
2019	27,0	5436

Величина коэффициента Спирмена, отражающего связь между частотой суицидов и количеством звонков на телефон доверия за исследуемый период, составила 0,65 ($p < 0,05$), что соответствует заметной положительной корреляции по шкале Чеддока. На основании этого результата можно предполагать, что активная работа суицидологической службы на протяжении рассматриваемого периода с достаточной вероятностью могла позитивно повлиять на уровень суицидальной смертности в Удмуртии. Данный результат представляется весьма значимым с точки зрения подтверждения тезиса о возможности влияния на суицидологическую ситуацию профилактических суицидологических служб при условии рациональной организации и достаточной интенсивности их работы. Кроме того, он интересен с позиций дальнейших поисков эффективных подходов в области суицидологической профилактики [31, 32].

Заключение.

Проведенное исследование в очередной раз подтвердило положение о многофактор-

ной обусловленности феномена суицидального поведения. В то же время, оно показало, что значимость разных факторов в формировании данного феномена может существенно различаться. Не исключается, впрочем, что данные различия во многом могут зависеть как от исторического периода, так и от конкретного региона. Полученные результаты позволяют предполагать, что в рассматриваемом периоде времени в Удмуртской Республике психопатологические детерминанты влияли на уровень суицидальности населения в большей степени, чем социально - экономические. Из числа наиболее значимых, с точки зрения влияния на суицидологическую ситуацию, оказался фактор безработицы. Особо следует подчеркнуть, что исследование подтвердило принципиальную возможность достижения положительных изменений в суицидологической ситуации средствами профилактических суицидологических служб, что говорит о необходимости их дальнейшего развития и совершенствования.

Литература:

1. Вассерман Д. Предисловие. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман. М.: Смысл, 2005: 13–17.
2. WHO. World Health Statistics 2017: Monitoring health for the Sustainable Development Goals. Geneva, 2018.
3. Положий Б.С., Фритлинский В.С., Агеев С.Е. Суициды в странах СНГ // Суицидология. 2014. Т. 5, № 4. С. 12–16.
4. Суициды в России и Европе / Под ред. Б.С. Положего. М.: МИА, 2016: 212.
5. Положий Б.С. Эпидемиология суицидального поведения. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: МИА, 2019: 67–75.
6. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Социально-экономическое бремя суицидальной смертности в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. № 2. С. 38–44.
7. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Носова Е.С. Научная доказательность и экономическое обоснование предупреждения суицидов // Суицидология. 2019. № 2. С. 23–31.
8. Войцех В.Ф. Суицидология. М.: Миклош, 2007.
9. Фисик М.В. Суицидальное поведение (эпидемиология, клиника, вопросы организации суицидологической помощи) на модели малого города: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2002: 36.
10. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005.
11. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. № 1. С. 3–7.
12. Положий Б.С. Динамика формирования суицидального поведения (суицидальный процесс). Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: МИА, 2019: 225–229.
13. Положий Б.С. Концепции суицидального поведения. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: МИА, 2019: 104–123.
14. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы России: проблемы и решения // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. № 4. С. 10–19.
15. Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М., Хох И.Р., Тимербулатова М.Ф. Возможности психотерапевтической службы в системе профилактики суицидов (на примере опыта Республики Башкортостан). Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: МИА, 2019: 567–574.
16. Зотов П.Б. Теоретические основы применения психотерапии в профилактической суицидологии. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: МИА, 2019: 535–545.
17. Лекомцев В.Т., Панченко Е.А. Социальные дисфункции и саморазрушающее поведение. Ижевск, 2002.
18. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект // Суицидология. 2014. № 1. С. 3–11.
19. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Региональные особенности распространенности суицидов в России. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: МИА, 2019: 76–92.
20. Положий Б.С. Социальные детерминанты суицидального поведения. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: МИА, 2019: 183–193.
21. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Кузьмин О.Н. Суицидальные действия в Тюменской области (Западная Сибирь) в условиях пандемии COVID-19 (6 месяцев 2020 г.) // Академический журнал Западной Сибири. 2020. Т. 16, № 3. С. 3–5.
22. Lorant V., Kunst A.E., Huisman M., Costa G., Mackenbach J. Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study // British Journal of Psychiatry. 2005. Jul. P. 49–54. DOI: 10/1192/BJP.187.1.49
23. Maki N.E., Martikainen P.T. Socioeconomic differences in suicide mortality by sex in Finland in 1971 – 2000: A register-based study of trends, levels, and life expectancy differences // Scandinavian Journal of Public Health. 2007. № 4. P. 387–395. DOI: 10.1080/14034940701219618
24. Fergusson D.M., Boden J.M., Horwood L.J. Unemployment and suicidal behavior in a New Zealand birth cohort: a fixed effects regression analysis // Crisis. 2007. № 2. P. 95–101. DOI: 10.1027/0227-5910.28.2.95
25. Bertolote J.M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective // World Psychiatry. 2002. Oct. P. 181–185.
26. Иванов О.В., Егоров А.Ю. Клинико-статистический анализ суицидов в популяции психически больных (по данным ПНД) // Психическое здоровье. 2010. № 1 (44). С. 14–18.
27. Любов Е.Б., Шматова Ю.Е., Голланд В.Б., Зотов П.Б. Десятилетний эпидемиологический анализ суицидального поведения психиатрических пациентов России // Суицидология. 2019. № 1. С. 84–90. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-84-90
28. Положий Б.С. Психопатологические детерминанты суицидального поведения. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: МИА, 2019: 169–182.
29. Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н., Рахматова Л.Д., Аксенов М.М., Перчаткина О.Э., Репецкий Д.Н. Алкоголизм и факторы суицидальности среди коренного населения районов, приравненных к Крайнему Северу // Суицидология. 2017. Т. 8, № 1. С. 68–76.
30. Разводовский Ю.Е. Потребление алкоголя и градиент уровня суицидов среди городских и сельских жителей Беларуси // Суицидология. 2018. Т. 9, № 1. С. 67–72.
31. Вассерман Д. Стратегии в области суицидальной превенции. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман. Пер. Е. Ройне. М.: Смысл, 2005: 219–225.
32. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. 2012. № 1. С. 8–13.

IMPACT OF SOCIO-ECONOMIC AND PSYCHOPATHOLOGICAL FACTORS ON THE DYNAMICS OF SUICIDAL MORTALITY IN THE UDMURT REPUBLIC

B.S. Polozhy, V.V. Vasiliev, Y.G. Kamenshchikov

Serbsky National Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia
Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia
Udmurt Republican Clinical Psychiatric Hospital, Izhevsk, Russia

The relevance of the problem under research is due to the high social and economic significance of the problem of population suicidality, as well as the lack of opinion unity among scientists about the role of various factors in its formation. Aim of the study: to assess the impact of socio-economic and psychopathological factors, as well as the factor of preventive suicidological care to the population, on the dynamics of suicidal mortality. Materials and methods. The study was conducted on the materials of the Udmurt Republic, which is one of the Russian regions with an adverse suicidological situation. A number of data for the study period by year obtained from official sources were used: the number of completed suicides; population size; a number of socio-economic indicators (unemployment, poverty, real incomes); morbidity rate of mental disorders, alcoholism, and alcoholic psychoses; the number of calls to the emergency psychotherapeutic service (telephone helpline). The study was carried out by an epidemiological method. Statistical analysis of the obtained data was carried out using the Spearman rank-order correlation coefficient (ρ). Results. It was found that the dynamics of suicidal mortality in Udmurtia over the past 65 years corresponded to analogous indicators in the country (USSR, then Russia) as a whole. At the same time, from 2002 to 2019, the Udmurt Republic recorded a steady decrease in the frequency of suicides. A targeted analysis of the relationship between the dynamics of population suicidality of the Republic and the effects of various factors of a socio-economic and psychopathological nature over a ten-year period (2010-2019) showed that from the considered socio-economic indicators (unemployment rate, poverty rate, monetary incomes), only the unemployment rate was reliably correlated with the frequency of suicides. From the observed psychopathological indicators (morbidity rate of mental disorders, alcoholism, and alcoholic psychoses), all were reliably correlated with the frequency of suicides. The significance of correlation for psychopathological factors turned out to be higher than for socio-economic factors. A noticeable direct positive correlation was also revealed between the intensity of the telephone helpline service and a decrease of the suicidal mortality in the Republic. Conclusions. The results of the study suggest some predominance of the impact of psychopathological factors over socio-economic factors on the suicidality of the Udmurtia population in modern condition.

They also testify to the principal possibility of suicidological situation positive changes achieving by means of preventive suicidological services.

Keywords: suicide, suicidal behaviour, suicidality, suicidal mortality, suicide prevention

ПОТРЕБЛЕНИЕ КРЕПКОГО АЛКОГОЛЯ И СУИЦИДЫ В РОССИИ

Ю.Е. Разводовский

Институт биохимии биологически активных соединений НАН Беларуси, г. Гродно, Республика Беларусь

Целью настоящего исследования было изучение связи между потреблением крепкого алкоголя и суицидами в России на популяционном уровне. Методы: В сравнительном аспекте изучена динамика потребления крепкого алкоголя и уровень суицидов в России в период с 1970 по 2015 гг. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета "Statistica 12. StatSoft". Результаты: С помощью корреляционного анализа Спирмана установлена положительная связь между потреблением крепкого алкоголя и уровнем суицидов как среди мужчин ($r=0,80$; $p<0,000$), так и среди женщин ($r=0,45$; $p<0,000$). Анализа «выбеленных» временных серий с использованием модели авторегрессии проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС) подтвердил наличие связи между потреблением крепкого алкоголя и суицидами. Установлена закономерность, согласно которой увеличение уровня потребления крепкого алкоголя на 1 литр сопровождается ростом уровня суицидов среди мужчин на 5,4%, а среди женщин на 2,6%. Выводы: Полученные данные указывают на то, что высокий уровень потребления крепкого алкоголя является одним из факторов высокого уровня суицидов в России.

Ключевые слова: суицид, крепкий алкоголь, потребление, Россия

Изучение факторов риска суицидального поведения относится к числу приоритетных задач, поскольку данная форма социальной девиации является одной из основных причин насильственной смерти лиц молодого и среднего возраста во многих странах мира [1-5]. Связь между злоупотреблением алкоголем и суицидальным поведением хорошо документирована [6-9]. Злоупотребление алкоголем рассматривается как эквивалент хронического суицида [2].

В некоторых исследованиях обсуждается роль структуры и стиля потребления алкоголя в этиологии суицидального поведения в Рос-

сии [10]. В пользу гипотезы, согласно которой фестиваль стиль потребления преимущественно крепких алкогольных напитков является ключевым фактором высокого уровня самоубийств в России свидетельству тесная связь между уровнем суицидов и уровнем продажи водки [10, 11]. Потенциальным ограничением предыдущих исследований является низкая надежность официальных данных уровня продажи водки, учитывая существование теневого рынка крепкого алкоголя [12, 13].

Целью настоящего исследования было изучение связи между потреблением крепкого алкоголя и суицидами в России на популяционном уровне.

Материалы и методы

В сравнительном аспекте изучена динамика потребления крепкого алкоголя и уровень суицидов в России в период с 1970 по 2015 гг. Стандартизированные половые и возрастные коэффициенты смертности от самоубийств (в расчете на 100000 населения), а также уровень продажи водки (в литрах абсолютного алкоголя на душу населения) получены из публикаций Росстата. Уровень потребления крепкого алкоголя рассчитывался как сумма уровня продажи водки и уровня потребления неучтенного алкоголя на основании предположения, что неучтенный алкоголь, в основном, представлен крепкими

спиртными напитками [12]. Оценка связи между динамикой уровня суицидов и динамикой уровня потребления крепкого алкоголя проводилась с помощью метода авторегрессии - проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС). С целью приведения временного ряда к стационарному виду использовалась процедура дифференцирования [14]. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета "Statistica 12. StatSoft".

Результаты

Анализ графических данных (рис. 1-2) говорит о том, что потребление крепкого алкоголя существенно снизилось в период с 1980 по 1988 гг., затем резко выросло, достигнув своего пика в 1994 г., после чего снижалось, вплоть до 1998 г., затем снова росло вплоть до 2002, после чего стало снижаться. Динамика уровня суицидов в рассматриваемый период также была подвержена резким колебаниям, характер которых подробно обсуждался в предыдущих исследованиях [8, 10]. Графические данные, представленные на рисунке 1 свидетельствуют о схожей динамике потребления крепкого алкоголя и уровня суицидов среди мужчин. Тренды потребления крепкого алкоголя и уровня суицидов среди женщин также достаточно схожи (рис. 2).

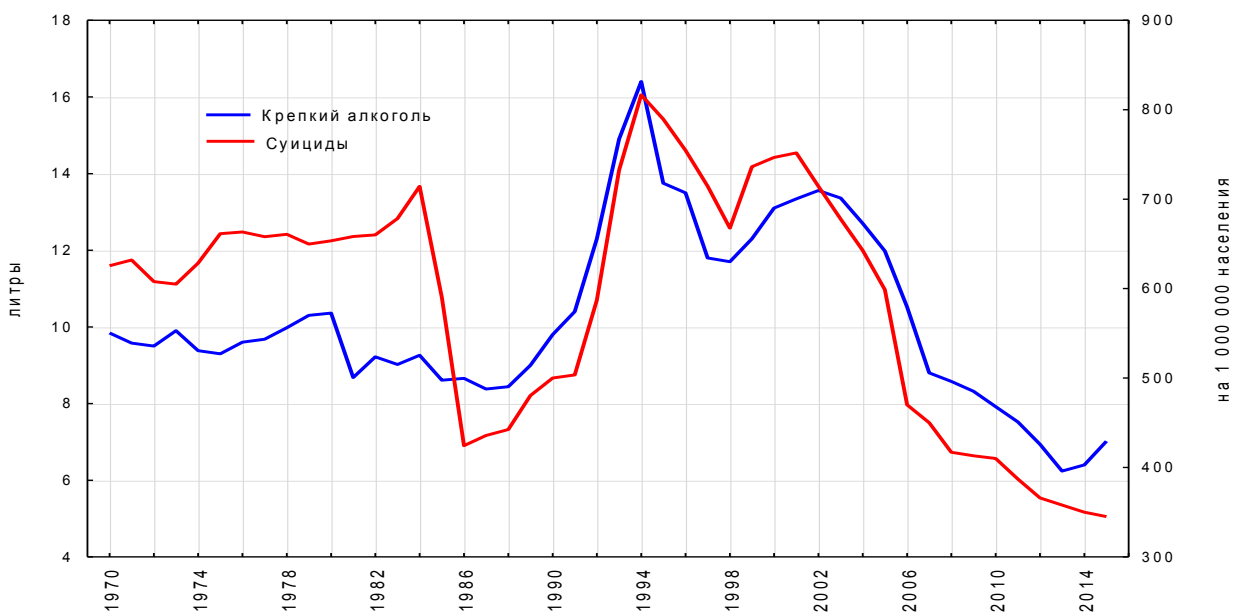


Рис. 1. Динамика уровня потребления крепкого алкоголя и уровня суицидов среди мужчин в России в период с 1970 по 2015 гг.

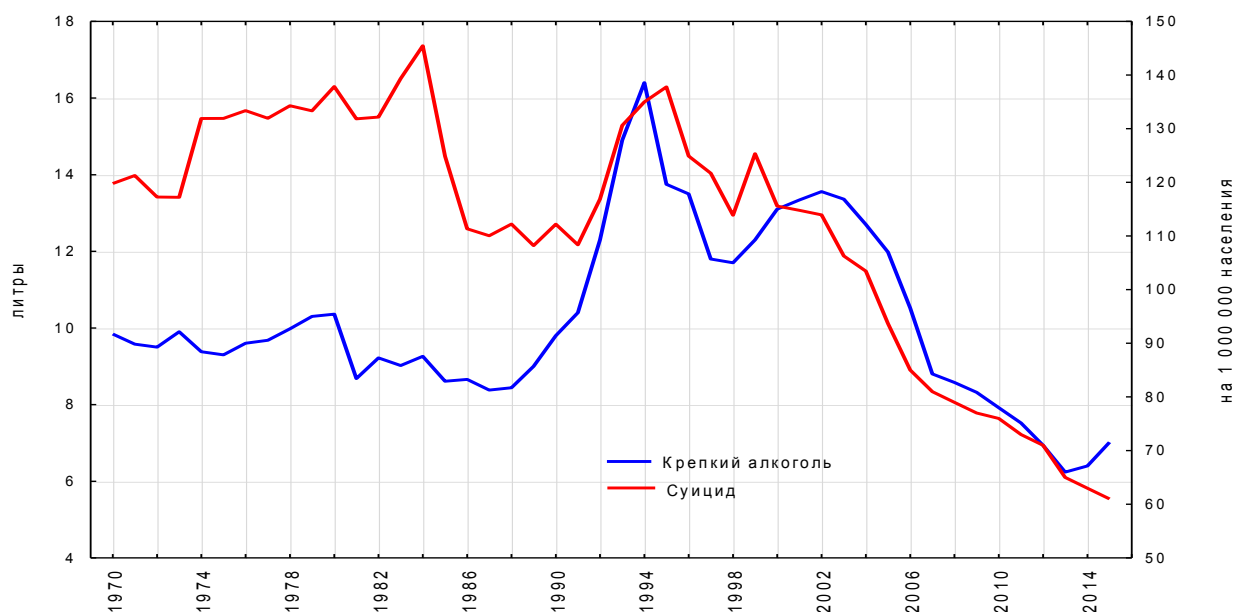


Рис. 2. Динамика уровня потребления крепкого алкоголя и уровня суицидов среди женщин в России в период с 1970 по 2015 гг.

С помощью корреляционного анализа Спирмана установлена положительная связь между потреблением крепкого алкоголя и уровнем суицидов как среди мужчин, ($r=0,80$; $p<0,000$), так и среди женщин ($r=0,45$; $p<0,000$). Анализа «выбеленных» временных серий с использованием модели АРПСС подтвердил наличие связи между потреблением крепкого алкоголя и суицидами. При этом была установлена закономерность, согласно которой увеличение уровня потребления крепкого алкоголя на 1 литр сопровождается ростом уровня суицидов среди мужчин на 5,4%, а среди женщин на 2,6%.

Обсуждение.

Результаты анализа временных серий, проведенных в рамках настоящего исследования, косвенно подтвердили гипотезу о влиянии структуры и стиля потребления алкоголя на уровень суицидов в России. Наличие связи между потреблением крепкого алкоголя и суицидами на популяционном уровне является отражением ее существования на индивидуальном уровне, поскольку быстрый рост концентрации алкоголя в крови может служить триггером аутоагрессивного поведения у лиц, предрасположенных к нему [11]. В какой-то степени связь между потреблением крепкого алкоголя и суицидом может быть обусловлена предпочтением крепких алкогольных напитков среди лиц, злоупотребляющих алкоголем

и являющихся группой риска совершения суицида [9].

Полученные данные также воспроизводят результаты предыдущих исследований, в которых было показана более тесная связь между потреблением крепкого алкоголя и уровнем суицидов среди мужчин [10]. Более слабая связь между потреблением крепкого алкоголя и уровнем суицидов среди женщин, очевидно, обусловлена тем, что женщины предпочитают слабоалкогольные напитки [13].

В заключении следует обсудить методологические ограничения данного исследования, которые могли оказать влияние на его результаты. В первую очередь это касается качества данных уровня потребления крепкого алкоголя, которые зависят от надежности оценки общего уровня потребления алкоголя. К сожалению, существующие в настоящее время методы оценки общего уровня потребления алкоголя далеки от совершенства [15]. Проблема надежности данных также может касаться уровня суицидов, учитывая ухудшение качества официальной статистики суицидов, отмечающееся в последнее время [16, 17].

Существенным методологическим ограничением данного исследования является игнорирование других факторов, помимо потребления крепкого алкоголя, которые могли оказать влияние на динамику уровня самоубийств. Одним из таких неучтенных факторов может являться психосоциальный дис-

тресс, уровень которого резко вырос после распада Советского Союза [18]. Колебания уровня суицидов в рассматриваемый период хорошо соотносятся с изменениями в уровне психосоциального дистресса. Тем не менее, поскольку использованный в настоящей работе метод анализа временных серий минимизирует получение ложных корреляций, указанные ограничения не ставят под сомнение результаты исследования.

Таким образом, результаты настоящего исследования выявили связь между потреблением крепкого алкоголя и суицидами в России на популяционном уровне. Полученные данные указывают на то, что высокий уровень потребления крепкого алкоголя является одним из факторов высокого уровня суицидов в России. Изменение структуры потребления алкоголя в пользу слабоалкогольных напитков может быть использовано в качестве стратегии снижения уровня суицидов.

Литература:

1. World Health Organization. Background of SUPRE. Prevention of Suicidal Behaviours: A Task for All. Geneva, 2005.
2. Bertolote J.M., Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research // *Am. J. Med. Genet. C Semin. Med. Genet.* 2005. № 133. P. 8-12.
3. Lester D. The association between alcohol consumption and suicide and homicide rates: a study of 13 nations // *Alcohol and Alcoholism.* 1995. № 13. P. 98-100.
4. Меринов А.В., Сомкина О.Ю., Меденцева Т.А., Жукова Ю.А. Женщины, страдающие алкогольной зависимостью: их расширенная суицидологическая характеристика // *Девиантология.* 2017. Т. 1, № 1. С. 14-20.
5. Зотов П.Б., Уманский М.С. Суицидальное поведение больных алкоголизмом позднего возраста в условиях синдрома отмены алкоголя (на примере Юга Тюменской области) // *Суицидология.* 2012. № 3. С. 41-48.
6. Разводovsky Ю.Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2004. № 2. С. 48-52.
7. Разводovsky Ю.Е., Кандрычын С.В. Алкоголь как фактор гендерного градиента уровня самоубийств в Беларуси // *Девиантология.* 2018. Т. 2, № 2. С. 25-30.
8. Немцов А.В., Шельгин К.В. Самоубийства и потребление алкоголя в России, 1956-2013 гг. // *Суицидология.* 2016. № 3. С. 2-12.
9. Razvodovsky Y.E. Suicide and alcohol psychoses in Belarus 1970-2005 // *Crisis.* 2007. V. 28, № 2. P. 61-66.
10. Razvodovsky Y.E. Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia // *Crisis.* 2009. V. 30. P. 186-191.
11. Родяшин Е.В., Зотов П.Б., Габсалямов И.Н., Уманский М.С. Алкоголь среди факторов смертности от внешних причин // *Суицидология.* 2010. № 1. С. 21-23
12. Рощина Я.М. Динамика и структура потребления алкоголя в современной России // *Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ.* 2012. № 2. С. 238-257.
13. Тапилина В. Сколько пьет Россия? Объем, динамика и дифференциация потребления алкоголя // *Социологические исследования.* 2006. № 2. С. 85-94.
14. Box GEP, Jenkins GM. *Time Series Analysis: forecasting and control.* London. Holden-Day Inc. 1976.
15. Немцов А.В., Шельгин К.В. Потребление алкоголя в России: 1956-2013 // *Вопросы наркологии.* 2015. № 5. С. 28-32.
16. GavriloVA N.S., Semyonova V.G., Evdokushkina G.N., GavriloVA L.A. The response of violent mortality to economic crisis in Russia // *Population Research and Policy Review.* 2000. V. 19. P. 397-419.
17. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Петров И.М., Жмуров В.А., Шнейдер В.Э., Безносков Е.В., Севастьянов А.А. Регистрация и учёт суицидального поведения // *Суицидология.* 2018. Т. 9, № 2. С. 104-111.
18. Розанов В.А. Самоубийства, психосоциальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // *Суицидология.* 2012. № 4. С. 28-40.

STRONG ALCOHOL CONSUMPTION AND SUICIDE IN RUSSIA

Y.E. Razvodovsky

Institute Biochemistry of Biologically Active Substances, Academy of Science of Belarus, Grodno, Belarus

The aim of this study was to study the relationship between the consumption of strong alcohol and the level of suicides in Russia at the population level. Methods: The dynamics of strong alcohol consumption and the level of suicides in Russia in the period from 1970 to 2015 were studied in a comparative aspect. Statistical data processing was carried out using the Statistica 12. StatSoft software package. Results: Spearman's correlation analysis suggest a positive relationship between the consumption of strong alcohol and the level of suicide both among men ($r=0.80$; $p<0.000$) and among women ($r=0.45$; $p<0.000$). The analysis of "whitewashed" time series using the ARIMA model confirmed the existence of an association between the consumption of strong alcohol and suicide: an increase in the level of consumption of strong alcohol by 1 liter is accompanied by an increase in the level of suicides among men by 5.4%, and among women by 2.6%. Conclusions: The obtained data indicate that the high level of consumption of strong alcohol is one of the factors of the high level of suicide in Russia.

Keywords: suicide, strong alcohol, consumption, Russia

ПАТТЕРНЫ АГРЕССИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

О.В. Рощина, Н.А. Бохан,
Е.Д. Счастный, Е.В. Диденко

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, г. Томск, Россия

E-mail: roshchinaov@vtomske.ru

Аффективные расстройства и алкогольная зависимость являются заболеваниями с высокой коморбидностью, каждое из которых сопряжено с повы-

шенным суицидальным риском и агрессивным поведением. Цель исследования: сравнить выраженность агрессивных паттернов и их взаимосвязь с базисными симптомами депрессии у пациентов, страдающих аффективными расстройствами в “чистом” виде и в коморбидности с алкогольной зависимостью. Результаты: Пациенты с коморбидностью характеризуются большей агрессивностью при менее выраженных депрессивных симптомах. При этом проявления агрессивности не коррелируют с базисными клиническими проявлениями депрессии. Вывод: Выявленные особенности создают опасность недооценки клиницистом суицидального риска пациентов с коморбидностью.

Ключевые слова: аффективные расстройства, алкогольная зависимость, агрессивность, клинические характеристики

Результаты современных отечественных и зарубежных исследований подтверждают высокую частоту сочетанности расстройств депрессивного спектра с проблемами, связанными с употреблением алкоголя [1, 2]. Некоторые авторы представляют зависимость и аддиктивное поведение в целом, как поведенческий компонент аффективной патологии с аутоагрессивными тенденциями [3]. В соответствии с Research Domain Criteria, несколько областей трансдиагностических симптомов являются общими для депрессивных расстройств и синдрома алкогольной зависимости, например, ангедония, тревожность, ауто- и гетероагрессия [4].

Нарушение обмена серотонина является общим патогенетическим аспектом формирования как депрессивной симптоматики, так и агрессивных тенденций [5]. Известно также влияние злоупотребления алкоголем на провоцирование агрессивного поведения как у животных, так и у человека [6]. Дисбаланс дофаминергической нейротрансмиссии, играющей ключевую роль в формировании алкогольной зависимости (АЗ) обуславливает нарушения поведения (в том числе, сопровождающиеся проявлениями агрессии), связанные с крейвингом и состоянием абстиненции [7]. Сочетание АЗ и расстройств настроения значительно увеличивают риск суицидов. Последние исследования показывают, что суициденты с коморбидной патологией значительно моложе, чем страдающие только аффективными расстройствами (АР), а их социальное функционирование характеризуется большим количеством межличностных конфликтов, финансовых и юридических проблем

[8]. В структуре агрессивности при АР зачастую преобладают явления негативизма, раздражительности и подозрительности по шкале Басса-Дарки по сравнению со среднепопуляционными значениями [9]. В исследованиях агрессивности при АЗ пациенты демонстрировали статистически значимое повышение выраженности агрессии по всем шкалам, за исключением “чувства вины” [10]. Таким образом, пристальное изучение агрессивности при АР и АЗ необходимо для превенции ауто- и гетероагрессивных действий, влекущих за собой значительные социальные и экономические последствия.

Цель исследования: сравнить выраженность агрессивных паттернов и их взаимосвязь с базисными симптомами депрессии у пациентов, страдающих АР в “чистом” виде и в коморбидности с АЗ.

Материалы и методы:

Проведено обследование пациентов, получавших лечение в клинике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ в 2019-2020 годах с диагнозом, отвечающим диагностическим критериям депрессивного эпизода (F32, F31, F33) или дистимии (F34.1) с коморбидным диагнозом синдрома зависимости от алкоголя (F10.2) или без указанной коморбидности. Исследование выполнено в соответствии с Хельсинкской декларацией 2000 г. и одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (Протокол ЛЭКа № 129 от 19 февраля 2020 года, Дело № 129/6.2020). Все пациенты подписали форму информированного согласия.

Сформировано 2 группы: пациенты с депрессивным эпизодом в рамках АР или с дистимией, $n=91$ (далее по тексту – группа F3) и пациенты с коморбидным течением АР и АЗ $n=47$ (группа F10+F3). Средний возраст пациентов в группе F3 составил 45 (33; 55) лет, в группе F10+F3 – 46 (37; 50) лет ($p=0,879$, критерий Манна-Уитни). В группе F3 преобладали женщины 81,3% (74), а в группе F10+F3 – мужчины – 72,3% ($n=34$) ($p=0,001$, критерий χ^2 -квadrat).

Клинико-патопсихологическая оценка базисных симптомов депрессии при поступлении выполнялась с помощью стандартизированных психометрических инструментов: структурированное интервью для шкалы оценки депрессии Гамильтона – версия для сезонных аффективных расстройств (SIGH-SAD) (Williams J., et al., 1992); шкала ангедо-

нии Снайта-Гамильтона (Snaitth et al., 1995), модифицированная для клинических исследований (SHAPS-C) (Ameli et al., 2014). Для исследования агрессивности пациентов использован стандартизованный Опросник агрессивности Басса - Дарки (Хван А.А., Зайцев Ю.А., Кузнецова Ю.А., 2005). Количественные данные в обследуемой выборке, не соответствующие нормальному закону распределения (критерий Шапиро-Уилка), представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей $Me (Q_1; Q_3)$. При проверке нулевой гипотезы критический уровень значимости принят $p=0,05$.

Результаты: Исследуемые группы статистически значимо различались по нозологическому составу АР: в группе F10+F3 преобладала дистимия (38,3% (n=18)), а у пациентов без коморбидности – единичные депрессивные эпизоды F32 (39,6% (n=36)) ($p=0,044$, критерий χ^2 -квадрат). Давность заболевания в группах была сопоставима и составила 5 (2; 9,5) и 4 (1; 10) года соответственно ($p=0,615$, критерий Манна-Уитни), при этом в случае

коморбидности, АР появилось на фоне сформированной 13 (6,5; 20,5) лет назад АЗ.

Пациенты группы F10+F3 статистически значимо чаще отмечали у себя аутоагрессивные суицидальные тенденции: 38,3% (n=18) против 26,4% (n=24) в группе F3 ($p=0,012$, критерий хи-квадрат). Из числа суицидентов обеих групп, пациенты с коморбидностью чаще проявляли более опасное суицидальное поведение по сравнению с “чистыми” аффективными расстройствами (по П.Б. Зотову, С.М. Уманскому [10]): так, у 50% (n=12) пациентов группы F3 и у 55,6% (n=10) F10+F3 отмечались только суицидальные мысли, в то время как активные суицидальные действия предпринимались 44,5% (n=8) пациентами группы F10+F3 и лишь 12,5% (n=3) пациентами группы F3, которые чаще ограничивались суицидальными замыслами – 37,5% (n=9) ($p=0,020$, критерий χ^2 -квадрат).

Исследование базовых симптомов депрессии при поступлении показало, что у пациентов с “чистым” АР относительно более выражена атипичная депрессивная симптоматика и ангедония (Табл. 1).

Таблица 1

Клиническая выраженность базисных симптомов депрессии и агрессивности при поступлении у пациентов выделенных групп

Психометрический инструмент		группа F3 (n=91)	группа F10+F3 (n=47)	p (критерий Манна-Уитни)
SIGN-SAD	типичные депрессивные симптомы	22 (16; 25)	20 (18; 25)	0,953
	атипичные депрессивные симптомы	6 (4; 10)	5 (3; 7)	0,008
	сумма баллов	28 (22; 35)	26 (23; 32)	0,242
SHAPS-C		29 (23; 38)	27 (20; 31)	0,042
Опросник уровня агрессивности Басса - Дарки	физическая агрессия	4 (2; 6)	6 (4; 8)	0,001
	косвенная агрессия	5 (5; 6)	5 (4; 6)	0,993
	раздражительность	5 (4; 7)	6 (4; 7)	0,739
	негативизм	2 (1; 4)	2 (1; 3)	0,120
	обида	4 (4; 6)	4 (4; 5)	0,380
	подозрительность	3 (3; 5)	6 (4; 7)	0,004
	вербальная агрессия	6 (3; 8)	7 (5; 8)	0,010
	чувство вины	7 (6; 8)	7 (5; 8)	0,888

У пациентов с коморбидностью статистически значимо выше показатели по шкалам “физической агрессии”, “подозрительности” и “вербальной агрессии” ($p < 0,005$, критерий Манна-Уитни), а уровень вербальной агрессии и чувства вины оценивается как “высокий”, в то время как у пациентов группы F3 такой выраженности достигает только “чувство вины”. В целом же агрессивность пациентов группы F10+F3 представляется как более выраженная с повышенными значениями по всем субшкалам, кроме “обиды” и “негативизма”.

Исследование корреляций по Спирмену показателей агрессивности и клинических характеристик в группе F3 показало прямую связь между выраженностью атипичной депрессивной симптоматики и косвенной агрессией ($r = 0,220$, $p = 0,036$), негативизмом ($r = 0,315$, $p = 0,002$), подозрительностью ($r = 0,242$, $p = 0,021$) и обратную взаимосвязь между ангедонией и подозрительностью ($r = -0,236$, $p = 0,031$). В группе F10+F3 корреляций агрессивности и клинических проявлений депрессии выявлено не было.

Выводы:

В результате проведенного исследования показано, что пациенты с коморбидным течением АР и АЗ отличаются большей выраженностью суицидальных тенденций с более опасными последствиями, чем пациенты с “чистыми” АР. Также пациенты этой группы характеризуются большей выраженностью агрессивности с преобладанием вербальной агрессии и чувства вины. У пациентов с “чистыми” АР проявления агрессивности коррелируют с базисными клиническими проявлениями депрессии (атипичной депрессивной симптоматикой и ангедонией), в группе же с коморбидностью подобной взаимосвязи выявлено не было, что говорит о, вероятно, более сложных механизмах агрессивности в этой когорте.

Указанные особенности, в совокупности с относительно меньшей выраженностью базисных симптомов депрессии у пациентов с коморбидностью, создают риск недооценки клиницистом тяжести их состояния, что может привести к низкой эффективности терапии и недостаточной превенции суицидального поведения.

Источник финансирования: Работа выполнена в рамках темы новой медицинской технологии «Технология комплексной терапии пациентов с депрес-

сивными расстройствами с учетом выраженности базисных симптомов депрессии», реализуемой по плану ПНИ НИИ психического здоровья, ТНИМЦ РАН по теме «Разработка персонализированной терапии аффективных и невротических расстройств с учетом клинико-динамических характеристик и предикторов ее эффективности», шифр темы 0421-2020-0013, номер госрегистрации АААА-А20-120041690009-6. Протокол ЛЭКа № 126 от 21 ноября 2019 года, Дело № 126/7.2019.

Литература:

1. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во ТГУ, 2009. С. 498.
2. Hoertel N., Falissard B., Humphreys K., Gorwood P., Seigneurie A. S., Limosin F. Do clinical trials of treatment of alcohol dependence adequately enroll participants with co-occurring independent mood and anxiety disorders? An analysis of data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) The Journal of clinical psychiatry. 2014. V. 75, № 3. P. 231-237.
3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск: Изд-во Олсб. 2001. С. 263.
4. Levchuk L.A., Meeder E.M.G., Roschina O.V., Loonen A.J.M., Boiko A.S., Michalitskaya E.V., Epimakhova E.V., Losenkov I.S., Simutkin G.G., Bokhan N.A., Schellekens A.F.A., Ivanova S.A. Exploring brain derived neurotrophic factor and cell adhesion molecules as biomarkers for the transdiagnostic symptom anhedonia in alcohol use disorder and comorbid depression // Frontiers in psychiatry. 2020. № 11. P. 296.
5. Menon A.S., Gruber Baldini A.L., Hebel J.R., Kaup B., Loreck D., Itkin Zimmerman S., Magaziner J. Relationship between aggressive behaviors and depression among nursing home residents with dementia International // Journal of Geriatric Psychiatry. 2001. V. 16, 2. P. 139-146.
6. Zerhouni O., Bègue L., Brousse G., Carpentier F., Dematteis M., Pennel L., Cherpitel C. Alcohol and violence in the emergency room: a review and perspectives from psychological and social sciences International journal of environmental research and public health. 2013. V. 10, № 10. – P. 4584-4606.
7. Басов А. Н. Тианприд: терапевтические возможности применения в наркологии, геронтопсихиатрии и при синдроме Туретта // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. № 3. С. 64-70.
8. Perez J., Beale E., Overholser J., Athey A., Stockmeier C. Depression and alcohol use disorders as precursors to death by suicide Death studies. 2020. P. 1-9.
9. Knox M., King C., Hanna G.L., Logan D., Ghaziuddin N. Aggressive behavior in clinically depressed adolescents // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2000. V. 39, № 5. P. 611-618.
10. Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Вертопрахова Н.Ю. Взаимосвязь уровня агрессивности и некоторых клинических характеристик у больных алкоголизмом // Наркология. 2017. Т. 16, № 6. С. 42-47.
11. Зотов П.Б., Уманский С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения // Суицидология. 2011. № 1. С. 3-7.

AGGRESSIVE PATTERNS IN PATIENTS WITH MOOD DISORDERS IN COMORBIDITY WITH ALCOHOL USE DISORDER

O.V. Roshchina, N.A. Bokhan, E.D. Schastnyy, E.V. Didenko

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy Sciences, Tomsk, Russia

Mood Disorders (MD) and Alcohol Use Disorder (AUD) are highly comorbid diseases, each of them

connected with increased suicidal risk and aggressive behaviour. *Objective of the study* is to compare the severity of Aggressive Patterns and their interconnection with Basis Depressive Symptoms in patients suffering from “pure” MD and MD comorbid with AUD. *Results*: Patients with Comorbidity are characterised by higher Aggressiveness and less pronounced Depressive Symptoms. Severity of Aggressiveness doesn't correlate with Basis Depressive Symptoms. *Findings*: Revealed features create danger of underestimation of Suicidal Risk in the patients with Comorbidity by clinician.

Keywords: mood disorders, alcohol use disorder, aggressiveness, depressive symptoms

ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПРОИСХОДЯЩЕГО И СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВИЛ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 В РОССИИ

О.М. Бойко, Т.И. Медведева,
С.Н. Ениколопов, О.Ю. Воронцова

ФГБНУ НЦ Психического здоровья, г. Москва, Россия

E-mail: olga.m.boyko@gmail.com

Представлены результаты анализа связи соблюдения правил, введенных во время пандемии COVID-19, с характером интерпретации ситуации.

Ключевые слова: COVID-19, правила самоизоляции, интерпретации, стресс

Число жертв пандемии COVID-19 и скорость её преодоления напрямую связаны с соблюдением людьми рекомендуемых противоэпидемических правил. Именно с несоблюдением правил, заключающихся в минимизации социальных контактов, использовании индивидуальных средств защиты (маски, перчатки), поддержании дистанции, связывают столь обширное распространение инфекции. Выявление факторов, увеличивающих риск нарушения противоэпидемических рекомендаций, может помочь определить мишени воздействия для снижения встречаемости данного вида девиантного поведения.

К настоящему моменту уже показан вклад в несоблюдение противоэпидемических правил таких личностных черт, как эмпатия, жестокость, лживость и склонность к риску [1]. Показано, что продолжительность мер сдерживания играет решающую роль в соблюдении правил и ограничений для борьбы с распространением болезни, поскольку люди со временем меньше готовы соблюдать ограничения [2]. Психологические потребности

граждан, влияющие на соблюдение правил и ограничений, должны быть приняты во внимание при обращении к ним с призывами соблюдать меры предосторожности, а также при планировании ослабления изоляции. В исследовании 2009 года, проведенным в Австралии по поводу соблюдения ограничений во время пандемического гриппа, было показано, что согласие выполнять правила увеличивается с помощью программы просвещения общественности [3].

Особенную значимость приобретает внимание к психологическим механизмам приспособления человека к угрожающей ситуации, находящим своё проявление в субъективной интерпретации происходящего. Поэтому представляется важным исследование характера интерпретации ситуации разными людьми, чтобы иметь возможность предложить им конструктивные интерпретации, которые позволят увеличить соблюдение необходимых мер безопасности.

Целью исследования был анализ связи соблюдения правил, введенных во время пандемии в России, с характером интерпретации ситуации.

Материалы и методы.

Представлены данные, полученные с помощью интернет-опроса (20.03.20 – 11.10.20), который включал в себя вопросы о том, как респондент оценивает свое состояние во время пандемии, использовался *Симптоматический опросник SCL-90-R* (Symptom Check List-90-Revised).

Интерпретации ситуации пандемии COVID-19 оценивались по ответам на открытый вопрос «Что Вы думаете о сложившейся ситуации в мире и стране». Всего получено 576 ответов. Для статистической обработки ответ кодировался экспертами-психологам. Были выделены следующие типы интерпретаций: «отрицание» (примером является ответ по типу «*большая профанация*»), «теория заговора» («*системный кризис спроектирован и запущен кем-то, кому это на руку*»), «рационализация» («*все всё делают как нужно, минимизируют потери и заражения, насколько это возможно в каждой стране*»), «эмоциональный ответ» («*кошмар*»), а также кодировалось упоминание следующих тем: «экономические проблемы», «неопределенность», «агрессия», «упоминание себя», «упоминание других», «осуждение других», «осуждение

властей», «есть тема будущего», «замкнутое пространство/изоляция», «ощущение принадлежности», «негативный образ будущего», «надежды на окончание», «юмор», «позитивный образ будущего», «забота о других», «ощущение собственного вклада в борьбу с коронавирусом». Кроме того, по пятибалльной шкале предлагалось оценить степень согласия с высказываниями, предложенными А.Н. Кирзюк (РАНХиГС), широко представленными в интернет-пространстве на начальном этапе пандемии: «Власти моей страны скрывают истинные масштабы эпидемии коронавируса в стране», «Коронавирус является изобретением человека, результатом разработок в области биологического оружия», «Коронавирус – это наказание или знак, посланные людям свыше?», «Появление коронавируса – это реакция Земли на ее загрязнение и эксплуатацию человеком».

Для статистической обработки использовались методы корреляционного анализа, анализ проводился с помощью программы SPSS.

Результаты.

Анализ показывает рост уровня стресса (рис. 1.) (корреляция с датой опроса 0,093**; $p=0,004$). Выявлена положительная корреля-

цию уровня стресса (параметр «Общий индекс тяжести» GSI в SCL-90) с соблюдением противоэпидемических правил, также было показано, что женщины более склонны к соблюдению правил. Эти результаты уже были опубликованы [4].

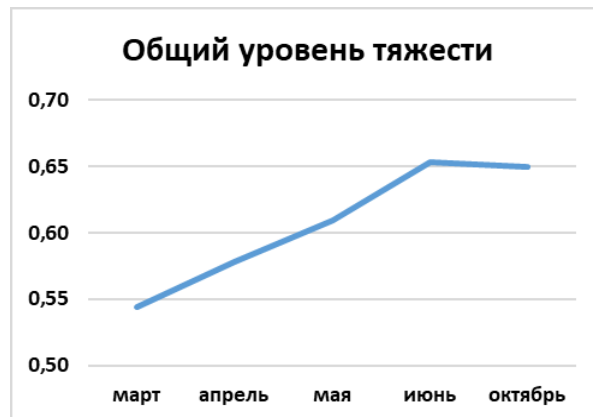


Рис. 1. Динамика общего уровня тяжести (GSI) состояния по месяцам.

На фоне роста выраженности стресса отмечается изменение частоты обращения к разного рода интерпретациям (таб. 1).

Таблица 1

Связь интерпретаций с длительностью пандемии, страхами и стрессом

Показатель	Дней с начала	Боюсь тяжело заболеть	Боюсь умереть	Боюсь заразить других	Боюсь тяж. сост. смерти других	Не боюсь	Общий индекс тяжести	Индекс тяжести наличного дистресса
Отрицание	,104*	-,183**	-,112*		-,173**	,274**	-,093*	
Теория заговора	,130**	-,161**	-,079	-,118*	-,107*	,226**		
Рационализация	-,075~				,141**	-,169**		
Эмоц страх тревога паник	-,107*					-,125**	,137**	,137**
Эконом проблемы	-,069~							
Неустойч неопред		,113*	,111*			-,088	,139**	,099*
Агрессия	,092*							
Про себя			,095*					
Осуждение властей	,122**			,090~				
Есть тема будущего	-,165**		,083~					,097*
Ощущение принадлежности	-,072~				,085~	-,084		
Надежды на окончание	-,100*		,156**	,123*				
Юмор							-,124**	
Позитивный образ будущего	-,165**						-,149**	-,145**
Забота о других					,093~	-,116*		
Ощущение собственного вклада в борьбу с кв	-,070~							
Биолог. Оружие (обр)	-,126**			,059~	,127**	-,080**		,105**
Наказание (обр)	-,073**						-,075*	
Экология (обр)				-,111**		,057~	-,084**	
Власти скрывают (обр)	-,123**	-,065*	-,171**			,125**	-,179**	-,164**

Примечания. Корреляции по Спирмену. Уровень статистической значимости: ~ $p < 0.01$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Со временем уменьшаются эмоциональные высказывания о пандемии, уменьшается частота обращения к темам будущего, уменьшаются рациональные высказывания. Одновременно с этим отмечается рост отрицания, обращения к теориям заговора и использования агрессивных высказываний.

Интерпретации связаны со страхами и стрессом. Анализ показал, что при использовании «отрицания» меньше выражен страх за себя и других, а также ниже общий уровень стресса (таб. 1). Интерпретации по типу «теории заговора» связаны с более низким уровнем страха, отсутствием опасений заразить других людей, но не коррелируют с уровнем стресса. При интерпретациях типа «рационализация» чаще встречается страх за других, при этом нет корреляции со страхом за себя и с общим уровнем стресса. Интерпретации типа «эмоциональное высказывание» коррелируют с высоким уровнем стресса. Присутствие темы будущего в свободном ответе также коррелирует с более высоким уровнем стресса. Одновременно с этим, интерпретации по типу «экономические проблемы», «осуждение властей», «ощущение принадлежности» не коррелируют с уровнем страха и стресса.

Интерпретации влияют на поведение и соблюдение правил. Выявлены корреляции между разными типами интерпретации ситуа-

ции и характером соблюдения противоэпидемических правил (таб. 2). Результаты показывают, более количество правил соблюдают при рационализации (коррелирующей со страхами за других, а не за себя). Кроме того, присутствие темы будущего, «забота о других», «ощущение собственного вклада в борьбу с коронавирусом» коррелируют с большим числом соблюдаемых противоэпидемических правил. Усиление веры в коронавирус как наказание за грехи, экологию, а также в то, что власти скрывают истинное положение дел, увеличивают частоту ношения масок. Одновременно с этим, снижение уровня соблюдения противоэпидемических правил (в том числе более редкое ношение масок) связано с интерпретациями по типу «отрицания» и «теории заговора». Более редкое ношение масок наблюдается при акцентировании экономических проблем при интерпретации ситуации.

Обсуждение результатов.

Соблюдение мер и правил во время пандемии связано с эмоциональным состоянием и способами интерпретации этого состояния. Связь выполнения правил и уровня стресса опосредована интерпретациями ситуации.

Противоэпидемические правила соблюдаются при высоком уровне стресса, страхе за себя и близких.

Таблица 2

Связь интерпретаций со способами защиты

Показатель	Работа из дома	Не покидаю дом	Ношу маску	Ношу перчатки	Мою руки	Средства дезинфекции	Сумма способов
Отрицание	-,081~	-,198**	-,161**	-,174**	-,186**	-,168**	-,265**
Теря заговора		-,147**			-,092*	-,097*	-,139**
Рационализация	,091*		,076~	,084*	,129**		,130**
Эмоц. страх тревога паника		,110**			,091*		
Эконом проблемы	,104*		-,104*	-,114**			
Неустойч неопред					,108**		,076~
Агрессия							
Про себя					,071~		
Осуждение властей							
Есть тема будущего	,118**	,108**				,074~	,099*
Ощущение принадлежности		,089*					,088*
Надежды на окончание	,087*						
Юмор						,101*	
Позитивный образ будущего							
Забота о других	,093*	,073~					,107*
Ощущение собственного вклада в борьбу				,110**	,109**	,149**	,126**
Наказание (обр)	,100*		-,128**	-,098*			
Экология (обр)	,133**		-,107*	-,080~		-,085*	
Власти скрывают (обр)	,108**		-,120**				
Биолог оружие (обр)	,121**			-,074~			

Примечания. Корреляции по Спирмену. Уровень статистической значимости: ~p < 0.01; * p < 0.05; **p < 0.01.

Обобщенная схема связи интерпретаций с уровнем стресса и соблюдением правил

Показатель	Интерпретации	Динамика во времени	Выполнение правил	Дополнительные факторы
Высокий уровень стресса	Эмоц. страх тревога паник	↓	высокое	
	Тема будущего	↓	высокое	
	Наказание	↑	высокое	
	Экология	↑	высокое	
	Власти скрывают	↑	высокое	
Нет зависимости от уровня стресса	Теория заговора	↑	низкое	Снижен страх за себя и других
	Рационализация	--	высокое	Есть беспокойство о других
	Эконом проблемы	↓	низкое	
Низкий уровень стресса	Отрицание	↑	низкое	
	Юмор	--	высокое	
	Позитивный образ будущего	↓	высокое	

Люди, испытывающие более высокий уровень стресса, с большей частотой продуцируют интерпретации, связанные с внешним воздействием (экология, наказание за грехи, биологическое оружие, сокрытие властями истинного масштаба эпидемии). Так как уровень стресса по мере в целом растет, растет и частота этих интерпретаций.

Схематично обобщенные результаты анализа связи характера интерпретаций с уровнем стресса и соблюдением правил, а также изменение частоты интерпретаций во времени представлены в табл. 3.

При более низком уровне стресса чаще встречаются интерпретации типа «отрицания» и «позитивного образа будущего». При этом при «отрицании» соблюдение правил ниже, а при «юморе» и «позитивном образе будущего» – увеличиваются способы защиты. Возможно, интерпретации по типу «отрицания» являются механизмом снижения уровня стресса при недостаточности психических ресурсов для принятия объективной ситуации. Однако, в отличие от «позитивного образа будущего» отрицание оказывает негативное влияние на выполнение противоэпидемических правил.

Не связаны напрямую с уровнем стресса такие интерпретации как «рационализация» и «теории заговора». При этом при «рационализации» выше страх за других, и это приводит к увеличению числа используемых способов защиты. В отличие от этого, интерпретации по типу «теории заговора» сопровождаются снижением уровня страха и за себя, и за других, что отрицательно сказывается на соблюдении противоэпидемических мер.

Анализ динамики интерпретаций показывает, что если в начале пандемии люди чаще описывают свое эмоциональное состояние (страха, тревоги, паники), то в конце исследования такие ответы встречаются реже. Можно предположить, если в начале чаще описывались «сырые» эмоции, со временем название эмоций (или эмоциональное описание ситуации) заменяется интерпретациями, с помощью которых люди ищут объяснение своему состоянию.

При этом мы видим снижение представленности темы «будущего». Очевидно, использование образа будущего в интерпретациях происходящего не способно в настоящий момент выступать как способ психологической защиты, так как сохраняется высокий уровень неопределенности, сложности долгосрочного планирования своей жизни. Учитывая, что интерпретации, в которых представлена тема будущего, связаны с большим уровнем соблюдения противоэпидемических правил в том числе и с количеством используемых способов защиты (а также с более высоким уровнем образования, с возможностью работать дома), то её снижение негативно сказывается на соблюдении противоэпидемических мер. Это указывает на значимость темы будущего как одного из факторов повышения ответственности за соблюдение правил в обсуждениях и дискуссиях в СМИ.

Растут такие интерпретации как «отрицание» и «теории заговора» (при этих интерпретациях ниже страх за себя и за других). Эти интерпретации связаны с уменьшением способов защиты.

Выводы:

1. Выявлена связь характера интерпретаций происходящего с особенностями соблюдения противоэпидемических правил.

2. Исследование показало одновременный рост противоположных тенденций. Более высокий уровень стресса связан с более частыми интерпретациями типа наказания за грехи, подозрения властей в сокрытии информации. При этих интерпретациях выше уровень соблюдения правил, но сами по себе они неконструктивны.

3. Одновременно растут такие интерпретации как отрицание, теории заговора. При этих интерпретациях снижается соблюдение правил.

4. Выделены конструктивные интерпретации, которые не связаны с высоким уровнем стресса, это юмор, рационализация, позитивный образ будущего. Вероятно, предложение именно этих интерпретаций было бы оптимально при попытках поддержать людей в соблюдении противоэпидемических правил.

Литература:

1. Miguel F.K., Machado G.M., Pianowski G., et al. Compliance with containment measures to the COVID-19 pandemic over time: Do antisocial traits matter? // *Pers Individ Dif*. 2021. № 168. P. 110346. DOI: 10.1016/j.paid.2020.110346
2. Nese M., Riboli G., Brighetti G., et al. Delay discounting of compliance with containment measures during the COVID-19 outbreak: a survey of the Italian population // *Z Gesundh Wiss*. 2020. № 1-9. DOI: 10.1007/s10389-020-01317-9
3. Eastwood K., Durrheim D., Francis J.L., et al. Knowledge about pandemic influenza and compliance with containment measures among Australians // *Bull World Health Organ*. 2009. V. 87, № 8. P. 588-594. DOI: 10.2471/blt.08.060772
4. Бойко О.М., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н. и соавт. Психологическое состояние людей в период пандемии COVID-19 и мишени психологической работы [Online] // *Психологические исследования*. 2020. № 70. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2020v13n70/1731-boyko70.html>.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СТРЕССОВЫХ УСЛОВИЯХ РАБОТЫ НА ФОНЕ ПАНДЕМИИ COVID-19

М.М. Алимова, В.Н. Бочкова

Чайковская ЦГБ, г. Чайковский, Россия

В статье представлены результаты исследования эмоционального состояния медицинского персонала, работающего с COVID19-инфицированными пациентами. Полученные результаты свидетельствуют о частом отрицании медиками наличия у себя симптомов тревоги или депрессии, что может

быть связано с героизацией образа медицинского работника, преодолевающего любые трудности, либо с трудностями распознавания собственного переживания. Авторы указывают на важность профилактики и коррекции эмоциональных нарушений в медицинской среде.

Ключевые слова: COVID19-стресс, пандемия, эмоциональное выгорание, медицинские работники, тревога, депрессия

Пандемии новой вирусная инфекция COVID-19 уже более года. Ежедневно мы становимся свидетелями её тяжелых социальных, экономических и политических последствий [1, 2]. Но прошедший период так же позволил получить новые знания в области вирусологии и микробиологии, медицины, социологии и других областях науки [3, 4]. За это время учёными разных стран были проведены и проводятся исследования по поводу того, как вирус и изоляция влияют на эмоциональное состояние людей, развитие психической патологии [5, 6].

Ковид-ассоциированный стресс проник во все слои населения и сферы профессиональной деятельности [7, 8, 9]. Наиболее высоким рискам, безусловно, подвергаются медицинские работники, профессиональная деятельность которых неразрывно связана с экстремальными условиями работы. Совокупность физических и психологических патогенных факторов, влияющих на медперсонал во время выполнения профессиональных обязанностей, неизбежно вызывает физиологический и психоэмоциональный стресс. В этой связи на фоне борьбы с коронавирусной инфекции наиболее актуально стоит вопрос поддержания психологического здоровья и благополучия работников здравоохранения, находящихся на переднем крае пандемии [10, 11].

Медицинские работники больше подвержены депрессии и тревоге в сложившейся ситуации. Исследования, проведённые во время пандемии, также указывают на высокие риски развития в этой профессиональной среде целого ряда психических расстройств, а также повышения суицидальной активности [12, 13, 14], что указывает на важность исследований в этом направлении.

Цель исследования: изучение психологического состояния и его нарушений у медицинского персонала в условиях пандемии COVID-19.

Материалы и методы.

На базе ГБУЗ ПК «Чайковская ЦГБ» (г. Чайковский, Пермский край) было проведено обследование 56 медицинских работников (5 мужчин и 51 женщина). Обязательным критерием включения в исследуемую группу респондентов явилось условие непосредственной работы в «ковидном» отделении. Участие в исследовании было анонимным.

Исследование проводилось на двух группах и в различные периоды.

В первую группу вошел 31 медицинский сотрудник инфекционного отделения и отделения анестезиологии / реанимации, которые работали с пациентами коронавирусной инфекцией с начала открытия «ковидного госпиталя». Сроки обследования этой группы: май – июнь 2020 г.

Вторая группа – 25 человек. Эти сотрудники работали с инфицированными пациентами в перепрофилированных в «ковидный госпиталь» отделениях с сентября 2020 г. Сроки обследования второй группы: октябрь – ноябрь 2020 г.

Средний возраст всех респондентов составил 39,9 года (от 24 до 61 года). Запрос на обратную связь с психологом в июне 2020 г. поступил от 29 сотрудников (93,5%) из первой группы и в декабре 2020 г. обратилось 12 сотрудников (48%) из второй группы.

В исследовании использовались следующие методики:

1. Индивидуальная вводная беседа.
2. Анкета, направленная на сбор демографических данных (пол, возраст).
3. Клиническая тестовая методика «Шкала тревоги Бека» (BAI).
4. Проективная методика исследования личности цветовой тест Люшера.
5. «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS).

Результаты и обсуждение.

Основной задачей исследования обеих групп явилось выявление наличия тревоги и депрессии, оценка степени её выраженности и оценка общего нервно-психического состояния.

На этапе вводной беседы никто из медицинского персонала не предъявлял жалоб на беспокойство, тревогу, нарушение сна и колебания настроения.

В результате исследования первой группы медицинских работников «Госпитальной шкалой тревоги и депрессии» (HADS) ни у

одного респондента не выявился уровень клинически выраженной тревоги или депрессии.

48,4% находятся в состоянии субклинической тревоги и 29% в состоянии субклинической депрессии.

По оценке общего нервно-психического состояния в первой группе у 74,2% респондентов наблюдался «хороший» и «оптимальный» уровень, у 25,8% – «удовлетворительный». С «плохим» и «отличным» не выявилось ни одного обследуемого.

В октябре – ноябре 2020 года было проведено исследование второй группы. По данным опросника «HADS» ни у одного не выявлено клинически выраженной тревоги или депрессии. Тем не менее, у 73,08% отмечено состояние субклинической тревоги и у 8% – субклинической депрессии.

По оценке общего нервно-психического состояния у 80% респондентов наблюдался «хороший» и «оптимальный», у 20% – «удовлетворительный» уровень. С «плохим» и «отличным», также как и в первой, не выявилось ни одного обследуемого.

В динамическом исследовании психологического благополучия было выявлено увеличение выраженности симптомов тревоги во второй группе по сравнению с первой (до 73,08% с 48,4% соответственно) и снижение показателей депрессии во второй группе по сравнению с первой (до 8% с 29% соответственно).

Заключение.

Обращает на себя внимание то, что бóльший процент в исследуемой выборке находится в стадии «нормы». В данном случае, возможно, предположить несколько вариантов объяснения: 1) «средний» возраст большинства исследуемых обеих групп может явиться одним из факторов подверженности воздействия внешней тревоги; 2) имеет существенное основание и факт наличия материальной составляющей, как «вторичной выгоды» от работы в условиях эпидемии COVID-19 – медицинский персонал имеет серьезную доплату за риски в опасных условиях. Вероятно, это может выступать в качестве значимого компенсаторного фактора. В качестве примеров: одна из сотрудниц (медсестра, 29 лет, мать двоих детей) первой группы работала до «последнего», несмотря на имеющийся диагноз ХБП, в стадии С3 (после перенесённой ковидной инфекции и пневмонии – ХБП, С5); некоторые медицинские работники намеренно не-

правильно пользовались средствами индивидуальной защиты (СИЗ), стремясь заболеть и получить социальные выплаты.

Таким образом, в результате исследования были получены повышенные показатели негативных эмоциональных состояний во второй группе, что может быть связано с героизацией образа медицинского работника (трое сотрудников учреждения были награждены государственными наградами – ордена Пирогова и медаль Луки Крымского), либо с трудностями распознавания собственного переживания.

В целом, полученные данные указывают на важность контроля эмоционального состояния медицинских работников, оказывающих помощь пациентам с COVID-19, возможности оказания им помощи в выработке эффективных стратегий преодоления стресса. Своевременна консультативная и коррекционная помощь позволит улучшить качество их жизни, сохранить здоровье и жизнь, реализовать свой интеллектуальный и профессиональный потенциал, поможет продуктивно работать и вносить вклад в развитие общества.

Литература:

1. Дудин М.Н., Лясников Н.В. Вероятные социальные и экономические последствия пандемии коронавируса COVID19 // ПОИСК: Политика. Обществоведение. Искусство. Социология. Культура. 2020. № 2 (79). С. 60-71.
2. Любов Е.Б. Граждане под короной, или как это делается в Израиле и около // Девиантология. 2020. Т. 4, № 1. С. 55-91. DOI: 10.32878/devi.20-4-01(6)-55-91
3. Soham S. A comparative study of COVID19 vaccine technology // Аспирант. 2021. № 2 (59). С. 164-167.
4. Perea del Pozo E., Aparicio-Sánchez D., Hinojosa Ramirez F., Pareja Ciurol F., Durán Muñoz-Cruzado V., Sánchez Arteaga A., Dios Barbeito S., Padillo Ruiz F.J. A prospective cohort study of the impact of COVID19 world pandemic on the management of emergency surgical pathology // British Journal of Surgery. 2020. V. 107, № 11. P. e463-e464.
5. Zhang Y., Ma Z.F. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study // Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020. № 17. P. 1–12.
6. Sonderskov K.M., Dinesen P.T., Santini Z.I. et al. The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic // Acta Neuropsychiatr. 2020. V. 32, № 4. P. 226-228. DOI: 10.1017/neu.2020.15
7. Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю. Анализ динамики депрессивной симптоматики и суицидальных идей во время пандемии COVID-19 в России // Суицидология. 2020. Т. 11, № 3. С. 3-16. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-3-16
8. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Бойко О.М., Станкевич М.А., Воронцова О.Ю. Лексические особенности высказываний о COVID-19 людьми с суицидальными идеями // Академический журнал Западной Сибири. 2020. Т. 16, № 3. С. 9-12.
9. Бойко О.М., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю. Соблюдение противоэпидемических мер и интерпретации происходящего во время пандемии COVID-19 // Девиантология. 2020. Т. 4, № 2. С. 8-21. DOI: 10.32878/devi.20-4-02(7)-8-21
10. ВОЗ. Психическое здоровье и COVID-19. URL: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/mental-health-and-covid-19>
11. Пертриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Рой А.П., Рахманина А.А. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. №2. С.8-45.
12. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Положий Б.С. Пандемии и суицид: идеальный шторм и момент истины // Суицидология. 2020. Т. 11, № 1. С. 3-38. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-3-38
13. Результаты Всероссийского интернет-опроса медицинских работников отношении их психического здоровья в период пандемии COVID-19, <http://mental-health-russia.ru/news2/1120/116/rezultaty-vserossijskogo-oprosa-meditsinskih-rabotnikov-v-otnoshenii-ih-psihicheskogo-zdorovya-v-priod-pandemii-COVID-19/>
14. Розанов В.А. Насущные задачи в сфере суицидальной превенции в связи с пандемией COVID-19 // Суицидология. 2020. Т. 11, № 1. С. 39-52. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-39-52

PSYCHOLOGICAL HEALTH OF MEDICAL PERSONNEL IN STRESSFUL WORKING CONDITIONS AGAINST THE BACKGROUND OF THE COVID-19 PANDEMIC

M.M. Alimova, V.N. Bochkova

Tchaikovsky Central Library, Tchaikovsky, Russia

The article presents the results of a study of the emotional state of medical personnel working with COVID19-infected patients. The results indicate that doctors often deny themselves anxiety or depression. Perhaps it is connected with the creation of the image of the hero of the medic, who overcomes any difficulties. Other options include difficulty recognizing your own emotions. The authors point out the importance of prevention and correction of emotional disorders in the medical environment.

Keywords: COVID19-stress, pandemic, burnout, medical professionals, anxiety, depression

COVID-19 У ПОГИБШИХ ОТ СУИЦИДА В 2020 ГОДУ В ТЮМЕНИ (ЗАПАДНАЯ СИБИРЬ)

П.Б. Зотов, А.А. Калашников, Е.Г. Скрябин, Е.П. Гарагашева, Н.Н. Спадерова

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия
Областное бюро СМЭ, г. Тюмень, Россия
Областная клиническая больница №2, г. Тюмень

Оценена частота COVID-19 - инфицирования у лиц, совершивших самоубийство в Тюмени и Тюменской области (Западная Сибирь) в период 2020 года. Результаты: в 2020 году в Тюменской области было зарегистрировано 220 самоубийств (14,4 на 100000 населения), в том числе

67 суицидов в г. Тюмени (8,4 на 100000 населения). Среди всех погибших подтвержденный лабораторно диагноз COVID-19 (Z22.8) был выявлен в одном случае – мужчина, 1950 г.р. На момент смерти клинических признаков COVID-19 не имел. Таким образом, среди погибших от суицида доля лиц с лабораторно подтвержденным диагнозом COVID-19 составила 0,45%. Авторы считают, что нельзя однозначно оценивать данный показатель. Вполне вероятно, что в период разгар пандемии, могли быть и другие, но также единичные случаи инфицирования, не проявляющиеся клинически. Тем не менее, анализ базы медицинских данных показал, что лиц с клинически значимыми проявлениями заболевания COVID-19 среди погибших от самоубийства не было. Делается вывод о ведущей роли психосоциальных и экономических факторов на суицидальную активность в период пандемии COVID-19. Указывается на необходимость исследований суицидальной активности лиц, имеющих проявления постковидного синдрома.

Ключевые слова: COVID-19, суицид, Тюмень, Тюменская область, Западная Сибирь

Пандемия COVID-19 привнесла значительные изменения в самые различные сферы жизни практически всех странах мира [1, 2]. Быстро распространяющаяся болезнь с тяжёлыми негативными последствиями, нередко заканчивающимися смертью, определила необходимость введения жёстких многоуровневых ограничительных мер, последствиями которых стали экономические, социальные, политические и др. потери [3, 4, 5]. Наиболее значимо вирусная инфекция отразилась на населении – перенесение тяжёлого заболевания, потеря близких и друзей, непривычные ограничительные меры, нестабильность (потеря) работы и заработка, негативный социальный фон, угроза утраты перспективы будущего и др. Системный характер негативных воздействий определил высокий риск эмоциональных и психических нарушений в популяции. Предвидя такую ситуацию, уже в начале 2020 года ВОЗ указало на необходимость проведения комплексных мер психопрофилактики, в том числе направленных на превенцию самоубийств [1]. Важность такого подхода была обусловлена оценкой масштаба угрозы и ожидания последующих за распространением COVID-19 последствий. Исходными примерами такой тактики могли служить, в том числе данные о росте суицидальной статистики, полученные при оценке других эпидемий

последних двух десятилетий – атипичной пневмонии, Эболы и др. [6].

Таким образом, имеющиеся сегодня данные указывают на высокий риск суицида в условиях пандемии COVID-19. Тем не менее, многие аспекты, связанные с суицидальной активностью населения остаются открытыми и требующими изучения. Среди последних вопрос о непосредственном присутствии (выявлении) COVID-19 у лиц, совершивших самоубийство. В доступной литературе нам не удалось найти данных по этой теме.

Цель исследования: оценить представленность COVID-19 - инфицирования у лиц, совершивших самоубийство в Тюмени и Тюменской области в период 2020 года.

Материал и методы: данные МИАЦ и Областного бюро судебно-медицинской экспертизы (г. Тюмень) о случаях самоубийств в Тюмени и Тюменской области, совершённых в период 2020 года.

При анализе данных оценивалась информация о имеющемся заболевании погибшего накануне трагического события, а также данные лабораторных тестов, проводимых с учётом требований эпидемиологической ситуации в регионе, в период исследования.

Результаты и обсуждение:

В исследуемый период (2020 год) в Тюменской области было зарегистрировано 220 самоубийств (14,4 на 100000 населения), в том числе 67 суицидов в г. Тюмени (8,4 на 100000 населения).

Среди всех погибших подтвержденный лабораторно диагноз COVID-19 (Z22.8) был выявлен в одном случае – мужчина, 1950 г.р. Самоубийство совершено путём повешения (был обнаружен женой висящим в петле в квартире). При постмортальной экспертизе случая: клинических признаков COVID-19 не имел. Диагноз вирусной инфекции подтверждён лабораторно. *Судебно-медицинский диагноз:* механическая асфиксия от сдавления шеи петлей: прижизненная, одиночная, замкнутая, полосчатая ссадина на шее в верхней трети, кровоизлияния в соединительных оболочках глаз, под плеврой резко вздутых лёгких, в мягких тканях шеи под бороздой, полнокровие органов, жидкое состояние крови. Носительство новой коронавирусной инфекции – COVID-19 (Z22.8). Атеросклероз аорты (атерокальциноз с изъязвлениями 50%) и коронарных артерий (атерокальциноз 30% со стенозом на 1/3).

Таким образом, среди погибших от суицида доля лиц с лабораторно подтверждённым диагнозом COVID-19 составила 0,45%. Безусловно, нельзя однозначно оценивать данный показатель. Вполне вероятно, что в период разгар пандемии, могли быть и другие, но также единичные случаи инфицирования, не проявляющиеся клинически.

Тем не менее, после проведённого анализа имеющейся базы персональных медицинских данных можно с достаточной долей уверенности утверждать, что лиц с клинически значимыми проявлениями заболевания COVID-19 среди погибших от самоубийства не было. Это вполне согласуется и с клиническими наблюдениями. Опыт консультативной работы авторов статьи с пациентами, госпитализированных в ковидные моногоспитали, свидетельствует о том, что регистрируемые в острый период редкие аутоагрессивные и суицидальные формы поведения наблюдаются преимущественно на фоне и в структуре психических нарушений психотического уровня (отсутствие осознания последствия своих действий в этот период не позволяет рассматривать их поведение как суицидальное). Оказываемая помощь этим больным в условиях стационара позволяет контролировать подобные нарушения и предупредить самоповреждение. Данные литературы так же указывают на подобные клинические примеры [7].

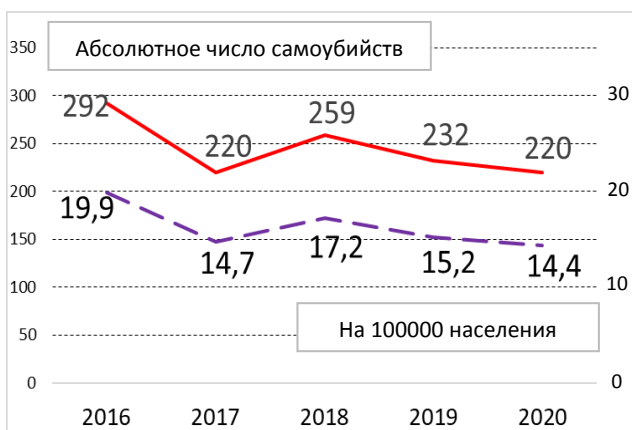


Рис. 1. Показатели уровня самоубийств в Тюменской области в 2016-2020 гг. (абсолютное число и на 100000 населения).

Статистические показатели так же свидетельствуют об отсутствии какого-либо значимого вклада COVID-19 в показатели самоубийств населения Тюменской области, по

крайней мере, в течение 2020 года. Напротив, в этот период наблюдалось некоторое уменьшение количества суицидов, в целом продолжая намеченный и в предыдущие годы тренд снижения суицидальной смертности (рис. 1). Однако не это означает, что такая динамика продолжится, и можно не расширять объём профилактических и лечебно - реабилитационных мер.

Вполне вероятно, что суицидальный риск, ассоциированный с болезнью, может повышаться в постковидный период, так как значительное число пациентов с коронавирусной инфекцией продолжают иметь симптомы, связанные с COVID-19, после острой фазы заболевания. Стойкие психиатрические симптомы среди выживших после COVID-19, такие как депрессия, тревога, посттравматические симптомы и когнитивные нарушения, могут быть связаны с психологическими факторами и нейробиологическими травмами [8].

Некоторыми исследователями выдвигается гипотеза о нейроиммунных и иммунных факторах риска как возможных связях между психосоциальной уязвимостью и самоубийствами во время вспышек, таких как COVID-19 [9]. При этом отмечается, что настоящая пандемия – это уникальная возможность углубить понимание связи респираторных вирусов с расстройствами настроения и суицидами, в том числе, на уровне нейро-психонейроиммунологии [10], а понимание психологического воздействия на пациентов во время пандемии COVID-19, может так же дать представление о том, как разработать новую службу иммунопсихиатрии [11].

Выжившие после COVID-19 могут подвергаться повышенному риску самоубийства и в более отдаленном периоде. По мнению L. Sher [12] последствия кризиса COVID-19 для психического здоровья, включая суицидальное поведение, вероятно, будут присутствовать в течение длительного времени и достигнут своего пика позже, чем фактическая пандемия. Среди вероятных факторов – снижение стрессоустойчивости и адаптационных возможностей, в том числе обусловленных последствиями токсического поражения ЦНС в период болезни, а также другими соматогенными факторами (обострение и/или декомпенсация хронических заболеваний, тяжелые осложнения вирусной инфекции и др.). Длительно продолжающийся поливалентный

стресс на фоне снижения компенсаторных возможностей может являться условием повышения суицидального риска. С позиций суицидальной превенции в этих условиях значимым может быть ранее выявление тревоги и депрессии [13, 14, 15], а наиболее важным ассоциируемым с ними симптомом – нарушения сна, часто регистрируемых в постковидном периоде [16], а так же в общей популяции, и относимых к доказанным факторам риска суицида [17].

Среди причин эмоциональных и психических нарушений в населении на фоне пандемии, повышении суицидального риска могут быть и различного рода страхи, в том числе формируемые под влиянием СМИ, и объективные социально-экономические проблемы [18, 19, 20]. Это указывает на необходимость расширения психопрофилактической и психокоррекционной работы, в том числе направленной на превенцию суицидального поведения [15, 21].

В качестве значимых просуицидогенных факторов могут выступать безработица и страх потерять работу. Так, исследования, проведенные в Канаде, показали, что в результате воздействия COVID-19 на безработицу прогноз увеличения числа в 2020 и 2021 годах возможен по двум сценариям: 1) рост безработицы на 1,6% в 2020 году, 1,2% в 2021 году или 2) рост безработицы на 10,7% в 2020 году, 8,9% в 2021 году. Увеличение безработицы на процентный пункт было связано с увеличением самоубийств на 1,0% в период с 2000 по 2018 год. В первом сценарии рост уровня безработицы привёл к прогнозируемому увеличению на 418 самоубийств в 2020-2021 годах (уровень самоубийств на 100000 человек: 11,6 в 2020 году). Во втором сценарии прогнозируемый уровень самоубийств на 100000 человек увеличился до 14,0 в 2020 году и 13,6 в 2021 году, что привело к 2114 дополнительным самоубийствам в 2020-2021 годах [22].

С этими расчётами согласуются данные исследований запросов в Google в США. Анализ показал резкий рост в 2020 году доли запросов, представляющих финансовые трудности: "Я потерял работу" (226%; 95% ДИ, 120% -333%), "уволен" (1164%; 95% ДИ, 395% -1932%), "безработица" (1238%; 95% ДИ, 560% -1915%) и "отпуск" (5717%; 95% ДИ, 2769% -8665%) [23].

В целом, эти результаты подтвердили, что профилактика самоубийств в контексте безработицы, связанной с COVID-19, является одним из важнейших приоритетов [5, 22].

Самоизоляция и ограничение передвижения так же явились одними из наиболее тяжёлых стрессогенных факторов. Однако, как показали исследования, в период действия этих мер, увеличивалась частота «внутренних форм» суицидальной активности – мыслей, замыслов, намерений и др. Например, в Колумбии во время изоляции о высоком риске самоубийства указывали 7,6% опрашиваемых [24], в США – 10,7% [25]. Так же отмечалось увеличение числа несуйцидальных самоповреждений и семейного насилия [26]. Тем не менее, реального увеличения количества суицидальных действий в период первой волны пандемии и действия изоляционных мер во многих странах не наблюдалось [27, 28]. Повышение числа самоубийств отмечалось после отмены самоизоляции – начиная с мая и потом в период второй волны пандемии – осенью 2020 года. Так, в Японии – ежемесячные показатели самоубийств в течение первых 5 месяцев пандемии (с февраля по июнь 2020 года) снизились на 14%. Это может быть связано с субсидиями правительства, сокращением рабочего времени и закрытием школ. Во время второй волны (июль-октябрь 2020 года), напротив, ежемесячные показатели самоубийств увеличились на 16%, причём больший рост наблюдался среди женщин (37%), детей и подростков (49%) [29]. Эпидемиологические исследования в отдельных регионах России свидетельствуют о схожих трендах [30].

Заключение.

Изучение суицидального поведения и его динамики в период первой и второй волны пандемии COVID-19 показало нелинейно зависимые тренды, в том числе не всегда соответствующие сделанным в начале пандемии прогнозам и ожиданиям. Не наблюдалось прогрессивного роста числа самоубийств. Среди погибших от суицида, доля лиц с активным инфекционным процессом минимальна. В настоящее время нет данных, и вполне обоснованы исследования суицидальной активности лиц, имеющих различные проявления постковидного синдрома (психические, неврологические, соматические и др.).

В общей популяции, как и прежде, ведущими предикторами суицидального поведения остаются психо-социальные и экономические факторы риска. Роль отдельных из них в

настоящее время неоднозначна и не совсем понятна. Например, меры изоляции, помимо ограничения распространения инфекции, на начальном этапе (весна 2020 года) способствовали снижению частоты суицидальных действий. В последующем (осень 2020 г.) их роль значительно уменьшилась.

Весна 2021 года свидетельствует о вхождении большинства стран мира в третью волну COVID-19. Введение жёсткого локдауна во многих европейских государствах, необычайно высокий рост заболеваемости в Азии – более трехсот тысяч заболевших ежедневно... В России в этот период минимальный рост выявления инфекции, минимальные ограничительные меры. Дальнейшие исследования и сравнение различных стран, проводимых ими профилактических мероприятий, социально - экономических последствий позволят получить новые данные о суицидальном поведении.

Литература:

- ВОЗ. Психическое здоровье и COVID-19 [WHO. Mental health and COVID-19]. URL: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/mental-health-and-covid-19>
- Любов Е.Б., Зотов П.Б., Положий Б.С. Пандемии и суицид: идеальный шторм и момент истины // Суицидология. 2020. Т. 11, № 1. С. 3-38. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-3-38
- Galea S., Abdalla S.M. COVID-19 Pandemic, unemployment, and civil unrest: underlying deep racial and socioeconomic divides // JAMA. 2020 Jul. V. 21, № 324 (3). P. 227-228. DOI: 10.1001/jama.2020.11132.
- Любов Е.Б. Граждане под короной, или как это делается в Израиле и около // Девиантология. 2020. Т. 4, № 1. С. 55-91. DOI: 10.32878/devi.20-4-01(6)-55-91
- Blustein D.L., Duffy R., Ferreira J.A., Cohen-Scali V., Cinnamon R.G., Allan B.A. Unemployment in the time of COVID-19: A research agenda // J Vocat Behav. 2020 Jun. № 119. P. 103436. DOI: 10.1016/j.jvb.2020.103436.
- Zortea T.C., Brenna C.T.A., Joyce M., et al. The Impact of infectious disease-related public health emergencies on suicide, suicidal behavior, and suicidal thoughts // Crisis. 2020 Oct. № 16. P. 1-14. DOI: 10.1027/0227-5910/a000753
- Gillett G., Jordan I. Severe psychiatric disturbance and attempted suicide in a patient with COVID-19 and no psychiatric history // BMJ Case Rep. 2020 Oct 31. V. 13, № 10. P. 239191. DOI: 10.1136/bcr-2020-239191
- Sher L. Post-COVID syndrome and suicide risk // QJM. 2021 Apr 27. V. 114, № 2. P. 95-98. DOI: 10.1093/qjmed/hcab007
- Banerjee D., Kosagisharaf J.R., Sathyanaarayana Rao T.S. 'The dual pandemic' of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention // Psychiatry Res. 2021 Jan. № 295. P. 113577. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113577
- Brietzke E., Magee T., Freire R.C.R., Gomes F.A., Milev R. Three insights on psychoneuroimmunology of mood disorders to be taken from the COVID-19 pandemic // Brain Behav Immun Health. 2020 May. № 5 P. 100076. DOI: 10.1016/j.bbih.2020.100076
- Hao F., Tan W., Jiang L., Zhang L., et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry // Brain Behav Immun. 2020 Jul. № 87. P. 100-106. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.069
- Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates // QJM. 2020 Oct 1. V. 113, № 10. P. 707-712. DOI: 10.1093/qjmed/hcaa202.PMID: 32539153
- Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю. Анализ динамики депрессивной симптоматики и суицидальных идей во время пандемии COVID-19 в России // Суицидология. 2020. Т. 11, № 3. С. 3-16. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-3-16
- Odrizola-González P., Planchuelo-Gómez Á., Irurtia-Muñiz M.J. et al. Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 crisis and confinement in the population of Spain, 2020. DOI: 10.31234/osf.io/mq4fg
- Розанов В.А. Насущные задачи в сфере суицидальной првенции в связи с пандемией COVID-19 // Суицидология. 2020. Т. 11, № 1. С. 39-52. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-39-52
- Killgore W.D.S., Cloonan S.A., Taylor E.C., Fernandez F., Grandner M.A., Dailey N.S. Suicidal ideation during the COVID-19 pandemic: The role of insomnia // Psychiatry Res. 2020 Aug. № 290. P. 113134. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113134
- Любов Е.Б., Зотов П.Б. Нарушения сна и суицидальное поведение. Сообщение I: распространённость, влияния и взаимосвязи // Суицидология. 2020. Т. 11, № 1. С. 98-116. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-98-116
- Gunnell D., Appleby L., Arensman E. et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic // Lancet Psychiatry. 2020. V. 7, № 6. С. 468-471.
- Бойко О.М., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю. Соблюдение противоэпидемических мер и интерпретации происходящего во время пандемии COVID-19 // Девиантология. 2020. Т. 4, № 2. С. 8-21. DOI: 10.32878/devi.20-4-02(7)-8-21
- Vindegard N., Benros M.E. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. Brain Behav Immun. 2020. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.048
- Приленский Б.Ю., Приленская А.В., Бухна А.Г., Канбекова Р.И., Боечко Д.И. Задачи психотерапии в условиях эпидемии COVID-19 // Научный форум. Сибирь. 2020. Т. 6, № 2. С. 36-39.
- McIntyre R.S., Lee Y. Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19 // Psychiatry Res. 2020 Aug. № 290. P. 113104. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113104
- Halford E.A., Lake A.M., Gould M.S. Google searches for suicide and suicide risk factors in the early stages of the COVID-19 pandemic // PLoS One. 2020 Jul 24. V. 15, № 7. P. 0236777. DOI: 10.1371/journal.pone.0236777
- Caballero-Domínguez C.C., Jiménez-Villamizar M.P., Campo-Arias A. Suicide risk during the lockdown due to coronavirus disease (COVID-19) in Colombia // Death Stud. 2020 Jun. № 26. P. 1-6. DOI: 10.1080/07481187.2020.1784312
- Czeisler M.É., Lane R.I., Petrosky E., et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 Pandemic - United States, June 24-30, 2020 // MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 Aug 14. V. 69, № 32. P. 1049-1057. DOI: 10.15585/mmwr.mm6932a1
- Iob E., Steptoe A., Fancourt D. Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic // Br J Psychiatry. 2020 Oct. V. 217, № 4. P. 543-546. DOI: 10.1192/bjp.2020.130
- Isumi A, Doi S, Yamaoka Y, Takahashi K, Fujiwara T. Do suicide rates in children and adolescents change during school closure in Japan? The acute effect of the first wave of COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health // Child Abuse Negl. 2020 Dec. № 110 (Pt 2). P. 104680. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104680
- Moutier C. Suicide Prevention in the COVID-19 Era: Transforming Threat Into Opportunity // JAMA Psychiatry. 2020 Oct 16. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.3746. Online ahead of print. PMID: 33064124
- Tanaka T., Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan // Nat Hum Behav. 2021 Feb. V. 5, № 2. P. 229-238. DOI: 10.1038/s41562-020-01042-z
- Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Кузьмин О.Н. Суицидальные действия в Тюменской области (Западная Сибирь) в условиях пандемии COVID-19 (6 месяцев 2020 г.) // Академический журнал Западной Сибири. 2020. Т. 16, № 3. С. 3-6.

COVID-19 AMONG THOSE KILLED BY SUICIDE IN 2020 IN TYUMEN (WEST SIBERIA)

P.B. Zotov, A.A. Kalashnikov, E.G. Skryabin, E.P. Garagasheva, N.N. Spaderova

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
Regional Bureau of Forensic Medical Examination, Tyumen, Russia
Regional Clinical Hospital № 2, Tyumen, Russia

The frequency of COVID-19 infection in persons who committed suicide in Tyumen and the Tyumen region (Western Siberia) in 2020 was estimated. Results: in 2020, 220 suicides were registered in the Tyumen region (14.4 per 100,000 population), including 67 suicides in Tyumen (8.4 per 100,000 population). Among the dead, COVID-19 (Z22.8) was identified in one case – a man, born in 1950. At the time of death, did not have any clinical signs of COVID-19. Thus, among the victims of suicide, the proportion of people with a laboratory-confirmed diagnosis of COVID-19 was 0.45%. Analysis of the medical database showed that people with symptoms of COVID-19 disease among suicides. The conclusion is made about the leading role of psychosocial and economic factors on suicidal activity during the COVID-19 pandemic. It is pointed out that it is necessary to study the suicidal activity of persons with manifestations of the post-ovoid syndrome.

Keywords: COVID-19, suicide, Tyumen, Tyumen region, Western Siberia

СУИЦИДАЛЬНАЯ ОПАСНОСТЬ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

А.В. Голенков, В.А. Филоненко, А.И. Сергеева, А.В. Филоненко

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары, Россия

Возникновение риска суицидальных мыслей родильниц начинает формироваться в период беременности. Суицидальные намерения после родов вызывают серьезную озабоченность своими последствиями. Дальнейшие исследования необходимо сосредоточить на разработке профилактических и лечебных программ, нацеленных на выявление факторов, связанных с суицидальными идеями и их профилактики у родильниц.

Ключевые слова: родильница; депрессия; самоубийство

Пренебрежительное отношение к послеродовой депрессии (ПД) опасно порождением у женщин-родильниц намерений уйти их жизни. Суицидальное поведение – основная причина травм и смерти во всем мире, а в некоторых странах – одна из основных причин мате-

ринской смертности. Суицидальные мысли считаются один из самых сильных факторов риска, предвестником и предиктором более поздней попытки самоубийства и его завершения. Тем самым открывается возможность терапевтического вмешательства до нанесения физического вреда себе женщиной.

Нарушения психического здоровья, низкое социально-экономическое положение представляются факторами риска суицида [1]. В дополнение к этим факторам риска, Р. Girardi и соавт. [2] обнаружили, что женщины в послеродовой период, перенесшие кесарево сечение, суицид в анамнезе, с отсутствием брачных отношений и страдающие послеродовым депрессивным расстройством имеют повышенный риск попытки самоубийства. Суицид в анамнезе, отсутствие брака и ПД рассматриваются как решающие факторы риска попытки суицида в перинатальный период.

ПД несет серьезные негативные последствия для женщины и младенца [3], а самоубийство и смерть матери в это время усугубляют трагедию для ребёнка и всей семьи.

Остается открытым вопрос о межличностных и социальных причинах формирования суицидальных наклонностей родильниц с ПД. Изучение факторов риска, связанных с попыткой самоубийства или совершенным самоубийством, представляется весьма актуальным [4]. Выявление факторов риска самоубийства облегчило бы обнаружение женщин с высоким риском и своевременное вмешательство.

Цель обзора состоит в том, чтобы обобщить имеющиеся данные о частоте, тенденциях и характеристиках родильниц с ПД, которые могли подумать, попытаться или покончить жизнь самоубийством и привлечь внимание к предотвращению такого поведения.

Распространённость.

Исследование W-W. Rao и соавт. [5], охватывающее 6406245 беременных и женщин в послеродовом периоде показало, что общая распространённость суицидальности составляет 680 на 100000 с доверительным интервалом 95% (ДИ) 0,10-4,69%, $p < 0,001$ во время беременности и 210 на 100000 (95% ДИ: 0,01-3,21%, $p = 0,013$) в течение первого года после родов. Распространённость у беременных и послеродовых женщин невысока. Однако из-за возможной гибели людей и нега-

тивного влияния на состояние здоровья рекомендуется проводить тщательный скрининг и принимать эффективные профилактические меры.

Самоубийство является основной причиной перинатальной материнской смертности в промышленно развитых странах. Обзор исследований суицидальности в перинатальном периоде показал, что распространенность в послеродовой период колеблется от 4% в Финляндии до 15% в Индии. В исследованиях использована Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (ЭШПД). Шкала ПД широко применяется в первичных службах и родильных домах для выявления перинатальных депрессивных расстройств, и включает вопрос о суицидальных мыслях (вопрос 10) по четырёхбалльной шкале «никогда», «почти никогда», «иногда», «да, довольно часто». L.M. Howard и соавт. [6] изучили распространенность, стойкость и корреляты суицидальных мыслей у женщин в послеродовом периоде. Измерялись социально-демографические и клинические переменные, включая краткую форму опросник качества жизни (Short Form – SF12) и качество супружеских отношений. Женщины, участвовавшие в исследовании, наблюдались в течение 18 недель. Результаты показали, что 9% из 4150 женщин, ответивших на вопрос Эдинбургской шкалы, касающийся суицидальных мыслей, сообщили о суицидальных мыслях (в том числе почти никогда); 4% сообщили, что мысль о нанесении себе вреда возникала у них иногда или довольно часто. У женщин, вошедших в рандомизированное исследование и ответивших положительно на десятый вопрос (n=253), суицидальные мысли связаны с молодым возрастом, высоким паритетом и высокими уровнями депрессивных симптомов. Связи между суицидальными идеями и физическим или психическим здоровьем SF-12 или общим баллом шкалы через 18 недель не обнаружено. Медицинские работники, использующие Эдинбургскую шкалу, должны осознавать значительный уровень суицидальности, который имеет место у женщин, ответивших «да, довольно часто» на десятый вопрос. Риск суицидальности не представляет опасности у женщин, получающих лечение от ПД.

Суицидальность охватывает весь спектр намерений от суицидальных мыслей о самоповреждении до суицидальных попыток и

фактического самоубийства. Они являются крайним проявлением дистресса или депрессии. Суицидальность представляется вершиной более глобальной проблемы. Депрессия в целом и ПД в частности признаются в зарубежных публикациях серьезным вопросом общественного здравоохранения, когда страдающие женщины подвергаются повышенному риску суицидальности. Диагностированная депрессия или положительные результаты скрининга на депрессию предсказывают суицидальность среди женщин после родов даже с поправкой на другие потенциальные факторы риска. Сообщается, что каждая пятая женщина, получившая положительный результат скрининга на ПД, высказывала мысли о самоповреждении. Показатели послеродовых самоубийств трудно определяются из-за различий во временных периодах, характера исследуемых когорт, методов отчетности. Показатели послеродовых самоубийств на 100000 живорождений различны. Так, в штате Вашингтон он составил 1,4, в Финляндии – 5,9, а в Тайване – 6,9. Многие исследования относятся ко всему перинатальному периоду, включая отчеты о показателях перинатальных самоубийств на 100000 живорождений: 2,6 в Канаде, 2,0 в Великобритании и 3,7 в Швеции. Национальная система отчетности США о насильственной смерти сообщает о коэффициенте 2,0, а в Колорадо – 4,6. В отчетах стран с разным уровнем доходов обнаружено, что самоубийство является одной из основных причин материнской смертности в течение года после рождения ребенка. В Великобритании и в Австралии сокращение материнской смертности не сопровождается снижением уровня материнской смертности в результате самоубийств [7], что свидетельствует о недостаточной организации антисуицидального вмешательства в системах здравоохранения.

Хотя количество случаев самоубийств и попыток самоубийств во время беременности и в послеродовом периоде ниже, чем в общей популяции женщин, в случаях, когда они случаются, на самоубийства приходится до 20% послеродовых смертей. Идеи членовредительства встречаются чаще, чем попытки или смерть, причем мысли о самоповреждении во время беременности и в послеродовом периоде колеблются от 5 до 14%. Риск суицидальности в перинатальный период значительно повышен среди женщин с депрессией, а само-

убийство у них является второй или ведущей причиной смерти [8].

Самоубийства – одна из основных причин материнской смертности. Послеродовая депрессия является частым осложнением деторождения [9] и считается основным риском суицида. Суицидальное поведение включает суицидальные мысли, а также попытки и завершенное самоубийство [10]. Распространенность суицидальных мыслей и попыток самоубийства в перинатальном периоде составляет примерно 5-14% и 0,125-0,2% соответственно. Среди всех смертей, связанных с беременностью, 3-7% являются результатом суицида [11].

Факторы риска суицида при беременности.

Повышенный риск суицидальных мыслей формируется во время беременности [12]. А. Faisal-Cury и соавт. [13] обнаружили, что депрессия во время беременности является значимым предиктором последующей ПД.

Данные, представленные В. Gelaye и соавт. [14] показывают, что беременные более склонны к суицидальным поведению, чем население в целом. Распространенность суицидных мыслей до родов варьирует от 3 до 33%. Кроме того, выявлен ряд факторов риска суицидных мыслей до родов, включая насилие со стороны интимного партнера, уровень образования и сопутствующие психические расстройства. Насилие, имевшее место за шесть месяцев до беременности связано с 2,4-кратным увеличением риска материнского суицидального поведения с отношением шансов (ОШ) 2,35; 95% ДИ: 1,55-3,57. Словесные оскорбления увеличивают риск в 4,20 раза (ОШ 4,20; 95% ДИ: 2,47-7,15). Насилие со стороны интимного партнера во время беременности связано с 9,37-кратным увеличением суицидального поведения (ОШ 9,37; 95% ДИ: 3,41-25,75). Низкий уровень образования в 2,90 раза увеличивает риск суицидальности во время беременности (ОШ 2,90; 95% ДИ: 1,59-5,30). Повышение риска обусловлено и коморбидными психическими расстройствами: большим депрессивным расстройством (ОШ 2,41; 95% ДИ: 1,35-4,30), генерализованным тревожным расстройством (ОШ 2,63; 95% ДИ: 1,30-5,32), паническим расстройством (ОШ 6,44; 95% ДИ: 1,72-24,16) и социальным тревожным расстройством (ОШ 3,44; 95% ДИ: 1,46-8,15). Высказывается мнение о необходимости в усиленном скрининге на предмет

суицидальных мыслей. Учитывая значительную долю женщин с суицидными идеями, которые не соответствуют клиническим порогам депрессии, и предрасположенностью к суицидному поведению независимо от депрессивных расстройств, требуются инновационные подходы для улучшения скрининга и выявления суицидных мыслей до и после родов.

Факторы риска после родов

Самоубийство, связанное с тяжелыми психическими заболеваниями, считается основной причиной материнской смертности. L. de Avila Quevedo и соавт. [15] оценили риск суицида у женщин, испытывавших депрессивные и смешанные эпизоды изменения настроения в послеродовом периоде. В лонгитюдном исследовании участвовали 706 женщин. Первая оценка проводилась в пренатальном периоде, а вторая – в течение 30-60 дней после родов. Частота суицидального риска составила 10,9%. Шансы послеродового суицидного риска в 6,50 раз выше (95% ДИ: 2,73-15,48) у матерей с послеродовой депрессией, чем у тех, кто не страдал каким-либо расстройством настроения. Послеродовой период является критическим периодом психического здоровья женщины. Воздействие психических расстройств в этот период, особенно смешанных эпизодов, увеличивает вероятность возникновения суицидального риска.

По сообщению японских авторов D. Shigemitsu и соавт. [16] родильницы чаще пытаются уйти из жизни самоубийством с завершенным исходом по сравнению с женщинами в периоде беременности. Среди 3286 женщин (3026 беременных и 260 матерей родильниц) 22 беременных и 16 лиц после родов пытались покончить жизнь самоубийством. Распространенность попыток суицида значительно выше среди женщин после родов (6,2%), чем среди беременных (0,7%; $p < 0,001$). Три послеродовых пациентки завершили суицид. Это родильницы в возрасте 30 лет и старше, страдающие депрессией. Перерезание запястья основной метод попытки суицида среди беременных, тогда как повешение – основной способ после родов.

S.C. Weng и соавт. [17] определяли факторы риска, связанных с попытками самоубийства или совершенным самоубийством после родов за период 2002–2012 годов на Тайване. Средний уровень покушений на самоубийство и совершенных самоубийств составил 9,91 и 6,86 на 100 000 живорожденных,

соответственно. Отсутствие брака и послеродовая депрессия увеличивали риск попытки самоубийства более, чем в два раза (ОШ 2,06; 95% ДИ: 1,09-3,88 и ОШ 2,51; 95% ДИ: 1,10-5,75, соответственно), а завершеного суицида более, чем в 20 раз (ОШ 20,27; 95% ДИ: 8,99-45,73 и ОШ 21,72; 95% ДИ: 8,08-58,37 соответственно). К другим факторам попыток самоубийства относились вдовство и развод, а также кесарево сечение. Факторы завершеного самоубийства включали низкий уровень образования, низкий вес новорожденного, тревожность и расстройства настроения. Эти результаты показывают, что медицинским работникам надлежит давать оценку потенциальным факторам риска и оказывать помощь женщинам в послеродовом периоде для уменьшения количества случаев суицида.

Последствия для ребенка.

ПД связана с материнскими страданиями и ухудшением качества жизни, повышенным риском супружеских конфликтов, и неблагоприятными исходами для ребенка [18].

Суицидальные мысли родителей влияют на когнитивное развитие их детей. Исследование Н. Mebrahtu и соавт. [19] выяснило наличие этой связи. Суицидальные намерения оценивались с помощью десятого пункта Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии. Линейная регрессия со смешанными эффектами использовалась для установления связи когнитивных результатов ребенка (с использованием шкалы Маллена для раннего обучения) с суицидными мыслями матери. Матери с суицидными идеями (171), как правило, были молоды, не замужем, с повышенными симптомами родительского стресса и депрессии по сравнению с матерями, не склонными к суициду (391). В дальнейшем наблюдении суицидальные мысли матерей оказались связанными с низкими когнитивными результатами детей (скорректированная средняя разница – 6,1; 95% ДИ: 10,3-1,8; $p = 0,03$).

Поддержка.

В лечении ПД отдается предпочтение нефармакологическим методам терапии [20, 21]. Хорошая психологическая и психиатрическая оценка, поддержка во время родового и послеродового ухода могут предотвратить следующий риск суицида [22].

Раннее психологическое вмешательство, рекомендованное до родов, может способ-

ствовать предотвращению как ПД, так и послеродовой суицидальности [23, 24].

Воспринимаемая социальная поддержка во время беременности тесно связана с купированием ПД у женщин. Y. Gan и соавт. [25] исследовали, влияет ли социальная поддержка на ранних сроках беременности на симптомы депрессии через 6 недель после родов в когорте из 3310 женщин. Распространенность послеродовых депрессивных симптомов составила 11,4% при пороговом значении Эдинбургской шкалы равной 10 баллам. Выявлена значимая связь между низкой воспринимаемой социальной поддержкой и послеродовыми депрессивными симптомами (ОШ 1,63; 95% ДИ: 1,15-2,30). Раннее вмешательство защищает женщину от симптомов депрессии через 6 недель после родов.

Профилактические меры должны продолжаться и расширяться, особенно среди групп риска [24, 26]. Выявление женщин из группы риска и страдающих ПД является обязательным в некоторых странах. Необходим широкий скрининг на различные типы суицидальных мыслей и поведения: пассивное суицидальное мышление, активное суицидальное мышление с замышляемым методом исполнения, намерения и плана, а также различные типы суицидных попыток и подготовительного поведения. В семейной практике, акушерстве, неонатологии и педиатрии должны быть предусмотрены специальные вмешательства, сформулированные на основе доказательной психотерапии, характеризующиеся отсутствием стигматизации в сравнении с учреждениями психического здоровья [27]. Возможными методами лечения могут быть когнитивно-поведенческая и межличностная психотерапия [28], суггестивно-метафорная терапия [29], которые эффективны в предотвращении перинатальной депрессии.

Заключение.

Таким образом, предстоящие исследования необходимо сосредоточить на разработке профилактических и лечебных программ, направленных на выявление факторов, связанных с суицидальными мыслями у рожениц с ПД и их профилактики в периоды беременности и после родов. Одним из направлений снижения количества суицидов представляется выявление категорий лиц, подвергающихся наибольшему риску во время беременности.

Литература:

1. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А., Орлов Ф.В., Деомидов Е.С. Самоубийства среди врачей и медицинских работников: обзор литературы // Суицидология. 2019. Т. 10, № 3. С. 42-58.
2. Girardi P., Pompili M., Innamorati M., Serafini G., Berrettoni C., Angelett G., Koukopoulos A., Tatarelli R., Lester D., Roselli D., Primiero F.M. Temperament, post-partum depression, hopelessness, and suicide risk among women soon after delivering // Women Health. 2011. V. 51, № 5. P. 511-524. DOI: 10.1080/03630242.2011.583980
3. Голенков А.В., Филоненко А.В. Организация помощи женщинам с послеродовой депрессией (по результатам опроса студентов-медиков) // Российский медицинский журнал. 2012. № 5. С. 8-11.
4. Зотов П.Б., Совков С.В. Психические нарушения и суицидальная активность женщин в послеродовом периоде // Медицинская наука и образование Урала. 2013. № 2. С. 163-165.
5. Rao W-W., Yang Y., Ma T-J., Zhang Q., Ungvari G.S., Hall B.J., Xiang Y-T. Worldwide prevalence of suicide attempt in pregnant and postpartum women: a meta-analysis of observational studies // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2020. DOI: 10.1007/s00127-020-01975-w
6. Howard L.M., Flach C., Mehay A., Sharp D., Tylee A. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial // BMC Pregnancy Childbirth. 2011. № 11. P. 57. DOI: 10.1186/1471-2393-11-57
7. Glasser S., Levinson D., Gordon E.S., Braun T., Haklai Z., Goldberger N. The tip of the iceberg: postpartum suicidality in Israel // Isr J Health Policy Res. 2018. V. 7, № 1. P. 34. DOI: 10.1186/s13584-018-0228-x
8. Lindahl V., Pearson J.L., Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum // Arch Womens Ment Health. 2005. V. 8, № 2. P. 77-87. DOI: 10.1007/s00737-005-0080-1
9. Голенков А.В., Филоненко А.В., Филоненко В.А., Аверин А.В. Выявление послеродовой депрессии у рожениц в условиях акушерского стационара. Роль сестринского персонала // Главная медицинская сестра. 2015. № 12. С. 128-143.
10. Голенков А.В., Филоненко В.А., Филоненко А.В. Расстройства сна как один из показателей послеродовой депрессии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119, № 4-2. С. 81-88.
11. Orsolini L., Valchera A., Vecchiotti R., Tomasetti C., Iasevoli F., Fornaro M., De Berardis D., Perna G., Pompili M., Bellantuono C. Suicide during perinatal period: epidemiology, risk factors, and clinical correlates // Front Psychiatry. 2016. № 7. P. 138. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00138
12. Горьковая И.А., Коргожа М.А. Влияние течения беременности и качества жизни женщин на развитие послеродовой депрессии // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2018. Т. 7, № 4. С. 293-296.
13. Faisal-Cury A., Menezes P.R. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care // Rev Bras Psiquiatr. 2012. V. 34, № 4. P. 446-450. DOI: 10.1016/j.rbp.2012.01.003
14. Gelaye B., Kajeepeta S., Williams M.A. Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review // Arch Womens Ment Health. 2016. V. 19, № 5. P. 741-751. DOI: 10.1007/s00737-016-0646-0
15. de Avila Quevedo L., Scholl C.C., de Matos M.B., da Silva R.A., da Cunha Coelho F.M., Pinheiro K.A.T., Pinheiro R.T. Suicide risk and mood disorders in women in the postpartum period: a longitudinal study // Psychiatr Q. 2020. DOI: 10.1007/s11126-020-09823-5
16. Shigemi D., Ishimaru M., Matsui H., Fushimi K., Yasunaga H. Suicide attempts among pregnant and postpartum women in Japan: A Nationwide Retrospective Cohort Study // J Clin Psychiatry. 2020. V. 81, № 3. P. 19m12993. DOI: 10.4088/JCP.19m12993
17. Weng S.C., Chang J.C., Yeh M.K., Wang S.M., Chen Y.H. Factors influencing attempted and completed suicide in postnatal women: a population-based study in Taiwan // Sci Rep. 2016. № 6. P. 25770. DOI: 10.1038/srep25770
18. Filonenko A.V., Filonenko V.A., Golenkov A.V. The importance of factor loadings of puerperae with postpartum depression for newborns with hypoxic-ischemic encephalopathy in comprehensive rehabilitation: a randomized controlled trial // Transylvanian Review. 2017. V. 25, № 18. P. 4796-4799.
19. Mebrahtu H., Sherr L., Simms V., Weiss H.A., Rehman A.M., Ndlov P., Cowan F.M. Effects of maternal suicidal ideation on child cognitive development: a longitudinal analysis // AIDS Behav. 2020. V. 24, № 8. P. 2421-2429. DOI: 10.1007/s10461-020-02802-8
20. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А. Суицидальные мысли у женщин с послеродовой депрессией. В сб.: Актуальные вопросы суицидологии. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. МЗ Иркутской области; ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер»; Иркутская ГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. 2019; 190-193.
21. Совков С.В. Вопросы помощи женщинам с психическими нарушениями в послеродовом периоде // Научный форум. Сибирь. 2015. № 1. С. 139-140.
22. Голенков А.В., Мещанинова В.П., Филоненко А.В. Распознавание послеродовой депрессии и тактика ведения таких больных // Медицинская сестра. 2012. № 4. С. 42-45.
23. Yazici E., Kirkan T.S., Aslan P.A., Aydin N., Yazici A.B. Untreated depression in the first trimester of pregnancy leads to postpartum depression: high rates from a natural follow-up study // Neuropsychiatr Dis Treat. 2015. № 11. P. 405-411. DOI: 10.2147/NDT.S77194
24. Совков С.В., Юшкова О.В., Зотов П.Б. Вопросы диагностики послеродовой депрессии // Академический журнал Западной Сибири. 2011. № 3. С. 22-23.
25. Gan Y., Xiong R., Song J., Xiong X., Yu F., Gao W., Hu H., Zhang J., Tian Y., Gu X., Zhang J., Chen D. The effect of perceived social support during early pregnancy on depressive symptoms at 6 weeks postpartum: a prospective study // BMC Psychiatry. 2019. V. 19, № 1. P. 232. DOI: 10.1186/s12888-019-2188-2
26. Горьковая И.А., Александрович Ю.С., Микляева А.В., Рязанова О.В., Коргожа М.А. Психопрофилактика послеродовой депрессии у женщин с различными вариантами родоразрешения // Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2017. Т. 27, № 4. С. 437-442.
27. Положий Б.С., Руженкова В.В. Стигматизация и самостигматизация суицидентов с психическими расстройствами // Суицидология. 2016. Т. 7, № 3. С. 12-20.
28. Klomek A.B. Prevention of postpartum suicidality in Israel // Isr J Health Policy Res. 2019. V. 8, № 1. P. 77. DOI: 10.1186/s13584-019-0347-z
29. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И., Сергеев И.И. Способ лечения депрессии. Патент на изобретение RU 2578819 C1, 27.03.2016. Заявка № 2014154527/14 от 31.12.2014.

THE SUICIDAL DANGER OF POSTPARTUM DEPRESSION

A.V. Golenkov, V.A. Filonenko, A.I. Sergeeva, A.V. Filonenko

I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

The onset of the risk of suicidal thoughts in puerperae begins to form during pregnancy. Suicidal intentions after childbirth raise serious concerns about their consequences. Further research needs to focus on the development of preventive and treatment programs aimed at identifying factors associated with suicidal ideation and their prevention in postpartum women.

Keywords: puerpera, depression, suicide

"СУИЦИДАЛЬНЫЕ ОБРАЗЫ" У ЛИЦ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И АДДИКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Н.Н. Снадерова

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия
Областная клиническая психиатрическая больница, г. Тюмень, Россия

Представлен анализ «суицидальных образов» у лиц с органическим симптомокомплексом и алкогольной зависимостью в период совершения суицидальной попытки. Показано, что у этих лиц структура "суицидальных образов" включает: ассоциации с лицами, совершивших самоубийство и представленными в СМИ (20,9%), кинематографе (18,9%), значимым родственником с суицидальным опытом (16,1%), художественным образом (13,4%), сюжетами из Интернета (7,4%), криминальных групп (7,0%) и обидчика (6,8%). В 9,5% случаев пациенты не описывали влияние какого-либо образа на личную суицидальную динамику. Результаты исследования могут быть использованы при формировании образовательных программ, разработке профилактических и психореабилитационных мероприятий, усилении "кибер-контроля" суицидоопасных сайтов.

Ключевые слова: образы, кинематография, литература, суициды

Самоубийство – негативное явление, регистрируемое всех странах мира, с различной частотой затрагивает практически все возрастные и социальные группы [1]. Добровольной смерти в большинстве случаев предшествует период развития и динамики суицидального поведения – от минимальных форм авитальной активности до суицидальных мыслей, замыслов, намерений, и последующей реализации частью населения умышленных самоповреждений. Суицидальное поведение – стадийный и динамичный процесс [2, 3]. На каждом этапе часто можно выделить предшествующее воздействие детерминант соответствующего ранга [4], как правило, свидетельствующих о нарушении (поломке) механизмов и факторов антисуицидальной защиты [5].

Самоубийство присуще только человеку и неразрывно связано с его культурой. Образы людей, совершивших суицид, запечатлены во многих художественных образах, отраженных в литературе, живописи, скульптуре, архитек-

туре, музыке и др. Чаще всего эти образы заставляют задуматься о ценности жизни, призваны способствовать личностному росту, направляют человека на преодоление тяжелых жизненных и стрессовых ситуаций [6]. В суицидальной динамике на фоне разрушения защитных механизмов "суицидальные образы" могут иметь большое, в том числе негативное, личностное значение, и нередко оказывать влияние на принятие фатального решения.

Цель исследования: изучить "суицидальные образы" при совершении попытки суицида у лиц с органическими психическими расстройствами и аддиктивными нарушениями.

Материал и методы:

В исследование включены 842 человека, совершивших *попытку суицида* на территории Тюменской области с 1991 года по 2018 год. Среди них выделено 2 группы:

1) лица с диагностированными органическими психическими расстройствами (в рубриках F06.6, F06.7, F06.8, F07.8) – n=421;

2) лица с органическими психическими расстройствами вышеуказанных рубрик и зависимостью от алкоголя (F10.242, F10.252, F10.262) – n=421.

Всего обследовано: женщин – 433 (51,4%), мужчин – 409 (48,6%). Женщин в обеих группах было несколько больше (26,1% и 25,3% соответственно), чем мужчин (23,9% и 24,7%). Средний возраст обследованных составил 44,10±10,84 года. Почти каждый третий (29,4%) суицидент был молодого и трудоспособного возраста (с 18 до 30 лет). Несколько реже встречались лица с 41 до 50 лет (23,6%) и с 31 до 40 лет (22,0%), меньше пациентов с 51 до 60 лет (11,7%), с 10 до 17 лет (6,3%) и с 61 до 70 лет (6,4%). В единичных случаях (0,6%) в первой группе наблюдались лица в возрасте от 71 до 80 лет.

Методы: клинико-психопатологического исследования в сочетании с анализом данных соматоневрологического состояния, а также данных лабораторных, инструментальных и экспериментально-психологических методов исследования.

Все суициденты были подробно опрошены и определены основные образы, которые представлялись ими в момент подготовки и совершения попытки суицида.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica. Рассчитывались значения критерия χ^2 Пирсона, p – уровень значимости, исследование относительного риска.

Результаты.

Было определено 7 основных типов суицидальных образов:

1. *Телевизионные образы (СМИ)* – этические нарушения обозрения СМИ – яркие картины самоубийц из криминальной хроники (труп, висящий в петле, лежащий под окнами дома в луже крови и т.д.), суициденты участника ток-шоу, статьи в газетах и журналах о суицидах. Отмечался у 20,9% пациентов, у женщин (11,5%) и мужчин (9,4%); чаще у лиц из 2 группы (11,1%), чем из 1 группы (9,8%).

2. *Кинематографические образы* – визуализация художественного кинообраза: Анна Каренина (Л.Н. Толстого), самоотопление Вирджинии Вульф в исполнении Николь Кидман в фильме "Часы", "Константин" – самоубийство ради высокой цели, сестры Лисбон из "Девственниц самоубийц", их высказывание: "жизнь не может существовать без смерти", "10 негритят" Агаты Кристи, образ самоубийцы вдовы в фильме "Куда приводят мечты" и др. Данные образы встречались почти у каждого пятого пациента (n=159; 18,9%): достоверно (p<0,001) чаще у женщин (n=112; 13,3%), чем мужчин (n=47; 5,6%); больше у лиц из 1 группы: женщины 6,3% и мужчины 3,3%, меньше из 2 группы: женщины 7,0% и мужчины 2,2%. Пациенты отмечали потенцирующее действие на формирование суицидогенеза именно кинематографии, где происходит своеобразное "оживление" художественного образа, который можно видеть и слышать, вызывает определенные чувства и эмоции, оказывающиеся ярче нарисованного собственным воображением.

3. *Образ значимого родственника* (мать, отец, брат, сестра, дед, бабушка) или знакомого, который совершил суицид или попытку – был у 16,1% обследованных лиц; мужчин (8,9%) и женщин (7,2%); 2 группа 9%, 2 группа 7,1%. По подобию своих родственников и знакомых этими лицами выбирался способ суицидальных действий.

4. *Художественные образы* – самоубийство главных героев известных произведений ("Ромео и Джульетта", "Антоний и Клеопатра" У. Шекспира (смерть Клеопатры от укуса змеи, самоотравление Ромео, самоповреждение грудной клетки Джульетты), "Гроза" А.Н. Островского (образ Катерины, совершившей самоотопление), М. Шолохов "Тихий Дон" (самоотопление Дарьи из-за сифилиса, падение на косу Наталии из-за несчастной любви).

Данная группа образов была отмечена у 13,4% суицидентов, преимущественно в старшей возрастной группе – от 41 до 80 лет (n=112), чаще женщинами (8,7%), чем мужчинами (4,7%). На эти образы указывали лица 2 группы: женщины 4,2% и мужчины 2,9%; из 1 группы: женщины 4,5% и мужчины 1,8%.

5. *Образ из Интернета* (аниме, суицидологические сайты). В некоторых подростковых аниме-сериалах можно увидеть героя, который страдает и может высказать мысль о суициде, в связи с определёнными причинами. Несовершеннолетним трудно отследить грань между реальностью и миром фантазий. Кроме того в сети Интернет есть много сайтов, которые дают пояснения по образам героев аниме, которые делятся на тех кто пытался совершить самоубийство (Маюши Хашимото, Тацухиро Сато, Камомэ Сики Рёги и др.) и тех кто умер от суицида (Качеру Нарусэ, Тиса Емода, Цунеко, Джоичиро Ниши и др.), с очень красочным описанием жизни суицидента, перспективами перехода в иллюзорный мир, с инструкцией суицидальных действий, с переселением души в другое тело и началом новой яркой и легкой жизни. У детей, в связи недостаточным физиологическим развитием головного мозга, отсутствием копинговых стратегий, индивидуально-психологическими особенностями, межличностными и внутриличностными возрастными конфликтами происходит иллюзорное восприятие смерти от суицида, как продолжение жизни, "иллюзия вечной жизни и реинкарнации" [7, 8]. 4,5% подростков посещали суицидальные сайты "Синий кит", "Море китов" и «F-57», где участвовали в "играх смерти", но не смогли пройти определенные этапы игры, или выходили из неё осознавая реальную опасность для собственной жизни или неприемлемость убийства других (животных, насекомых, земноводных). Эти образы встречались у 7,4% суицидентов: мужчин 4,5% и женщин 2,9%, чаще у лиц 1 группы 5,1%, чем 2 группы 2,3%.

6. *Криминальный образ* – авторитетного человека, лидера, который ранее совершал суицидальные действия, не боится смерти («бесстрашный») и внушает доверие. Характерен для лиц, которые привлекались к уголовной или административной ответственности, либо состояли в асоциальных компаниях (7,0%). Достоверно чаще (p<0,001) наблюдался у мужчин (5,2%), чем женщин (1,8%); в 2

раза больше у пациентов из 2 группы (4,2%), у 1 группы (2,8%).

7. *Образ обидчика* – встречался у 6,8% обследованных лиц, без достоверной разницы как между мужчинами (3,5%) и женщинами (3,3%), так и между группами – 1 группа 3,3%, 2 группа 3,5%.

8. *Отсутствие образа*. У 9,5% лиц не было какого-либо образа, до и в момент покушения, в 2 раза достоверно ($p < 0,001$) чаще у мужчин (6,8%), чем женщин (2,7%); у пациентов 1 группы (5,9%), 2 группы (3,6%). В этот период суициденты отмечали явления деперсонализации и дереализации, "притупление чувств", с целенаправленным желанием умереть, чаще в связи с психотравмирующей ситуацией.

При экспериментально-психологическом обследовании у этих пациентов были описаны индивидуально-психологические особенности личности, образующие суицидальную предрасположенность. Обнаружена совокупность преморбидных личностных особенностей, которые способствовали сбою звеньев деятельности человека и выступали как потенциально опасные в отношении развития суицидогенеза: снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам; особенность интеллекта (незрелость суждений, монохроматичное восприятие мира, максимализм и категоричность суждений); негармоничность и недоразвитость коммуникативных способностей (чрезмерная интраверсия, отсутствие эмпатии); недостаточное и неполное восприятие себя (заниженная, завышенная или лабильная самооценка); несформированность и отсутствие достаточного опыта копинговых стратегий (совладающего поведения со стрессом); недоразвитость психологических защит, что в целом согласуется с данными литературы [5, 9, 10].

Заключение.

У суицидентов с органическими психическими расстройствами и аддиктивными нарушениями структура "суицидальных образов" включает: ассоциации с лицами, совершивших самоубийство и представленными в СМИ (20,9%), кинематографе (18,9%), значимым родственником с суицидальным опытом (16,1%), художественным образом (13,4%), сюжетами из Интернета (7,4%), криминальных групп (7,0%) и обидчика (6,8%). В 9,5% случаев пациенты не описывали влияние какого-либо образа на личную суицидальную динамику.

Полученные могут быть использованы при разработке диагностических процедур, а также профилактических и психореабилитационных программ, усилении "кибер - контроля" суицидоопасных сайтов.

Литература:

1. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив, ВОЗ, 2014.
2. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение II // Суицидология. 2018. Т. 9, № 2 (31). С. 18-26.
3. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения // Академический журнал Западной Сибири. 2010. № 3. С. 35-37.
4. Положий Б.С. Суицидология как мультидисциплинарная область знаний // Суицидология. 2017. Т. 8, № 4. С. 3-9.
5. Зотов П.Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп // Суицидология. 2013. Т. 4, № 2. С. 58-63.
6. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. Пермь: Капик, 1993. 153 с.
7. Голенков А.В., Петров Д.Н. Видеоигры и самоубийства подростков: описание случая и краткий обзор литературы // Девиантология. 2020. Т. 4, № 1. С. 16-21.
8. Гвоздева И.С., Шапиро Л.Г., Южанинова А.Л. Специальные психологические знания при расследовании побуждения несовершеннолетних к совершению самоубийства с использованием сети «Интернет» // Суицидология. 2018. Т. 9, № 4. С. 118-137. DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-118-137
9. Герасимова О.Ю., Семченко Л.Н., Никонов А.С. Психологические особенности суицидального поведения в подростковом возрасте // Девиантология. 2019. Т. 3, № 1. С. 30-36.
10. Медицинская и судебная психология. Курс лекций / Под ред. Дмитриевой Т.Б., Сафуанова Ф.С. М., 2009. 606 с.

"SUICIDAL IMAGES" IN INDIVIDUALS WITH ORGANIC MENTAL DISORDERS AND ADDICTIVE DISORDERS"

N.N. Spaderova

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
Regional clinical psychiatric hospital, Tyumen, Russia

When decompensating the organic symptom complex and alcohol dependence, the combined effect of premorbid personality traits, in patients with organic mental disorders and addictive disorders, "images" reflecting the suicidal context are perceived as potentially dangerous, leading to the formation of suicidogenesis: artistic (13.4%), cinematic (18.9%), television (media) ($p < 0,001$) (20.9%), a significant relative with suicidal experience (16.1%), images from the Internet (7.4%), criminal (7.0%), abuser (6.8%). In 9.5% of cases, patients did not describe the influence of any image on the development of suicidogenesis. The results of the study can be used in the formation of educational programs, the creation of cinematic images, the work of the media, the development of preventive and psychorehabilitation measures, and the strengthening of "cyber-control" of suicidal sites.

Keywords: images, cinematography, literature, suicides

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

А.И. Рейхерт, О.А. Кичерова

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия

Рассеянный склероз – хроническое демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС) с многоочаговой неврологической симптоматикой, поражающее преимущественно лиц молодого возраста и почти с неизбежностью приводящее к инвалидизации. Нейропсихологические изменения при РС включают не только нарушение когнитивных функций, но и нарушения поведения. Особого внимания заслуживает депрессия с преобладанием апатического или тревожного состояния, так как при этом у больных нередко отмечаются суицидальные мысли. В настоящей работе находились под наблюдением 243 пациента (42 мужчины и 201 женщина) с рассеянным склерозом, установленным в соответствии с критериями Мак Дональда. Всем больным исследован неврологический статус, изучены особенности клинических проявлений рассеянного склероза в зависимости от варианта заболевания: ремиттирующий рассеянный склероз (РРС), вторично-прогрессирующий рассеянный склероз (ВПРС), первично-прогрессирующий рассеянный склероз (ППРС), проведено нейропсихологическое тестирование с использованием шкалы депрессии Гамильтона для установления факта депрессии и определения ее тяжести, а также выполнено мониторинговое содержание нитритов в эритроцитарных мембранах пациентов во взаимосвязи с результатами нейропсихологического тестирования. На завершающем этапе работы разработан способ прогнозирования риска развития суицидального поведения у больных РС, не имеющих на момент начала обследования таких проявлений, основанный на линейном дискриминантном анализе факторов риска (ФР) и клинических характеристик рассеянного склероза (РС).

Ключевые слова: рассеянный склероз, депрессивное расстройство, суицидальный риск, оксид азота

На трудоспособность и качество жизни больных рассеянным склерозом, помимо двигательных, чувствительных, мозжечковых и других очаговых неврологических нарушений, существенно влияют изменения высших психических функций, на которые обращал внимание в своих лекциях ещё Шарко (1875), что недооценивается врачами, внимание которых часто приковано исключительно к физическим аспектам заболевания [1].

Помимо когнитивных нарушений, изучаемых достаточно активно в последние годы при многих заболеваниях [2, 6, 8, 9], в том числе при рассеянном склерозе [5, 7, 12], нейропсихологические изменения при данной патологии когнитивной сферой не ограничиваются, а включают различные варианты поведенческих нарушений. Особого внимания заслуживает депрессия с преобладанием апатического или тревожного состояния, так как при этом у больных нередко отмечается суицидальное поведение [3, 4, 14]. Было отмечено, что суицидальные мысли у больных РС развивались в периоды наибольшего снижения настроения и отличались значительной стойкостью вплоть до обдумывания конкретных способов ухода из жизни [12, 17].

Именно данное обстоятельство позволяет позиционировать изучение эмоциональной сферы у больных рассеянным склерозом во взаимосвязи с особенностями течения заболевания и его тяжестью как медицинскую и социальную проблему, имеющую первоочередное значение [5, 7, 11, 13, 15, 16, 18] с целью разработки современных подходов к ранней диагностике и своевременной профилактике формирования суицидального поведения пациентов [3, 4].

Несмотря на противоречивые данные об изменениях уровня оксида азота при рассеянном склерозе, в настоящее время установлено, что оксид азота (нейротрансмиттер или нейротоксин в зависимости от условий) регулирует освобождение серотонина и дофамина из пресинаптических окончаний, что позволяет рассматривать данный метаболит как потенциальный медиатор первичной демиелинизации, связанной с активацией микроглии [12]. Именно поэтому вполне логично изучение клинических особенностей рассеянного склероза, в том числе аффективных нарушений, во взаимосвязи с содержанием оксида азота в эритроцитарных мембранах [12].

Таким образом, представляет несомненный интерес комплексный подход к изучению нейропсихологических проявлений рассеянного склероза для разработки на этой основе системы мероприятий, направленных на оптимальную личностно-средовую адаптацию пациентов. Выявление предикторов прогрессирования эмоциональных нарушений при рассеянном склерозе позволит проводить более активную профилактическую терапию у пациентов с высоким риском формирования суицидального поведения [4, 12].

Цель исследования: изучить выраженность депрессивных нарушений у больных рассеянным склерозом, в зависимости от варианта течения, степени инвалидизации, особенностей неврологического статуса, содержания нитритов в мембранах эритроцитов и разработать прогностическую модель риска формирования суицидального поведения у пациентов с рассеянным склерозом.

Материалы и методы: обследовано 243 пациента (42 мужчины и 201 женщина) с рассеянным склерозом, установленным в соответствии с критериями Мак Дональда [18].

Средний возраст больных – 41,05±8,73 года. Группа сравнения была сформирована из 40 здоровых человек (26 женщин и 14 мужчин), средний возраст – 37,23±7,59 лет.

Всем больным было проведено исследование неврологического статуса, психометрическое исследование с использованием шкалы Гамильтона для определения тяжести депрессии, изучено содержание нитритов в мембранах эритроцитов и использованием классической реакции Грисса.

В работе использованы методы первичного статистического анализа (описательная статистика). Большинство итоговых значений приведены в форме $M \pm \sigma$ (среднее значение \pm стандартное отклонение). Для анализа значимых отличий между двумя выборками использовали t-критерий Стьюдента и непараметрический критерий Уитни - Манна с целью нивелирования погрешностей при отсутствии нормального распределения изучаемых параметров. Различия считали достоверными при значениях $p \leq 0,05$. Оценка значимости различия частот наблюдения в группах проводилась по точному критерию Фишера. Для построения математической модели прогнозирования развития депрессивных нарушений у больных

рассеянным склерозом применяли линейный дискриминантный анализ. В модель включались симптомы, для которых уровень значимости по F - критерию $p \leq 0,05$.

Результаты исследования.

Нами изучены особенности клинических проявлений заболевания у больных с различными формами рассеянного склероза (РРС, ВПРС, ППРС) и во взаимосвязи с частотой обострений. Наряду с этим мы изучили частоту встречаемости депрессивных расстройств, в том числе, ассоциированных с различными элементами суицидального поведения в каждой из клинических групп (табл. 1).

Так, при обследовании больных РС с помощью шкалы депрессии Гамильтона мы выявили депрессивные нарушения у 67,9% обследованных по сравнению с 5% в контрольной группе. Согласно данным, представленным в табл. 1, наибольшее число депрессивных расстройств диагностировано у больных с вторично-прогредиентным течением рассеянного склероза (ВПРС) (82,8%), в то время как у больных ППРС и у больных РРС депрессивные нарушения встречаются реже. Во всех клинических группах преобладают легкие депрессивные нарушения, однако тяжесть депрессивных нарушений статистически достоверно больше в группе пациентов ВПРС по сравнению с РРС.

Установлено, что выраженность депрессивных нарушений зависит от частоты обострений. Так, при одном обострении за период исследования средний балл по шкале депрессии Гамильтона составил 6,1±3,02, в группе больных, у которых констатировано от двух до пяти обострений средний балл по шкале депрессии Гамильтона составил 9,5±5,41, у больных с числом обострений более пяти средний балл по шкале Гамильтона составил 10,9±5,67.

Таблица 1

Показатели степени депрессии по шкале Гамильтона в группе больных РС и контрольной группе

Степень депрессии	РРС n=132		ВПРС n=87		ППРС n=24		Всего n=243		Контрольная группа, n=40	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Легкая (7-16 баллов)	69	52,5	60	69,0	12	50	141	58,0	2	5
Умеренная (17-27 баллов)	6	4,5	12	13,8	3	12,5	21	8,6	0	0
Тяжелая (более 27 баллов)	3	2,3	0	0	0	0	3	1,3	0	0
Всего с депрессией	78	59,1	72	82,8**	15	62,5	165	67,9	2	5
Без депрессии (от 0 до 6 баллов)	54	40,9	15	17,2	9	37,5	26	32,1	38	95
Среднее значение	8,5±5,88		10,6±4,09**		9,4±4,95		9,3±5,25*		2,3±1,56	

Примечание: * - достоверность статистических различий между больными РС и контрольной группой, $p=0,001$; ** - достоверность статистических различий между больными РРС и ВПРС, $p \leq 0,05$.

Статистически достоверные различия показателей установлены (по шкале депрессии Гамильтона) между группой больных, у которых констатировано 1 обострение и группой больных с более 5 обострений, $p=0,046$.

Установлено также, что степень депрессии у больных РС закономерно увеличивается по мере увеличения степени инвалидизации по шкале EDSS (табл. 2).

Таблица 2

Средний балл по шкале депрессии Гамильтона в зависимости от степени инвалидизации по шкале EDSS

Степень инвалидизации по EDSS, баллы	Средний балл по шкале депрессии Гамильтона
0-2	6,5
2,5-3,5	9,9
4-6,5	10,6
7 и более	12,2

Наряду с анализом клинических проявлений и, в первую очередь, изменениями в эмоциональной сфере, нами проведены исследования содержания нитритов в эритроцитах больных РС, которые позволили установить, что уровень нитритов у больных рассеянным склерозом статистически достоверно выше ($8,18 \pm 3,14$ нмоль/мл; $p=0,05$) по сравнению с контрольной группой ($6,63 \pm 2,91$ нмоль/мл).

Таблица 3

Показатели уровня нитритов в эритроцитах больных РС в зависимости от депрессивных нарушений

Показатель	У здоровых, n=40	У больных с депрессивными нарушениями, n=40	У больных, без депрессивных нарушений, n=26
Нитриты, нмоль/мл	$6,63 \pm 2,91$	$8,92 \pm 3,2^*$	$7,93 \pm 3,3^*$

Примечание: * – достоверность статистических различий между показателями у здоровых и больных ($p < 0,05$ – при сравнении больных с депрессией со здоровыми; $p < 0,5$ – при сравнении больных без депрессии со здоровыми)

Для изучения роли оксида азота в формировании личностных изменений при РС, мы провели сравнительный анализ содержания нитритов в группах больных рассеянным склерозом в зависимости от наличия у них депрессивных нарушений и констатировали отсутствие статистически достоверных различий между группами. Данное положение мо-

жет свидетельствовать о том, что уровень нитритов, значимый в патогенезе рассеянного склероза, не имеет отношения к формированию личностных изменений больных рассеянным склерозом (табл. 3).

Нами разработан способ прогнозирования риска развития суицидального поведения у больных РС, не имеющих на момент начала обследования таких проявлений, основанный на линейном дискриминантном анализе ФР и клинических характеристик РС.

Материалом для разработки прогностической модели послужили данные обследования 26 мужчин и женщин без депрессивных нарушений и 165 мужчин и женщин с легкими, умеренными и тяжелыми депрессивными проявлениями.

Задачей прогнозирования явилось выделение из числа больных рассеянным склерозом лиц, которым в дальнейшем угрожает развитие суицидального поведения, с целью проведения им индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий.

Набор основных ФР у больных рассеянным склерозом для прогнозирования развития суицидального поведения представлены в таблице 4.

На основании дискриминантного анализа построена система из двух уравнений (F1 и F2), характеризующих дискриминантные функции для двух групп: F1- для группы лиц с баллом по шкале Гамильтона 7-27 баллов, что соответствует легким, умеренным и тяжелым депрессивным нарушениям и F2- для группы лиц с баллом по шкале Гамильтона от 0 до 6 баллов, что свидетельствует об отсутствии депрессивных нарушений.

$$F1 = K_01 + \sum K_{1,i} \times a_i;$$

$$F2 = K_02 + \sum K_{2,i} \times a_i;$$

где: K_01 - константа для $F1 = -1,52$; K_02 - константа для $F2 = -0,82$

$K_{1,i}$ - значения коэффициентов дискриминантной функции для F1;

$K_{2,i}$ - значения коэффициентов дискриминантной функции для F2;

a_i – количественные показатели анализируемых признаков ($i=5$).

Для расчета уравнений (F1 и F2) суммировались константы дискриминантного уравнения и произведения коэффициентов дискриминантной функции на величины градаций факторов риска.

Таблица 4

Набор факторов для прогнозирования риска развития суицидального поведения у больных РС

Фактор	Нормализованные коэффициенты (ai)	K1j	K2j	p
Возраст	1 - 39 лет и младше (-1,14) 2 - 40 лет и старше (0,87)	0,58	-0,40	0,006
Образование	1 - высшее (-1,58) 2 - среднее и среднеспециальное (0,63)	0,52	-0,35	0,009
Течение	1 - РРС (-0,83) 2 - ВПРС (0,66) 3 - ППРС (2,15)	0,74	-0,51	0,002
Депрессия	1 - есть (0,68) 0 - нет (-1,45)	0,72	-0,49	0,0003
Число обострений на момент первого осмотра	1 - от 2 до 4 (-0,79) 2 - 5 и более (0,46) 3 - 1 обострение (1,72)	-0,33	0,23	0,048

Прогностическая модель представляет собой систему уравнений для больных рассеянным склерозом с депрессивными нарушениями (F1) и для больных рассеянным склерозом без депрессивных нарушений (F2):

$$F1 = -1,52 + 0,58 \cdot a_1 + 0,52 \cdot a_2 + 0,74 \cdot a_3 + 0,72 \cdot a_4 - 0,33 \cdot a_5$$

$$F2 = -0,82 - 0,40 \cdot a_1 - 0,35 \cdot a_2 - 0,51 \cdot a_3 - 0,49 \cdot a_4 + 0,23 \cdot a_5,$$

где:

a1 – возраст (-1,14 – до 39 лет; 0,87 – 40 и старше)

a2 – образование (-1,58 – высшее; 0,63 – среднее и среднеспециальное)

a3 – течение (-0,83 – РРС; 0,66 – ВПРС; 2,15 – ППРС)

a4 – депрессия (0,68 – есть; -1,45 – нет)

a5 – число обострений на момент первого осмотра (1,72 – 1 обострение; -0,79 – от 2 до 4; 0,46 – 5 и более)

Определение величин прогностических коэффициентов F1 и F2 по формулам позволяет провести сравнение их числовых характеристик, которые и являются оценочными критериями риска развития суицидального поведения у больных рассеянным склерозом.

При значении $F1 < F2$ больной не попадает в группу риска развития суицидального поведения, при $F1 > F2$ больному угрожает развитие суицидального поведения и риск суицида.

Точность прогноза развития суицидального поведения при рассеянном склерозе составила 78,01%.

Заключение.

Разработанная система индивидуального прогнозирования развития суицидального поведения у пациентов с РС, основанная на дискриминантном анализе ФР и данных дополнительных методов обследования, позволит повысить эффективность профилактических и лечебных мероприятий у этих больных за счет

выделения из популяции больных группы «угрожаемых лиц» и индивидуализации лечебно-профилактических мероприятий.

Литература:

1. Байдина Т.В., Трушников Т.Н., Данилова М.А. Интерферон-индуцированная депрессия и содержание серотонина в периферической крови у больных рассеянным склерозом // Журнал неврологии и психиатрии. 2018. Т. 8, № 2. С. 77-81.
2. Доян Ю.И., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И., Граф Л.В. Синдром послеоперационной когнитивной дисфункции у пациентов после кардиохирургических вмешательств: патогенетические и клинические аспекты // Научный форум. Сибирь. 2019. Т. 5, № 1. С. 75-77.
3. Зотов П.Б., Куценко Н.И., Уманский С.М. Психопатологические факторы антисуицидального барьера (на примере больных рассеянным склерозом) // Медицинская наука и образование Урала. 2008. № 6. С. 46-47.
4. Зотов П.Б., Куценко Н.И. Мотивы суицидальной активности и факторы антисуицидального барьера у больных рассеянным склерозом // Суицидология. 2012. № 3. С. 20-25.
5. Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Когнитивные нарушения при различных вариантах течения рассеянного склероза // Академический журнал Западной Сибири. 2016. Т. 12. № 1. С. 88-90.
6. Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Когнитивные нарушения при болезни Паркинсона // Медицинская наука и образование Урала. 2018. № 4 (96). С. 183-186.
7. Мусина Н. Ф. Когнитивные нарушения у больных рассеянным склерозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2009. 24 с.
8. Рейхерт Л.И., Кибальная А.А., Кичерова О.А., Костоломова Г.А. Факторы, ассоциированные с прогнозом состояния когнитивного статуса у пациентов с ишемической болезнью сердца // Академический журнал Западной Сибири. 2019. Т. 15, №1 (78). С. 45-47.
9. Рейхерт Л.И., Кичерова О.А., Кибальная А.А., Скорикова В.Г. Когнитивные нарушения у пациентов с ишемической болезнью сердца / Материалы Конгресса «Человек и лекарство. Урал-2019», Тюмень, 28 октября – 5 ноября 2019 г. С. 71.
10. Скорикова В.Г., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Особенности обмена оксида азота в остром периоде ишемического инсульта / Материалы Конгресса «Человек и лекарство. Урал-2019», Тюмень, 28 октября – 5 ноября 2019 г. С. 80.
11. Смудевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. М.: МИА, 2001. 256 с.
12. Тенина О.А. Роль оксида азота в особенностях клинических проявлений рассеянного склероза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 27 с.
13. Трифонова О.В. Когнитивные изменения у больных рассеянным склерозом (клиническое, нейропсихологическое и элек-

- трофизиологическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 27 с.
14. Kirzinger S.S., Jones J., Siegwald A., Crush A.B. Relationship between disease modifying therapy and depression in multiple sclerosis // *Int J MS Care*. 2013. V. 15, № 3. P. 107-112. DOI: 10.7224/1537-2073.2012-036
 15. Mirsky M.M., Marrie R.A., Rae-Grant A. Antidepressant drug treatment in association with multiple sclerosis disease-modifying therapy // *Int J MS Care*. 2016. V. 18, № 6. P. 305-310. DOI: 10.7224/1537-2073.2016-056
 16. Schippling S., O'Connor P., Knappertz V., Pohl C., Bogumil T., Suarez G., Cook S., Filippi M., Hartung H., Comi G., Jeffery D.R., Kappos L., Goodin D.S., Arnason B. Incidence and course of depression in multiple sclerosis in the multinational BEYOND trial // *J Neurol*. 2016. V.263, № 7. P. 1418-1426.
 17. Stenager E.N., Stensger E., Koch-Henriksen N., et al. Suicide and multiple sclerosis: An epidemiological investigation // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1992. V. 55. P. 542-545.
 18. Thompson A.J., Banwell B.L., Barkhof F., et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria // *The Lancet. Neurology*. 2017. DOI: 10.1016/S1474-4422(17)30470-2
 19. Zephir H., Seze J., Stojkovic T., Delisse B. Multiple sclerosis and depression: influence of interferon beta therapy // *Mult Sclerosis J*. 2003. V. 9, № 3. P. 284-288.

СМЕРТЕЛЬНЫЕ ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ МЕТАДОНОМ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2018-2020 ГГ.

А.М. Сытник, М.С. Хохлов

Областной наркологический диспансер, г. Тюмень

Представлены основные статистические сведения о динамике смертельных отравлений метадонном в Тюменской области в период 2018-2020 гг. по данным Областного наркологического диспансера и Областного бюро судебно-медицинской экспертизы. Анализ полученных данных свидетельствует об увеличении числа смертельных случаев в результате острого отравления опиоидами. В структуре острых отравлений опиоидами большую долю занимают отравления метадонном. Широкому распространению потребления опиоидов способствует увеличение доступности опиоидов и возможность бесконтактного приобретения наркотических средств. Для сокращения количества острых отравлений метадонном требуется активное межведомственное взаимодействие всех заинтересованных ведомств региона, проведение комплекса мероприятий правового, социального, информационного и лечебно-профилактического характера. Цель: анализ случаев смертельных отравлений метадонном в Тюменской области в период 2018-2020 гг. определение возможных причин увеличения их количества. Материалы: данные статистической отчет-

ности ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер» и ГБУЗ ТО «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2018-2020 гг. Результаты. С 2018 г. по 2020 г. количество смертельных отравлений наркотическими и психотропными веществами увеличилось в 2,4 раза (на 91 случай). Количество отравлений среди несовершеннолетних увеличилось на 100% (на 3 случая). По гендерному признаку большинство отравившихся мужчины. Обращает на себя внимание, уменьшение доли женщин среди умерших с 13,8% в 2019 до 5,1% в 2020 г. Подавляющее большинство (>90%) отравлений наркотическими веществами и психотропными препаратами с 2018 по 2020 гг. произошли в крупных городах области – Тюмень и Тобольск. В сельских территориях – единичные случаи. В течение 3 лет среди умерших от отравлений наркотическими веществами преобладает трудоспособное население в возрасте 21-39 лет и доля отравлений в этой возрастной группе ежегодно возрастает 63,1% в 2018 г. и 69,9% в 2020 г. Анализ данных показывает значительное изменение структуры смертельных отравлений наркотическими веществами за последние 3 года. Количество смертей, зарегистрированных с шифром Т40.2 (отравление другими опиоидами) увеличилось в 3,9 раз с 16 случаев в 2018 г. до 63 в 2020 г., с шифром Т40.3 (отравление метадонном) в 8,6 раз – с 8 в 2018 г. до 69 случаев в 2020 г. Заключение. Причинами значительной увеличения количества отравлений опиоидами (в т.ч. метадонном) в Тюменской области в 2018-2020 гг. являются: доступность опиоидов на нелегальном рынке сбыта, невысокая стоимость данных веществ и особенности воздействия на организм. Важным фактором является возможность приобретения наркотических средств бесконтактным способом через сеть «Интернет». Для сокращения количества острых отравлений метадонном необходимо активное межведомственное взаимодействие всех заинтересованных ведомств региона, проведение комплекса мероприятий правового, социального, информационного и лечебно - профилактического характера.

Ключевые слова: метадон, опиоиды, острые отравления, наркотики, Тюменская область

В настоящее время в Российской Федерации существует тенденция к увеличению количества наркозависимых, употребляющих новые высокотоксичные наркотические препараты [1]. Наряду с наркотиками растительного происхождения, набирают популярность синтетические психоактивные вещества [2].

Таблица 1

Количество смертельных отравлений наркотическими и психотропными веществами, в 2018-2020 гг.

Показатель	2018		2019		2020	
	п	на 100 тыс. нас.	п	на 100 тыс. нас.	п	на 100 тыс. нас.
Количество отравлений	65	4,4	108	7,2	156	10,3
Из них несовершеннолетних	0	0	2	0,13	3	0,2

Одним из таких препаратов является метадон из группы синтетических опиоидов, употребление которого приводит к развитию толерантности, психической и физической зависимости, формированию абстинентного синдрома [3]. В США и странах Европы метадон используется в поддерживающей терапии зависимых от опиатов. Есть ряд исследований показывающих, что такой подход уменьшает незаконное употребление опиоидов и количество связанных с этим преступлений, помогает пациентам поддерживать нормальную социальную активность [4, 5].

В России «заместительная терапия» метадон запрещена законодательно. Основаниями для такого запрета являются ряд недостатков: низкая терапевтическая эффективность, употребление метадона не способствует излечению от наркотической зависимости, а продлевает её, способствует укорочению жизни больных, возможны утечки метадона и распространение наркотизации населения за счет появления на чёрном рынке дополнительного количества наркотиков [6]. В мире, в последние годы, отмечается рост нелегального употребления этого опиоида и увеличение количества связанных с его употреблением острых отравлений [7]. Аналогичная тенденция наблюдается в Тюменской области. По данным Областного БСМЭ в последние 3 года регистрируется выраженный рост количества смертельных отравлений метадонем.

Цель исследования: анализ случаев смертельных отравлений метадонем в Тюменской области в период 2018-2020 гг..

Материалы и методы: анализ данных статистической отчетности ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер» и ГБУЗ ТО «Областное бюро судебно - медицинской экспертизы» за 2018-2020 гг.

Результаты.

В Тюменской области на протяжении последних лет наблюдается положительная динамика развития наркоситуации [8] активно работают все субъекты профилактики региона, развивается реабилитационное звено наркологической помощи населению, уменьшаются показатели первичной заболеваемости и распространенности наркологических заболеваний [9]. Тем более, обращает на себя внимание значительное увеличение количества отравлений наркотическими веществами, в том числе, со смертельным исходом [10].

С 2018 г. по 2020 г. количество смертельных отравлений наркотическими и психотропными веществами увеличилось в 2,4 раза (на 91 случай). Количество отравлений среди несовершеннолетних увеличилось на 100% (на 3 случая). И если в структуре наркотических средств, вызвавших отравление в 2018 г. более значимую часть (52,3%) занимала группа синтетических психостимуляторов (пирролидиноалерофенон, амфетамин, мефедрон), то в 2019 и 2020 гг. среди всех случаев отравлений доминирующее значение (62,0% и 85,9% соответственно) приобрели препараты из группы опиоидов (героин, метадон, кодеин).

Таблица 2

Распределение умерших от острых отравлений наркотическими препаратами по полу, 2018-20 гг.

Пол	2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%
Мужчины	56	86,2	94	87,0	148	94,9
Женщины	9	13,8	14	13,0	8	5,1

По гендерному признаку большинство отравившихся – мужчины. Обращает на себя внимание, уменьшение доли женщин среди умерших с 13,8% в 2019 до 5,1% в 2020 г.

Таблица 3

Распределение смертельных отравлений по территориям Тюменской области (без АО), 2018-2020 гг.

Территория	Год	2018		2019		2020	
		n	%	n	%	n	%
г.Тюмень		53	81,5	92	85,2	119	76,4
г.Ишим		0	0	0	0	2	1,3
г.Тобольск		7	10,8	6	5,6	25	16,0
Аромашевский район		0	0	0	0	1	0,6
Бердюжский район		0	0	0	0	1	0,6
Голышмановский район		0	0	1	0,9	0	0
Исетский район		1	1,5	0	0	0	0
Нижне-Тавдинский район		0	0	1	0,9	0	0
Тюменский район		4	6,2	8	7,4	8	5,1
Всего по Области		65	100	108	100	156	100

Возрастная характеристика умерших от острых отравлений наркотиками, 2018-2020 гг.

Год	Возраст <14 лет		15-17 лет		18-20 лет		21-39 лет		>40		Средний возраст μ±σ
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2018	0	0	0	0	2	3,1	41	63,1	22	33,8	35,5±7,1
2019	0	0	2	1,9	5	4,6	73	67,6	28	25,9	35,6±8,0
2020	0	0	3	1,9	5	3,2	109	69,9	39	25,0	35,8±6,9

Подавляющее число (свыше 90%) отравлений наркотическими веществами и психотропными препаратами с 2018 по 2020 гг. произошли в крупных городах области – г. Тюмень, г. Тобольск. В сельских территориях отмечаются единичные случаи отравлений.

В течение 3 лет, среди умерших от отравлений наркотическими веществами преобладает трудоспособное население в возрасте 21-39 лет и доля отравлений в этой возрастной группе ежегодно возрастает 63,1% в 2018 г. и 69,9 в 2020 г. вместе с этим уменьшается количество отравлений, относящихся к возрастной категории старше 40 лет – 33,8 в 2018 г. и 25,0 в 2020 г. Метадон стал причиной смерти несовершеннолетних лиц в 2019 г. (n=2) и в 2020 г. (n=3).

Анализ данных таблицы 5 показывает значительное изменение структуры смертельных отравлений наркотическими веществами за последние 3 года. Количество смертей, зарегистрированных с шифром Т40.2 (отравление другими опиоидами) увеличилось в 3,9 раз с 16 случаев 2018 г. до 63 случаев в 2020 г., с шифром Т40.3 (отравление метадонном) в 8,6 раз – 8 случаев в 2018 г. и 69 случаев в 2020 г. При этом количество смертельных случаев с диагнозом Т40.4 (отравление другими синтетическими наркотиками) уменьши-

лось в 2,1 раза – 33 и 16 случаев в 2018 и 2020 гг. соответственно.

В 2018-2020 гг. из 107 человек, причиной смерти которых стало острое отравление метадонном, при химико-токсикологическом исследовании биологических сред, у 22 человек (20,5%) в сочетании с метадонном были обнаружены и другие наркотические вещества. В большинстве случаев (81,8%) отравление метадонном сочеталось с употреблением наркотиков из группы синтетических психостимуляторов (PVP, мефедрон, метамфетамин, амфетамин), значительно реже (18,2%) с употреблением растительных и синтетических каннабиноидов.

Вероятно, причиной такого стремительного увеличения отравлений наркотическими веществами опиоидной группы (в т.ч. метадона) на фоне снижения количества лиц, зарегистрированных с диагнозом «наркомания» в Тюменской области [9] является увеличение доступа большого количества наркопотребителей к данному виду наркотика. По данным УМВД РФ по Тюменской области в 2020 г. из незаконного оборота изъято 2049,34 гр. «метадона», что в 41,3 раза больше чем в 2019 г. (49,57 гр.), а количество выявленных преступлений, связанных с незаконным сбытом данного наркотического вещества возросло в 6,6 раз с 7 в 2019 г. до 46 в 2020 г.

Таблица 5

Структура смертельных отравлений наркотическими веществами и психотропными средствами (по МКБ-10)

Диагноз по МКБ-10 <i>Отравление</i>	Год		2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Героином (Т40.1)	0	0	0	0	1	0,6		
Другими опиоидами (Т40.2)	16	24,6	36	33,3	63	40,4		
Метадонном (Т40.3)	8	12,3	30	27,8	69	44,2		
Другими синтетическими наркотиками (Т40.4)	33	50,8	34	31,5	16	10,3		
Кокаином (Т40.5)	0	0	0	0	1	0,6		
Другими неуточненными наркотиками (Т40.6)	1	1,5	6	5,6	4	2,6		
Каннабисом (Т40.7)	3	4,6	1	0,9	0	0		
Психотропными веществами (Т43)	4	6,2	1	0,9	2	1,3		
Всего	65	100	108	100	156	100		

Важным фактором предпочтения метадона у потребителей является его пролонгированный терапевтический эффект, связанный с продолжительным периодом полувыведения препарата (до 55 часов) и относительно невысокая стоимость в пересчете на разовую дозу потребляемую наркозависимым. Эффект метадона может развиваться уже после приема 10 мг вещества [7], учитывая, что стоимость грамма метадона в Тюменской области около 5,4 тыс. рублей [11], то стоимость возможной разовой дозы начинается от 54 рублей.

Незаконному распространению психоактивных веществ способствует появление нового бесконтактного способа сбыта. Оплата происходит безналичным способом через электронные платежные системы, а передача осуществляется через тайники – «закладки». Общение происходит в «теневой» части сети «Интернет», например, в анонимной системе Tor [12]. Что делает осуществление таких сделок юридически «безопасными» как для продавцов, так и для покупателей, а приобретение наркотиков приобретает элемент игры – «квест».

Причиной высокой летальности при употреблении метадона является способность этого наркотика угнетать дыхательный центр, вызывать ригидность дыхательной мускулатуры и мышц гортани. Угнетение дыхания возможно даже при наличии толерантности к угнетению дыхания у лиц, систематически употребляющих опиаты. Синтетические опиоиды вызывают остановку дыхания в сроки, когда оказание медицинской помощи проблематично, а терапия антидотами менее эффективна, чем при острых отравлениях опиатами [13].

Заключение.

В Тюменской области в 2018-2020 г. наблюдается увеличение количества смертельных отравлений наркотическими веществами и психотропными препаратами в 2,4 раза. Большинство отравившихся это мужчины в возрасте 21-39 лет проживающие в крупных городах Области. За рассматриваемый период в структуре веществ, ставших причиной отравлений, произошло уменьшение доли отравлений синтетическими психостимуляторами и увеличение числа острых отравлений опиоидами. Обращает на себя внимание появление и увеличение с 2018 по 2020 гг. в структуре опиоидов отравлений метадонном в 8,6 раз. В 20,5% случаев отравление метадонном сочеталось с употреблением других наркоти-

ческих веществ, преимущественно из группы синтетических психостимуляторов.

Причинами такой динамики можно считать, увеличение доступности наркотиков из группы опиоидов для наркопотребителей в Тюменской области, о чем свидетельствуют увеличение количества изъятого правоохранительными органами метадона и зарегистрированных преступлений связанных с незаконным сбытом метадона с 2019 по 2020 гг. Возможность «бесконтактного» приобретения наркотиков, сделала приобретение наркотиков более безопасным и увлекательным. Метадон обладает специфическими свойствами, которые делают эффект более продолжительным, позволяя пролонгировать комфортное состояние наркомана, что делает его более предпочтительным для наркозависимых.

Причинами высокой летальности при употреблении метадона является его сочетанное употребление с другими наркотическими, высокая вероятность угнетения дыхания, сопровождающаяся ригидностью дыхательной мускулатуры и мышц гортани в совокупности с менее эффективной антидотной терапией.

В целях снижения смертности от острых отравлений наркотиками в том числе метадонном в Тюменской области необходимо проведение правоохранительными органами региона комплекса мероприятий по выявлению источников массированного поступления наркотических веществ, разработка принципиально новых методов борьбы с распространением наркотиков через сеть «Интернет», проведение масштабной информационной кампании по профилактике употребления наркотических средств среди населения, проведение комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий с наркопотребителями.

Литература:

1. Чочаев З.Д. Анализ данных о распространении наркомании в России. Медицинская помощь как средство борьбы с наркоманией // Известия Российской Военно-медицинской академии. 2019. Т. 2, № 1. С. 261-264.
2. Асадуллин А.Р., Анцыборов А.В., Ахметова Э.А. Синтетические триптамины: избранные вопросы классификации, механизм действия, клиника интоксикации // Девиантология. 2017. Т. 1, № 1. С. 26-35.
3. Шилейко И.Д., Камышников В.С. Метадон: свойства, метаболизм, лабораторный мониторинг // Лабораторная диагностика Восточная Европа. 2012. № 1. С. 127-138.
4. Milroy C.M., Forrest A.R.W. Methadone deaths: a toxicological analysis // Journal of clinical pathology. 2000. V. 53, № 4. С. 277-281.
5. Karki P. et al. The impact of methadone maintenance treatment on HIV risk behaviors among high-risk injection drug users: a systematic review // Evidence-based medicine & public health. 2016. V. 2. P. 36-44.
6. Гофман А.Г. Позиция России в отношении метадонных программ // Независимый психиатрический журнал. 2015. № 2. С. 18-23.

7. Ливанов Г.А. и др. Острые отравления метадонем (дольфином) (обзор) // *Общая реаниматология*. 2017. № 3. С. 54-58.
8. Хохлов М.С., Уманский М.С., Юшкова О.В. Злоупотребление психоактивными веществами в Тюменской области в 2016 году // *Академический журнал западной Сибири*. 2017. Т. 13, № 4. С. 47-52.
9. Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2018-2019 годах: Аналитический обзор / Киржанова В.В. и др. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2020. 194 с.
10. Хохлов М.С. Анализ причин смертности наркозависимых (региональный аспект) // *Научный форум. Сибирь*. 2018. Т. 4, № 1. С. 81-83.
11. Доклад о наркоситуации в Тюменской области по итогам 2019 г. / *Официальный портал органов государственной власти Тюменской области*. [Электронный ресурс] URL: https://admtumen.ru/ogv_ru/society/drug_prevention/more.htm?id=11843693@cmsArticle.
12. Кондратьев М.В., Поялков В.А. Криминалистические особенности бесконтактного способа совершения наркопреступлений // *Известия Алтайского государственного университета*. 2015. № 2-1. С. 83-86.
13. Головки А.И. и др. Причины высокой летальности при передозировках наркотических средств из группы синтетических опиоидов // *Российский биомедицинский журнал*. 2020. Т. 21, № 1. С. 141-156.

FATAL ACUTE METHADONE POISONINGS IN THE TYUMEN REGION (2018-2020)

A.M. Sytik, M.S. Khokhlov

Regional Narcological Dispensary, Tyumen, Russia

The main statistical data on the dynamics of fatal methadone poisoning in the Tyumen region in the period 2018-2020 according to the data of the Regional Drug Treatment Dispensary and the Regional Bureau of Forensic Medical Examination are presented. Analysis of the data obtained indicates an increase in the number of deaths due to acute opioid poisoning. In the structure of acute opioid poisoning, a large share is occupied by methadone poisoning, among the deceased persons, able-bodied men aged 21-39 years, mainly living in large cities of the region, predominate. The increased availability of opioids and the possibility of non-contact purchase of drugs contributes widespread use of opioids. To reduce the number of acute methadone poisoning, active interdepartmental interaction of all interested departments in the region is required, as well as a set of legal, social, informational, and therapeutic and preventive measures. Aim. Analysis of cases of fatal methadone poisonings in the Tyumen region in the period 2018-2020. Determination of possible reasons for the increase in their number. Materials and methods. The study was conducted by analyzing the data of statistical reports of the Regional Drug Treatment Dispensary and the Regional Bureau of Forensic Medical Examination for 2018-2020. Results. From 2018 to 2020, the number of fatal poisonings with drugs increased by 2.4 times (by 91 cases). The number of poisoning cases among minors increased by 100% (by 3 cases). According to gender, the majority of poisoned are men, draws attention to the decrease in the proportion of women among the dead from 13.8% in 2019 to 5.1% in 2020. The overwhelming number (over 90%) of drug and psychotropic drug poisonings from 2018 to 2020 occurred in the major cities of the region – Tyumen, Tobolsk. In rural areas, there are isolated cases of poisoning. Within 3 years, the working-age population aged 21-39 prevails among those who died from drug poisoning, and

the share of poisoning in this age group increases annually – 63.1% in 2018 and 69.9% in 2020. The analysis of statistical data shows a significant change in the structure of fatal drug poisoning over the past 3 years. The number of deaths registered with the T40.2 cipher (poisoning with other opioids) increased 3.9 times from 16 cases in 2018 to 63 cases in 2020, with the T40.3 cipher (methadone poisoning) by 8.6 times – 8 cases in 2018 and 69 cases in 2020. Conclusion. The reasons for a significant increase in the number of opioid poisoning (including methadone) in the Tyumen region in 2018-2020 they are the availability of opioids on the illegal market, the low cost of these drugs and the peculiarities of their effects on the body. An important factor is the possibility of purchasing drugs in a contactless way by the Internet. To reduce the number of acute methadone poisoning, it is necessary to actively interdepartmental interaction of all interested departments in the region, to conduct a set of legal, social, informational, and therapeutic and preventive measures.

Keywords: methadone, opioids, acute poisoning, drugs, Tyumen region (Russia)

НЕВРОЗ КАК БОЛЕЗНЬ АДАПТАЦИИ

С.А. Леончук

ООО «Диамед», г. Курган, Россия

В статье предложена триединая модель невроза, как болезни адаптации, с нарушением психосоматического, нервно-психического и психосоциального базовых уровней регуляции жизнедеятельности человека. Прослежены причины, механизмы, роль почвы, стадии и исход заболевания. Выделена группа психосоматических заболеваний в структуре невроза. Предложены пути его лечения.

Ключевые слова: эволюция, страх, адаптация, невроз, психосоматические болезни

До сих пор имеют место разногласия в понимании причин, динамики, исхода, путей профилактики и лечения невроза [8, 14]. В настоящее время актуальной является модель невроза, в которой он считается клинической формой расстройства адаптации [1, 7], приводящей к нарушению базовых уровней регуляции. Объединение невротических и соматоформных расстройств (СФР) в одну диагностическую группу ошибочно, так как при СФР, в отличие от невроза, наблюдается неспецифический соматизированный характер нарушений [16]. Также ошибочно объединять варианты невроза с тревожными расстройствами, потому что тревожные состояния не всегда спарены со стрессом и личностью больного. В МКБ-10 понятие «невроз» вообще отсутствует, а имеющиеся модели невроза, как нозологии, не способствуют его единой трактовке и разрешению противоречий. Меж-

ду тем, невроз, формируя психосоматические болезни, в том числе, ИБС, гипертоническую болезнь, язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму, мигрень, сахарный диабет 2 типа, неспецифический язвенный колит, гинекологические заболевания, состояния иммунодефицита и другие [3], поставляет urgentную патологию в терапевтические и неврологические стационары. Кроме того, проблематика невроза тесно переплетена с наркологическими проблемами - этиловый алкоголь, табак и другие психоактивные вещества, выступая факторами лечебно - транквилизирующего, эйфоризирующего и адаптогенного действия при неврозе, также участвуют в формировании urgentной терапевтической, неврологической, а также психической патологии.

По данным ВОЗ, заболеваемость неврозами за последние 65 лет выросла более, чем в 20 раз, а болезненность составляет до 20-30% населения в мире. Невроз – это болезнь цивилизации, так как его рост связан с увеличением темпа жизни, урбанизацией населения, информационной и стрессовой перегрузкой, изменением экологии и снижением доли физического труда [21].

Целью статьи является с помощью системного эволюционного анализа выявить причины и механизмы развития невроза, стадии его развития и пути лечения.

Обсуждение

Реактивность – одно из главных свойств жизни. Реактивность – это способность организма внутренне реагировать на изменения к нему требований экосистемы, форма его взаимодействия с экосистемой, особый вид отражения, связанный с регуляцией гомеостаза. Интегративным, системообразующим фактором жизнедеятельности организма является отраженная потребность. Эмоции, как форма психики, отражают потребности организма в веществе, энергии и информации и несут энергетический заряд саморегуляции и целеполагания. Реактивность сопряжена с энергетическими модулями функционирования организма. Эмоции, отражая потребности, являются центром адаптивной реактивности, гомеостатической регуляции и интеграции организма.

Развитие эмоций идет из рефлекторного кольца и базальных ядер регуляции гомеостаза, работающих по принципу обратной связи [2]. Имеются две ядерные эмоции: позитивные эмоции – связаны с удовлетворением потребности и замыканием рефлекторного кольца; негативные эмоции – возникают при неудо-

влетворенной потребности. Базовые эмоции – это врожденные эмоции, присущие всем людям, независимо от общей культуры и этноса. Они имеют эволюционную основу, нейрохимический и энергетический эквивалент. В филогенезе происходит адаптивная дифференциация и социализация базовых эмоций [6].

Выделяют до 10 и больше базовых эмоций [6, 18]. Главными из них являются страх, ярость, радость, печаль, интерес и их эквиваленты. Имеются четыре энергетических типа базовых эмоций:

1. Негативные мобилизующие базовые эмоции – страх и его эквиваленты. Страх – отражение прямой угрозы. Стресс – эквивалент страха, отражение не прямой угрозы. Тревога – эквивалент страха, страх, направленный в будущее. Физическая боль – эквивалент страха, индикатор целостности организма. Ярость (злость, гнев) – это протопатический предшественник и эквивалент страха. В пользу этого говорит следующее:

а) норадреналин – гормон и нейромедиатор ярости является предшественником синтеза адреналина – гормона страха;

б) имеется тождество нейрогормональных и соматовегетативных защитных реакций при ярости и страхе;

в) наблюдается клиническое наложение и взаимозаменяемость ярости и страха.

Негативные мобилизующие базовые эмоции вызывают общий адаптационный синдром Г. Селье [22, 23].

2. Позитивные тонизирующие базовые эмоции – радость, удовольствие. Связаны с удовлетворением потребности.

3. Позитивные стимулирующие базовые эмоции – удивление, интерес, любопытство. Связаны с отражением потенциальной потребности организма.

4. Негативные тормозящие базовые эмоции – грусть, печаль, уныние.

Связаны с неудовлетворенной потребностью. При них наблюдается адаптивное снижение общей реактивности организма с переходом его на низкий энергетический режим функционирования.

Позитивные базовые эмоции закрепляют действующие гомеостатические механизмы регуляции.

Адаптация, как приспособление, может быть специфической и неспецифической. Общий адаптационный синдром Г. Селье характеризуется напряжением, интенсивностью, крайне широким и генерализованным спектром защитных реакций, охватывающим весь

организм, с резкой активацией гипоталамо-гипофизарно-адрено-кортикальной системы, которая играет ведущую роль в процессе неспецифического приспособления. Однако, в силу генерализованности и неспецифичности ответа на стрессор, общий адаптационный синдром не всегда оптимален. Платой за неспецифичность и генерализованность ответа является невроз, как болезнь адаптации. Специфические реакции адаптации связаны с развитием коры головного мозга, интеллекта. Прогресс адаптации человека идет по пути увеличения дифференциации и социализации базовых эмоций, что позволяет ему лучше приспособиться к окружающей среде и социуму.

Причиной невроза являются страх и его эквиваленты, в том числе, гнев, тревога, стресс и физическая боль. Эмоции страха, отражая угрозу жизни, являются важным адаптивным эволюционным приобретением организма. В момент переживания опасности, страха идет мобилизация защитных сил организма, направленных на предотвращение угрозы. Происходят унитарные адаптивные изменения на психосоматическом, нервно-психическом и психосоциальном уровнях регуляции жизнедеятельности. Эти изменения генетически запрограммированы и направлены против действия стрессора:

1. Психосоматический уровень регуляции включает в себя нервно – эндокринную и нервно - вегетативную составляющие. Наблюдается общий адаптационный синдром [22, 23], в кровь выбрасываются гормоны страха, изменяется все гормональное зеркало организма. При этом, увеличивается основной обмен веществ, сердечный выброс, повышается артериальное давление, учащаются ритм сердца, ЧДД, ускоряется утилизация глюкозы, триглицеридов и холестерина, и др.

2. Нервно - психический уровень регуляции. Наблюдаются унитарные адаптивные нервно-психические реакции:

а) психомоторное возбуждение – активное противодействие стрессору, ответная агрессия, уход от ситуации (побег);

б) психомоторный ступор – обездвиженность, мимикрия. Пассивная защита.

При этом увеличиваются острота зрения и слуха, сила и быстрота нервно-мышечных, рефлекторных и инстинктивных реакций.

3. Психосоциальный уровень регуляции. Наблюдаются адаптивные социальные реакции – реакции горя, группирования, истерические реакции, конфликты, парасуициды, взывание к помощи, поддержке, состраданию.

Является формой надорганизменной защиты от стрессора.

Можно выделить следующие унитарные варианты защиты от стрессора:

1. Гиперэргическая реакция.
2. Нормоэргическая (адекватная) реакция.
3. Гипоэргическая (анергическая) реакция.

Характер реакции зависит от предшествующего опыта организма, имеющихся стереотипов-автоматизмов защиты и сенсibilизации (готовности) организма. Гиперэргическая реакция защиты (шок) является менее целесообразной, так как быстро приводит к истощению и некрозу защиты, разрушению организма. Гипоэргическая реакция защиты, как игнорирование опасности, возможна при недоразвитии или слабости защитных сил организма, – также менее благоприятна, так как происходит быстрое разрушение организма. Нормоэргическая реакция защиты является адекватной стрессору и соответствует потребности организма.

При активной защите от стрессора, скелетно-мышечном возбуждении, происходит критическая реализация энергии страха. При реакции ступора активной реализации энергии страха не происходит, и после прекращения действия стрессора идет медленный, постепенный, литический возврат организма в исходное состояние. При этом, нейрогормональная энергия страха сгорает не в топке скелетно-мышечного возбуждения, а утилизируется через цепь внутренних вегетативных реакций, гладкую висцеральную мускулатуру, вегетодистонические и вегетодискинетические (вегетоневротические) реакции, явления синдрома вегетососудистой дистонии (ВСД).

При хроническом стрессе (страхе) уровень нейрогормональной защитной энергии, особенно в условиях гиподинамии, будет постоянно повышен, вегетоневротические реакции закрепляются, возникает стойкий психосоматический синдром с выходом в психосоматическое заболевание. Психосоматический синдром – это способность организма с помощью защитных гомеостатических реакций выводить нервно – стрессовую энергию через сому [11, 17]. При этом, локализация соматического звена не является случайностью, так как она является составной частью врожденного психосоматического адаптивного комплекса [13, 15].

Психосоматическое заболевание – это болезнь адаптации, стойкий психосоматический синдром, обусловленный патогенным влиянием хронического стресса, который канализируется и целенаправленно «бьет» по генетически

детерминированным соматическим структурам [9]. При этом наблюдается сбой нейрогормональной и нервно-вегетативной регуляции, психосоматическая дезинтеграция организма.

Классическими примерами психосоматических заболеваний являются болезни «святой семерки» [19] – эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, ревматоидный артрит, нейродерматит, а также ИБС, сахарный диабет 2 типа, ожирение, психосоматический тиреотоксикоз, дискинезия желчевыводящих путей, симптом раздраженного кишечника, кишечная колика, мигрень и другие [13, 15, 17].

Стадии развития психосоматического заболевания в структуре невроза:

1. Функциональная стадия заболевания. Наблюдаются синдром ВСД, стойкий психосоматический синдром. Морфологических изменений тканей не наблюдается.

2. Морфологическая стадия заболевания [13]. Наблюдаются морфологические изменения соматической ткани.

3. Формирование стойкого соматопсихического синдрома и порочного круга заболевания.

С появлением морфологических изменений тканей возникают вторичные болевой и тревожно - фобический синдромы, стойкий соматопсихический синдром, порочный круг заболевания. При этом, роль стрессора в развитии психосоматического заболевания может уменьшаться [5, 13], включаются другие патогенетические механизмы заболевания.

4. Тяжелое психосоматическое заболевание.

Клинику невроза формирует:

1. Стрессор, значимость которого носит индивидуальный характер с учетом пола, возраста, культуральных факторов, интенсивности и времени действия стрессора [12].

2. Почва заболевания, которой может выступить:

– тип биологической конституции, как морфофункциональное выражение генотипа, генетической силы или хрупкости адаптационного гомеостата.

– акцент характера;

– заболевание ЦНС, головного мозга: органический, сосудистый, атрофический и эндогенный радикалы;

– заболевание сомы – острые и хронические соматические заболевания, эндокринные заболевания.

Причина и почва заболевания могут меняться местами. В клинике невроза может доминировать не причинный фактор [20], а патология почвы. Неврогенный фактор дает толчок патокинезу почвы [5]:

а) если почвой невроза является органическое расстройство ЦНС, головного мозга с функциональной слабостью нервно - вегетативной регуляции, то легче формируется стойкий психосоматический синдром;

б) если почвой заболевания является патология сомы и эндокринопатия, то быстрее формируются морфологическая стадия психосоматического заболевания, стойкий соматопсихический синдром, порочный круг заболевания;

в) если у больного имеет место акцент характера, то легче возникают хронификация и порочный круг заболевания. Неблагоприятными являются астенический, тревожный и истерический акценты характера;

г) при наличии астенической конституции, когда в психике и соме больного доминирует астенический радикал, течение невроза принимает злокачественный характер с быстрым прохождением всех стадий заболевания;

д) при наличии у больного эндогенного или атрофического радикала головного мозга течение невроза течет доброкачественно, наблюдается нивелировка причинных факторов заболевания, реже формируется стойкий психосоматический синдром. На первое место выступает патология почвы. «Чистый» невроз встречается крайне редко [4].

Стадии развития невроза, как болезни адаптации [10]:

1. Расстройство адаптации, транзиторная психосоматическая реакция. Фаза тревоги общего адаптационного синдрома.

2. Реактивное состояние. Фаза напряжения общего адаптационного синдрома, состояние адаптации. Стойкий психосоматический синдром. Функциональная стадия психосоматического заболевания.

3. Невротическое развитие личности. Фаза напряжения общего адаптационного синдрома, состояние субадаптации и дезадаптации. Морфологическая стадия психосоматического заболевания. Формирование соматопсихического синдрома и порочного круга заболевания.

4. Невротическое расстройство личности. Фаза истощения общего адаптационного синдрома. Тяжелое психосоматическое заболевание. Анэргическая реакция на вредность. Психорганический синдром.

Выводы.

Эволюционный триединый подход к неврозу как болезни адаптации:

1.1. Дает ключ к пониманию причин и патогенетических механизмов формирования невроза, его динамики и исхода.

1.2. Выделяет единую группу психосоматических заболеваний в структуре невроза, к которым относятся ИБС, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, сахарный диабет 2 типа, неспецифический язвенный колит, гинекологические заболевания, мигрень, ожирение, дерматиты, артрозы, состояния иммунодефицита и другие.

1.3. Определяет пути лечения невроза как болезни адаптации:

1.3.1. Снижение актуальности стрессора (психотерапия, анксиолитики, седативные средства).

1.3.2. Воздействие на почву заболевания.

1.3.3. Купирование синдрома ВСД, стойкого психосоматического синдрома (психотропные и соматотропные средства, вегетостабилизаторы, психотерапия). Направить энергию страха в топку скелетно-мышечного возбуждения (ЛФК, физический труд, закаливание, дыхательная гимнастика, сублимированная деятельность и другие).

1.3.4. Купирование соматопсихического синдрома, порочного круга заболевания (соматотропные и психотропные средства, анальгетики, вегетостабилизаторы).

2. Подчеркивает единство соматического, нервно - психического и психосоциального, целостность организма. Только комплексное воздействие на человека, как триединую систему, может повысить эффективность лечебных и профилактических программ.

3. Невроз – это психосоциальное заболевание, так как большинство стрессов носит социальный характер. Решение социальных проблем, социальная защита человека являются решающими факторами в профилактике и лечении невроза как болезни адаптации.

4. В лечении невроза должны участвовать не только врачи психиатры и психотерапевты, но и врачи интернисты, а также психологи и социальные работники. В случае выраженной соматизации невроза болезнь лечит врач интернист с консультативным привлечением психиатра, психотерапевта, психолога и социального работника.

Литература:

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь; 2004

2. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М.: Наука; 1980.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Пер. с нем. М.: Геотар Медицина, 1999.
4. Гаджибабаева Д.Р. Психофизиологические особенности проявления неврозов // Актуальные проблемы психологического знания. 2013. Т. 4, № 29. С. 135-141.
5. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. Клинико-патогенетические зависимости. М.: Медицина, 1965.
6. Изард К.Э. Психология эмоций. Пер. с англ. СПб: Питер, 2007.
7. Караваева Т.А., Бабурин И.Н., Колотильщикова Е.А. и др. Клинические и биосоциальные характеристики дифференциальной диагностики невротических и неврозоподобных расстройств (сообщение 1) // Психическое здоровье. 2011. № 8 (63). С. 48-53.
8. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990.
9. Коршунов Н.И., Григорьева Е.А., Капустина Л.В. и др. Проблемы, психические нарушения и качество жизни больных ревматоидным артритом // Терапевтический архив. 1991. № 8. С. 100-104.
10. Леончук С.Л. Эволюционная психобиологическая модель невроза как болезни адаптации // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2009. Т. 9, № 2. С. 124-128.
11. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: Медицина, 1999.
12. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния. Киев: Наукова Думка, 1986.
13. Смулевич А.Б., Гиндикин В.Я., Аведисова А.С. Соматизированные психические расстройства в течении психических заболеваний и пограничных состояний. Некоторые аспекты психопатологии, клинической типологии // Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова. 1984. № 8. С. 1235-1237.
14. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. М.: Медицина. 1999. Т. 1, 2.
15. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986.
16. Чутко Л.С. Соматоформные расстройства // Медицинский совет. 2011. № 1-2. 84-90.
17. Царегородцев Г.И. Философские проблемы теории адаптации. М.: Мысль, 1975.
18. Экман П. Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь. Пер. с англ. СПб: Питер, 2010.
19. Alexander F. Current problems in psychosomatic medicine // Psychosomatics. 1964. № 5. С. 1-2. DOI: 10.1016/s0033-3182(64)72480-2
20. Jaspers K. Allgemeine psychopathologie, neunte auflage. Berlin: Springer Verlag; 1973 [In German]
21. Muehleck J., Richter F., Adametz L., Strauß B., Berger U. Psychiatric and somatic comorbidities of eating disorders and obesity in female adolescent and adult inpatients // Psychiatr Prax. 2017 Oct. V. 44, № 7. P. 406-412. DOI: 10.1055/s-0043-117053. PMID: 28982204 (In German)
22. Selye H. Stress and the General Adaptation Syndrome // British Medical Journal. 1950. № 17. P. 1383-1392.
23. Selye H., Fortier C. Adaptive Reaction to Stress // Psychosomatic Meditsyne. 1950. № 12. P. 149-157.

NEUROSIS AS DISEASE OF ADAPTATION

S.L. Leonchuk

LLC "Diamed", Kurgan, Russia

The article proposes a triune model of neurosis as an adaptation disease, with a violation of the psychosomatic, neuropsychic and psychosocial basic levels of regulation of human life. The causes, mechanisms, role of the soil, stages and outcome of the disease are traced. The group of psychosomatic diseases in the structure of neurosis is distinguished. Ways of its treatment are suggested.

Keywords: evolution, fear, adaptation, neurosis, psychosomatic diseases

