

АКАДЕМИЧЕСКИЙ

журнал Западной Сибири

1

Том 18
2022

ISSN 2307-4701



9 772307 470008

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
В.В. Вшивков

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ
М.С. Уманский

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

М.А. Аксельров (Тюмень)
А.Г. Бухна (Тюмень)
А.В. Голенков (Чебоксары)
С.В. Давидовский (Минск, Беларусь)
П.Б. Зотов (Тюмень)
С.А. Игумнов (Москва)
О.А. Кичерова (Тюмень)
И.И. Краснов (Тюмень)
Т.Л. Краснова (Тюмень)
Е.Б. Любов (Москва)
А.В. Меринов (Рязань)
Б.Ю. Приленский (Тюмень)
А.С. Рахимкулова (Москва)
К.Ю. Ретюнский (Екатеринбург)
В.Н. Ощепков (Севастополь)
Л.И. Рейхерт (Тюмень)
Л.Н. Руднева (Тюмень)
Е.Г. Скрыбин (Тюмень)
Н.В. Солдаткина (Ростов-на-Дону)
Н.Н. Спадерова (Тюмень)
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

Журнал включен в:

1. **Российский индекс
научного цитирования
(РИНЦ)**
2. **EBSCO**

Учредитель и издатель:
ООО «М-центр»
г. Тюмень, ул. Шиллера, 34-1-10

16+

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский
университет» Минздрава России

МАТЕРИАЛЫ

Научно-практической конференции
с международным участием

«Сибирская школа превентивной суицидологии и девиантологии. Весенняя сессия»

22 апреля 2022 г., г. Тюмень

Под редакцией проф. П.Б. Зотова

Часть I

Содержание

- Н.Д. Антонова, А.В. Голенков*
Освещение случаев убийств и самоубийств в
региональных средствах массовой информации . 3
- Е.Г. Скрыбин, П.Б. Зотов, М.А. Аксельров*
Переломы костей скелета у подростков,
совершивших суицидальные действия 8
- А.В. Филоненко, А.В. Голенков, В.А. Филоненко*
Пакт о самоубийстве 10
- Э.С. Мехтеев*
Личностно-психологические факторы риска
суицидального поведения у военнослужащих 14
- Б.Ю. Приленский, А.В. Приленская,
А.Г. Бухна, Р.И. Канбекова*
Суициды и состояние изменённого сознания 20

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: 22.04.2022 г.

Заказ № 92

Тираж 1000 экз

Цена свободная

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

Отпечатан с готового набора
в издательстве «Вектор Бук»

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

Содержание

<i>Е.Ю. Сидорова, Э.А. Ахметова, З.Ш. Ашуров, А.Р. Асадуллин, Р.Ф. Насырова, И.С. Ефремов</i> Генетические ассоциации полиморфных вариантов генов MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) с формами суицидального поведения у пациентов с алкогольной зависимостью	23
<i>Е.Б. Любов, А.В. Сахаров, П.К. Яхьяева, Е.М. Крюкова, Е.Ю. Антохин, Т.М. Волостнова, О.А. Обьедкова, С.В. Паляева</i> Клинико-эпидемиологическое исследование больных резистентной депрессией с суицидальным риском: предварительные результаты	30
<i>С.В. Давидовский, С.А. Игумнов, Д.Д. Костюк</i> Социально-демографические и индивидуально- психологические особенности лиц, мотивированных к совершению суицида	34
<i>П.Б. Зотов, А.А. Калашников, Е.Г. Скрябин, В.А. Шидин, Н.Н. Снадерова</i> Самопорезы и раны у погибших от суицида (ретроспективный анализ)	38
<i>М.С. Хохлов, М.С. Уманский</i> Основные показатели наркологической ситуации в Тюменской области в 2017-2021 гг.	43
<i>Ю.Е. Разводовский</i> Фосфатидилэтано́л как перспективный биохимический маркер алкоголизма	48
<i>А.В. Приленская, Б.Ю. Приленский, А.Г. Бухна, Р.И. Канбекова</i> Нереальная реальность стройности	53



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.

УДК 616.89-008

ОСВЕЩЕНИЕ СЛУЧАЕВ УБИЙСТВ И САМОУБИЙСТВ В РЕГИОНАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ

Н.Д. Антонова, А.В. Голенков

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

Если число случаев убийств, освещенных в республиканских средствах массовой информации, практически совпадает с реальной распространенностью этого вида преступлений в регионе, то самоубийства в репортажах занимают весьма скромное место. Не исключено, что это связано с рекомендациями Роспотребнадзора Российской Федерации по ограничению информации о таких происшествиях в целях профилактики суицидального поведения, поданных читателю эмоционально нейтрально, сдержанно, этично, без излишних подробностей. Отсутствие описания психических расстройств, отрицание их связи с агрессией и суицидом, возможно, отражает профессиональные предубеждения к психиатрии и свидетельствует о не высокой психиатрической грамотности журналистов.

Ключевые слова: убийство; самоубийство; психические расстройства, средства массовой информации

Смертность от убийств и самоубийств является одной из важных причин гибели трудоспособного населения. Лишение жизни человека всегда было ужасным, чудовищным и непростительным поступком. В средствах массовой информации (СМИ) часто освещаются такие случаи деструктивного девиантного поведения в связи с их необычностью, сенсационным характером произошедшего, повышенным спросом целевой аудитории по данной тематике. Но повышенный интерес и злободневность этих информационных поводов может способствовать романтизации криминального образа жизни, а также суицидального поведения.

Целью исследования являлся анализ освещения случаев убийств и самоубийств в

новостных заметках и репортажах региональных электронных СМИ в Чувашской Республике.

Анализировали случаи убийств и самоубийств, взятые из репортажей региональных электронных СМИ в 2021 г. В Интернете проводился поиск новостей и статей отдельно по каждой категории (убийства, самоубийства) по комбинации слов, введенных в строку запроса: «убийства Чувашия», «самоубийства Чувашия», «суицид Чувашия» и т.д. По каждому отдельному случаю информация дополнялась сведениями из других сообщений в сети, Следственного комитета по этим случаям. Всего было включено в исследование 40 случаев убийств, 11 – завершенных суицидов. При сборе учитывались социально - демографические показатели (возраст, пол убийц / самоубийц, месяц совершения, способ совершения, факт алкогольного и др. опьянения на момент совершения, наличие психических расстройств (ПР). Также был произведен анализ сообщений из СМИ по тематике, пользующиеся популярностью у корреспондентов, особенности подачи информации по этим происшествиям.

90% (36) всех убийц составляли мужчины, 10% (4) – женщины. Среди жертв чаще оказывались мужчины – в 57,5% случаев (23), женщины – в 42,5% (17). Средний возраст убийц составил 48,6 года, у мужчин – 48,2, у женщин – 54. Самой старшей жертвой являлся человек 86 лет, а самой младшей – три года; средний возраст жертв – 50,4 года (у мужчин – 52,2, у женщин – 48,3).

Убийства в состоянии алкогольного опьянения были совершены в 82,5% случаев (33). В качестве средства совершения убийства использовалось холодное оружие в 60% случаев (24), побои – 20% (8), огнестрельное оружие и удушение – по 5% (2), прочие орудия – 10% (4).

Все случаи относились к преступлениям на бытовой почве, в результате ссоры на фоне алкогольного опьянения, ревности или личной неприязни. Из всех найденных нами убийств только одно было спланировано (умышленное убийство). Наличие психической патологии у убийц не указывалось.

Среди жертв-мужчин чаще оказывались родственники (отец, брат) преступника – 47,8% (11), знакомые – 39% (9), жертва являлась супругом в 8,7% случаев (2), а незнакомым человеком – в 4,3% (1). Чаще жертвами-женщинами оказывались знакомые – 52,9% (9), родственники (мать, дочь) и супруги – в 23,5% случаев каждый (4 и 4).

Среди самоубийц около 73% (8) составили мужчины, 27% (3) – женщины. Самый молодой суицидент был в возрасте 11 лет, самый возрастной – в 71; средний возраст составил 29 лет (среди мужчин – 34, среди женщин – 16 лет). Предпочтительным способом совершения суицида оказалось падение с высоты – 90% (10), огнестрельное оружие – 10% (1). Ни в одной новости не было указания на наличие ПР у суицидента.

СМИ являются неотъемлемой частью нашей повседневной жизни. Бумажные газеты, журналы, различные интернет-издания и просто новостные ленты в социальных сетях – все это огромное множество источников информации, которые обязательно присутствуют в жизни каждого человека. Нередко мы начинаем свой день не с пресловутой «чашки кофе», а именно с того, что, проснувшись, берем в руки свой смартфон и заходим в соцсети, чтобы получить свежую, актуальную информацию о том, что творится в родном городе, стране, мире. В этот информационный век данные, сведения, получаемые извне, формируют нас как личность, могут влиять на наше эмоциональное состояние, поведение, жизненные установки. Из этого вытекает необходимость возложения ответственности за информацию, подающуюся нам через СМИ.

Различные преступления часто становятся «повестками дня» в множестве СМИ. Так, в Чувашии, почти все убийства совершаются на бытовой почве, зачастую в состоянии алкогольного опьянения. Однако за последние годы, по данным УМВД республики, частота совершения убийств снижается в связи с сокращением частоты злоупотребления алкоголем (количество убийств за год снизилось с 44 (2020 г.) до 42 (2021 г.)) [1]. В ходе нашей работы было выявлено, что практически все случаи таких преступ-

лений (40) были отражены в репортажах местных СМИ.

Отсутствие ПР у убийц сомнительно, о чем свидетельствуют наши исследования, согласно которым около 50% убийц (46,7%) имеют ту или иную психическую патологию (по критериям МКБ-10), а признаются невменяемыми на судебно-психиатрической экспертизе – 10% [2]. ПР тесно коррелируют с уровнем преступности в регионе, включая тяжкие деликты [3].

Самоубийства также – одна из частых причин смертности среди населения. Так, за 2021 г. в Российской Федерации количество самоубийств составило 31,0 человек на 100 тыс. населения. Самоубийства часто уносят жизни трудоспособного населения нашей страны, что сказывается не только на демографических показателях, но и на общественной и экономической жизни. Множество ученых, психологов, педагогов, врачей уже долгое время пытается найти причинно-следственные связи при совершении самоубийств для разработки методов их профилактики. Они тесно коррелируют с ПР, поэтому эффективное и своевременное их лечение способствует предупреждению самоубийств [3].

Многочисленные исследования показали влияние сообщений СМИ, телевизионных репортажей на рост случаев самоубийств. В профессиональной литературе давно существует такой термин, как «синдром Вертера» по имени главного героя повести И. Гете, который в своем произведении подробно описал способ самоубийства героя из-за несчастной любви, что, в свою очередь породило целую волну случаев суицида среди юношей тем же способом. Так, активное обсуждение в СМИ и социальных сетях случая самоубийства среди двух девочек-подростков, произошедшее 7 февраля 2012 г. в Подмоскovie, привело к возникновению еще 13 случаев самоубийств до конца февраля того же года [4].

Отдельное место занимает освещение самоубийств онкобольными. Так, новость в СМИ о суициде известного контр-адмирала В.М. Апанасенко, который страдал хроническим болевым синдромом вследствие он-

кологии, создала общественный резонанс по поводу обеспечения тяжелобольных адекватным обезболиванием. В результате, были внесены изменения в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» (Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 31.12.2014 N501-ФЗ), упрощающие отпуск наркотических анальгетиков тяжелобольным пациентам. На этом примере можно отметить положительное влияние освещения случая самоубийств на решения важной проблемы в сфере законодательства российского здравоохранения.

Большой общественный резонанс по делу самоубийств девочек-подростков в 2012 г. стал толчком к внесению поправок в ФЗ №149 «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», повлиявшие на распространение информации в СМИ и сети Интернет о способах совершения самоубийств и о призывах к самоубийствам [5]. Согласно пп. «в», п. 5, ст. 15.1 ФЗ №149, основанием для включения Интернет-ресурса в «Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в сети «Интернет» и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в сети «Интернет», содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено» является *«информация о способах совершения самоубийства, а также призывов к совершению самоубийства»* [5]. В свою очередь, Роспотребнадзор в межведомственном приказе Роскомнадзора N 1022, ФСКН РФ N 368, Роспотребнадзора N 666 от 11.09.2013 (ныне утратил силу), разработал и описал критерии оценки информации о способах совершения самоубийства, а также призывов к совершению самоубийства, необходимые для принятия решений, являющихся основаниями для включения доменных имен и (или) указателей страниц сайтов в сети «Интернет», а также сетевых адресов в Единый реестр. Одним из таких критериев является: «наличие информации об одном и более способах совершения самоубийства; описания (демонстрации), в том числе текст, изображение или

иная информация (материалы) (в том числе с использованием аудио- и видеосредств на рассматриваемой странице сайта в сети «Интернет»), процессов, процедур, изображающих (воспроизводящих) любую последовательность действий, и (или) возможных результатов (последствий) совершения самоубийства, средств и (или) мест для совершения самоубийства в контексте рассматриваемого на странице в сети «Интернет» способа самоубийства» [6]. Однако данные Критерии вызвали неоднозначную реакцию в обществе. Часть СМИ, после выхода данных критериев, соблюдала эти правила описания случаев самоубийств: так, интернет-издание «Медиазона» в своих новостях на данную тематику стала заменять слова «самоубийство», «суицид» на «[Роскомнадзор]». Но до сих пор в большей части СМИ продолжают публикации традиционных новостных заметок на тему суицида в связи с выборочным вынесением предупреждений самим Роскомнадзором в адрес разных СМИ [4].

В 2016 г. Общественным советом при федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (протокол заседания N 1 от 27 июня 2016 г.) были разработаны рекомендации по распространению в СМИ информации о случаях самоубийств. Так, согласно данным рекомендациям, при освещении случаев суицидов стоит избегать: помещения репортажей о суициде на первой полосе печатного издания или главной странице Интернет-издания; в изложении материала сенсационности и излишней эмоциональности, а также шуточного, ироничного, пренебрежительного тона для обесценивания или унижения действий погибшего; использования изображения (фотографии) жертвы, его (ее) близких, предсмертных записок самоубийц, а также детального описания способа, места суицидальных действий, средства совершения самоубийства; в конце интернет-публикации на тему суицида или попытки суицида размещать подборку статей схожей тематики. В свою очередь, рекомендуется: ограничивать информацию о происшествии общими данными, избегая по-

дробностей о личности суицидента, описания его отличительных черт, сообщения должны быть краткими; помещать данные сообщения в разделе «Происшествия»; вместо слов «суицид» и «самоубийство» в заголовках статей и репортажей, а также терминов «суицидент», «самоубийца», «совершивший самоубийство» рекомендуется применять словосочетания «умерший вследствие самоубийства», «смерть в результате самоубийства» (эмоционально нейтральные термины) [7]. С одной стороны, данная эмоциональная нейтральность, сдержанность, этичность, отсутствие подробных описаний способов самоубийств, романтизация, выставление в «геройском свете» способствуют профилактике суицидального поведения путем понимания самоубийств как предотвратимой причины смерти. С другой стороны, отсутствие описания проблем, которые могли привести или привели к данному исходу как бы «замалчиваются», несмотря на тот факт, что освещение именно таких проблем, создание общественного резонанса могло бы так же способствовать профилактике суицидального поведения среди населения.

Большая доля самоубийств путем прыжков (падений) с высоты свидетельствует, что это довольно распространенный способ самоубийств в некоторых странах (городов) мира (Сингапур, Гонконг, Минск). В России он встречается в 2,2% случаев, намного чаще у больных с психозами, у молодых людей и представителей женского пола [8]. Отсутствие описания ПР в репортажах республиканских СМИ, отрицание их связи с агрессией и суицидом, возможно, отражает профессиональные предубеждения к психиатрии и свидетельствует о не высокой психиатрической грамотности журналистов [9].

Количество убийств, освещенных в региональных СМИ, практически совпадает с количеством реально совершенных убийств, по данным УМВД Чувашии. Анализируя данные сообщения по самоубийствам, выяснилось, что при описании каждого случая использовалась стилистически эмоционально нейтральная, общеупотребительная лексика, в тексте сообщений не были включены

такие слова, как «самоубийство», «суицид», «суицидент», «совершивший самоубийство», «самоубийца», также эти слова не фигурировали в заголовках. К данным новостям не были прикреплены фото- и видеоматериалы с мест происшествий, не было подробных описаний способов совершения суицида. Все эти факты указывают на соблюдение рекомендаций Роспотребнадзора Российской Федерации по распространению информации в СМИ о случаях самоубийств. Однако, по данным Чувашстата, общее количество самоубийств в республике за год составило 68 случаев, что рознится с количеством случаев, освещенных в СМИ [10].

Случаи ауто- и деструктивного поведения, их освещение в СМИ влияет на жизнь общества. Так, новости о самоубийствах могут породить волну подражательных самоубийств среди населения. Однако, такие информационные поводы периодически способствуют развитию общественного резонанса вокруг социально значимых проблем, решив которые, можно предотвратить суицидальное поведение отдельных групп населения.

В свою очередь, высокий спрос на новости об убийствах, бытовых преступлениях также могут создавать подражательный эффект путем романтизации криминального поведения. Стилистически нейтральное, краткое описание данных репортажей и заметок может способствовать более рациональному их восприятию, не создавая эффект «психологического заражения» среди целевой аудитории.

Литература:

1. Министр внутренних дел Виктор Шметков выступил с отчетом о деятельности ведомства на заседании Государственного Совета Чувашской Республики 25.03.2022 / Министерство внутренних дел по Чувашской Республике. URL: https://21.мвд.рф/activity/otchet/Otchet_ministra_vnutrennih_del_respublik/item/29256826/
2. Golenkov A., Large M., Nielsens O., Tsymbalova A. Homicide and mental disorder in a region with a high homicide rate. *Asian J. Psychiatry*. 2016; 23: 87-92. DOI: 10.1016/j.ajp.2016.07.015.
3. Голенков А.В. Психические расстройства как медико-социальная проблема (региональный аспект): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1998. 39 с.
4. Суходолов А.П., Бычкова А.М. Освещение суицидальной тематики в средствах массовой информации в свете правовых ограничений и социальной значимости проблемы. *Вопросы теории и практики журналистики*. 2016; 5 (4): 588-606. DOI: 10.17150/2308-6203.2016.5(4).588-606

5. Федеральный закон «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» от 27.07.2006 N 149-ФЗ (последняя редакция). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс» (дата обращения: 08.04.2022).
6. Приказ Роскомнадзора N 1022, ФСКН РФ N 368, Роспотребнадзора N 666 от 11.09.2013 (утратил силу). Доступ из справ.-правовой системы «КонтурНорматив» (дата обращения: 08.04.2022).
7. Рекомендации по распространению в СМИ информации о случаях самоубийства. Доступ из электронного фонда правовых и нормативно-правовых документов Консорциума «Кодекс» (дата обращения: 08.04.2022).
8. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Скрябин Е.Г., Аксельров М.А., Бухна А.Г. Суицидальные прыжки с высоты. Часть I: распространённость, факторы риска и классификация. *Суицидология*. 2021; 12 (2): 59-90.
9. Голенков А.В. Общественные предубеждения к психиатрии в Чувашии. *Психическое здоровье*. 2010; 8 (4-47): 42-46.
10. Смертность по основным классам причин смерти / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Чувашской республике [сайт]. URL: [https://chuvash.gks.ru/storage/mediabank/Смертность%20по%20основным%20классам%20причин%20смерти\(1\).xls](https://chuvash.gks.ru/storage/mediabank/Смертность%20по%20основным%20классам%20причин%20смерти(1).xls).

COVERAGE OF HOMICIDES AND SUICIDES IN THE REGIONAL MEDIA

N.D. Antonova, A.V. Golencov

I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary

If the number of cases of homicides covered in the republican mass media practically coincides with the real prevalence of this type of crime in the region, then suicides occupy a very modest place in the reports. It is possible that this is due to the recommendations of the Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare of the Russian Federation to limit information about such incidents in order to prevent suicidal behavior, presented to the reader in an emotionally neutral, restrained, ethical manner, without unnecessary details. The absence of a description of mental disorders, the denial of their connection with aggression and suicide, perhaps reflects professional prejudices towards psychiatry and indicates the low psychiatric literacy of journalists.

Keywords: homicide; suicide, mental disorders, media

Информация об авторах:

Антонова Нина Дмитриевна – ординатор кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии (ORCID iD: 0000-0001-7187-8185). Место учебы: ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им И.Н. Ульянова». Адрес: г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Электронная почта: nina219617@gmail.com

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; Researcher ID: C-4806-2019; ORCID ID: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Электронная почта: golenkovav@inbox.ru

Для цитирования: Антонова Н.Д., Голенков А.В. Освещение случаев убийств и самоубийств в региональных средствах массовой информации. *Академический журнал Западной Сибири*. 2022; 18 (1): 3-7. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-3-7

УДК 616.89-008

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА У ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Е.Г. Скрябин^{1,2}, П.Б. Зотов¹, М.А. Аксельров^{1,2}

¹Тюменской государственной медицинской университет, г. Тюмень

²Областная клиническая больница № 2, г. Тюмень

Проведён анализ 13 клинических случаев диагностики и лечения множественных и сочетанных повреждений костей скелета после совершения подростками 14-17 лет суицидальных действий путём прыжка с высоты 4-12 этажей. В ходе исследования установлены частота и локализация повреждений костной системы, тяжесть полученных повреждений, приведены использованные методы лечения. Ни в одном из клинических случаев врачом-психиатром не было выставлено диагноза, требующего лечения в условиях специализированного стационара.

Ключевые слова: подростки, переломы костей скелета, суицидальные действия

Переломы длинных трубчатых костей скелета, позвоночника и таза, получаемые подростками, как правило, относятся к категории тяжёлых видов травматических повреждений [1]. В клинических случаях, сопряженных с суицидальными действиями, ситуации всегда приобретают еще более трагический характер [2]. В медицинской литературе последних лет различные аспекты экстренной травматологии у подростков, связанные с суицидальными действиями, представлены единичными публикациями и касаются они, преимущественно, мягкотканых повреждений – резаных ран туловища и сегментов конечностей [3]. Медицинские проблемы, сопряженные с множественными и сочетанными переломами костей скелета, травмами внутренних органов и головного мозга в научных публикациях отечествен-

ных авторов обсуждаются в единичных случаях.

Цель. Провести всесторонний анализ собственных клинических наблюдений, при которых подростки получали переломы костей скелета в момент совершения ими суицидальных попыток путём прыжка с высоты.

Материал и методы.

Располагаем 12-летним (2010-2021 года) опытом динамического наблюдения и лечения 13 подростков в возрасте 14-17 лет, получивших множественную и сочетанную травму костной системы, внутренних органов и головного мозга при совершении ими суицидальных действий. Юношей среди пострадавших было 5 (38,46%) человек, девушек – 8 (61,54%) пациенток.

Для постановки клинического диагноза использовали традиционные для экстренной травматологии методы исследования: сбор жалоб и анамнеза, клиническое исследование с привлечением смежных специалистов (нейрохирурга, хирурга, анестезиолога-реаниматолога), лучевую диагностику. Объем лучевого исследования состоял в проведении обзорной рентгенографии травмированного отдела позвоночника и сегментов конечностей (n=13), компьютерной томографии в режиме «политравма» (n=13), магнитно-резонансной томографии позвоночника и головного мозга (n=13), ультразвукового исследования органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза (n=13).

Совокупную тяжесть полученных детьми травм вычисляли, руководствуясь критериями общепринятой для этих целей шкалы ISS (Injury Severity Score) [4]. Характер переломов тел позвонков устанавливали, руководствуясь классификацией AO/ASIF [5]. После стабилизации травматологического и общесоматического статусов все травмированные подростки были консультированы психиатром.

Результаты и обсуждение.

Во всех 13 клинических наблюдениях, для совершения суицидальных действий, пациентами был выбран прыжок с высоты – кататравма. Именно этот способ в отличие, например, от самопорезов, принято считать одним из самых агрессивных и эффектив-

ных решений достижения цели суицида [6]. Все подростки совершала прыжок или из окон этажей, или с крыш зданий. Высота совершения прыжка при этом соответствовала 4-12 этажам. Мотивы, как удалось установить в последствие, были различными: от унижений и связанных с этим переживаний, со стороны сверстников, до будущих, ещё не случившихся, но возможных конфликтов с родителями.

После того, как пациенты доставлялись в приемно-диагностическое отделение крупной многопрофильной больницы, на базе которой функционирует травматолого-ортопедический центр I уровня, им проводился весь необходимый диагностический комплекс исследований, соответствующий общепринятым стандартам. Чаще всего – у 10 (76,9%) из 13 подростков – были диагностированы компрессионные и оскольчатые переломы тел позвонков различной локализации. В общей сложности у этих 10 пациентов было травмировано 52 позвонка, т.е. в среднем один травмированный подросток ломал более 5 позвонков. Чаще других диагностирована компрессия позвонка L₁ (n=8), реже всего – по 1 клиническому наблюдению – были сломаны позвонки Th_I, Th_{II}, Th_{III}, Th_{VIII}. Ни в одном из эпизодов падений не было установлено переломов позвонков C_I-C_{VI}. В 44 (84,61%) клинических наблюдениях компрессия тел позвонков соответствовала типу А, в 8 (15,39%) – типу В по классификации AO/ASIF. В 9 (17,3%) случаях сломанные позвонки потребовали проведения оперативного лечения с целью профилактики в будущем симптомов неврологической или механической нестабильности: пациентам выполнялся комбинированный спондилодез с использованием современных технологий [7].

На втором месте по частоте переломов, после травм позвонков, «находились» фрактуры пяточных костей: у 7 (53,84%) пациентов было сломано девять calcaneus. Установленный факт преобладания переломов позвонков и пяточных костей в исследуемой группе пациентов является закономерным: при прыжке с высоты суициденты приземляются на стопы, травмируя при этом пятки,

затем, в силу инерционных сил, резко сгибают туловище и компремируют тела позвонков. Третье ранговое место по частоте повреждений «заняли» кости черепа и головной мозг – 6 (46,15%) пострадавших. В структуре черепно-мозговой травмы преобладали сотрясения головного мозга – 4 (66,66%) случая из 6 эпизодов травмы черепа.

Кроме перечисленных выше локализаций травматических повреждений у пациентов исследуемой группы были диагностированы: переломы бедренной кости (30,76% клинических наблюдений), переломы костей голени (23,07%), вывихи костей стоп, переломы плюсневых костей, переломы ребер, переломы костей предплечий (по 15,38%), переломы ключицы, переломы лопатки, переломы грудины (по 7,69% случаев). Переломы трубчатых костей у всех пациентов были прооперированы методом интрамедуллярного остеосинтеза. Переломы губчатых костей (лопатки и грудины), а также ребер лечились консервативно. Вывихи костей стоп, после их вправления, были иммобилизованы гипсовыми повязками. Проведенный анализ переломов костей скелета, в общем, соответствует характеру и тяжести повреждений, которые дети и подростки получают при политравме [8].

Из повреждений внутренних органов чаще всего были диагностированы пневмоторакс (23,07% случаев) и подкапсульный разрыв селезенки (15,38% клинических наблюдений). Указанные повреждения «потребовали» проведения пострадавшим торакоскопии и лапароскопии соответственно.

Травматический шок I-II степени тяжести был диагностирован более чем у половины травмировавшихся подростков – у 7 (53,84%) из 13 человек. Установление травматического шока потребовала госпитализации подростков в реанимационное отделение.

Учитывая тот факт, что все 13 пациентов исследуемой когорты имели либо множественную, либо сочетанную травму, для установления ее тяжести использовали шкалу ISS. Применяв критерии этой шкалы, выяснили, что до 19 баллов «набрали» 2 (15,38%) подростка, 20-34 балла – 11

(84,62%) человек. Ни в одном из клинических наблюдений не было зарегистрировано баллов более 35. На основании проведенного анализа констатировали, что у большей части пострадавших – 11 человек - политравма соответствовала средней степени тяжести.

Средний койко-день нахождения в стационаре 13 подростков исследуемой группы составил 19 дней. За этот период не было зарегистрировано осложнений, связанных с лечением переломов костей скелета. Ни один из пострадавших не высказывал суицидальных мыслей, все подростки высказывали сожаление о случившемся с ними. По мере стабилизации состояния, в том числе и психологического характера, все 13 пациентов в присутствии их родителей были консультированы врачом-психиатром, который выставил диагноз: «Депрессивный синдром у личности с тревожно-мнительными чертами характера. Суицидальная попытка. Критический выход». Код по МКБ-10: F32.11. Ни в одном из клинических случаев не было выставлено диагноза, требующего лечения в условиях психиатрического стационара.

При выписке подростков на амбулаторное лечение, кроме рекомендаций травматологического характера, всем пациентам было настоятельно рекомендовано обратиться за консультативной помощью к психологу специализированного городского психоневрологического диспансера.

Выводы.

1. За 12-летний период (2010-2021 года) 13 подростков в возрасте 14-17 лет совершили суицидальные действия, путем прыжка с высоты 4-12 этажей. При этом выжили, но получили множественные и сочетанные травмы.

2. В структуре суицидальной травмы преобладают компрессионные и оскольчатые переломы позвонков – в 76,92% случаев. В общей сложности было диагностировано 52 компремированных позвонка. Чаще других диагностирована компрессия позвонка L₁. Девять (17,3%) сломанных позвонков потребовали проведения оперативного лечения.

3. Из повреждений внутренних органов чаще всего были диагностированы сотрясе-

ния головного мозга (66,66%), пневмоторакс (23,07%) и подкапсульный разрыв селезенки (15,38%).

4. У большей части пострадавших – 11 (84,61%) человек – политравма соответствовала средней степени тяжести.

5. Средний койко-день пребывания пострадавших в реанимационном и травматологическом отделениях составил 19 дней.

6. Врач-психиатр, после консультации пострадавших, ни в одном из 13 клинических случаев не выставил диагноза, требующего лечения в условиях психиатрического стационара.

Литература:

1. Golshteyn G., Katsman A. Pediatric Trauma. *Clin Podiatr Med Surg.* 2022; 39 (1): 57-71. DOI: 10.1016/j.cpm.2021.08.001
2. Sool R., Kolves K., De Leo D. Suicide in Children: A Systematic Review. *Arch Suicide Res.* 2015; 19 (3): 285-304. DOI: 10.1080/13811118.2014.996694
3. Скрыбин Е.Г., Зотов П.Б., Аксельров М.А., Рейхерт Л.И., Спадерова Н.Н., Бухна А.Г. Преднамеренные самоповреждения с суицидальной и несуйцидальной целью. Глава 12 в кн.: «Суицидальные и несуйцидальные самоповреждения подростков» (под ред. проф. П.Б. Зотова). Тюмень: Вектор Бук, 2021. С. 262-285.
4. Baker S.P., O'Neill B., Haddon W., Long W.B. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *Trauma.* 1974; 14 (3): 187-196. DOI: 10.1097/00005373-197403000-00001
5. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Скрыбин Е.Г., Аксельров М.А., Бухна А.Г. Суицидальные прыжки с высоты. Часть I: распространенность, факторы риска, классификация. *Суицидология.* 2021; 12 (2): 59-90.
6. Magerl F., Aebi M., Gertzbein S.D., Harms J., Nazarian S. A comprehensive classification of thoracic and lumbar injuries. *Eur Spine J.* 1994; 3 (4): 184-201.
7. Ваккаро А.Р., Барон И.М. Хирургия позвоночника. Оперативная техника: Издательство Панфилова, 2015. 422с.
8. Скрыбин Е.Г., Буксеев А.Н., Зотов П.Б., Курмангулов А.А., Аксельров М.А. Повреждения позвоночника у пациентов детского возраста с множественной и сочетанной травмой. *Политравма.* 2022; 1: 38-46. DOI: 10.24412/1819-1495-2022-1-38-46

FRACTURES OF THE BONES OF THE SKELETON IN ADOLESCENTS, COMMITTED SUICIDAL ACTION

E.G. Skryabin^{1,2}, P.B. Zotov², M.A. Akselrov^{1,2}

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

²Regional Clinical Hospital № 2, Tyumen, Russia

An analysis of 13 clinical cases of diagnosis and treatment of multiple and combined damage to the skeleton bones after adolescents of 14-17 years of suicidal action by jumping from a height of 4-12 floors. In the course of the study, the frequency and localization of the damage to the bone system, the severity of the damage obtained were established, the methods of

treatment were presented. None of the clinical cases in a psychiatrist did not exhibit a diagnosis requiring treatment under a specialized hospital.

Keywords: adolescents, fractures of skeleton bones, suicidal actions

Сведения об авторах:

Скрыбин Евгений Геннадьевич – д.м.н. (SPIN-код: 4125-9422; Researcher ID: J-1627-2018; ORCID iD: 0000-0002-4128-6127). Место работы и должность: врач травматолого-ортопедического отделения детского стационара ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2». Адрес: 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75; профессор кафедры травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронная почта: skryabineg@mail.ru

Зотов Павел Борисович – д.м.н., профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии». Адрес: 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1, оф. 102. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронная почта (корпоративный): note72@yandex.ru

Аксельров Михаил Александрович – д.м.н., доцент (SPIN-код: 3127-9804; ORCID iD: 0000-0001-6814-8894). Место работы и должность: заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; заведующий детским хирургическим отделением №1 ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2». Адрес: 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75. Электронная почта: akselrov@mail.ru

Для цитирования: Скрыбин Е.Г., Зотов П.Б., Аксельров М.А. Переломы костей скелета у подростков, совершивших суицидальные действия. *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (1): 7-10. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-7-10

УДК 616.89-008

ПАКТ О САМОУБИЙСТВЕ

А.В. Филоненко, А.В. Голенков,
В.А. Филоненко

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

Суицидальная договоренность обычно относится к одновременному самоубийству двух или более близких людей по схожим мотивам. Целью работы явилось обобщение сведений литературы о «суицидальных пактах» (двойном суициде). Социальная изоляция партнеров, серьезные проблемы со здоровьем одного или обоих

являются ответственными предикторами риска суицидального договора (пакта) пары. Психологическая аутопсия, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы, как и следственные действия могут способствовать более надежной квалификации случаев пактов о самоубийстве (убийств-самоубийств). Проблема заслуживает серьезного обсуждения и глубокого изучения, разработки стратегии предотвращения.

Ключевые слова: пакт о самоубийстве, двойной суицид, убийство-самоубийство

Когда два человека совершают самоубийство по взаимному согласию в одно и то же время и в одном и том же месте, это называется диадической смертью (двойным суицидом – double suicides). В подавляющем большинстве случаев люди, совершающие самоубийство, совершают это в одиночку. В исключительных случаях самоубийства могут быть совершены по обоюдному согласию двух или более человек. Это так называемые пакты о самоубийстве (suicide pacts). Мотивы и методы исполнения этих деяний разнообразны [1]. Необычный вариант диадической смерти – это сочетание филицида с самоубийством матери в состоянии послеродовой депрессии [2]. Обсуждение различных аспектов пактов о самоубийстве представляется нам весьма актуальным.

Цель – обобщение сведений литературы о «суицидальных пактах» и предполагаемой стратегии их предотвращения.

Обычно пакты о самоубийстве заключаются в контексте семейной жизни и составляют незначительную часть общего уровня самоубийств. M. Liem и соавт. констатируют, что уровень такого рода самоубийств в год составляет 0,06 на 100 000 человек в Англии и Уэльсе, 0,11 – в Австралии, 0,38 – в Японии, 0,07 – в Новой Зеландии и 0,21 – в Соединенных Штатах [3]. На долю этого события приходится менее 1% от общего числа самоубийств [4].

По сведениям M.A. Mamun, социальная изоляция, пребывающих в браке супругов, серьезные проблемы со здоровьем одного или обоих партнеров являются ответственными предикторами риска суицидального пакта пары. Сложности добрых отношений, невозможность иметь детей, финансо-

вые трудности также могут быть причинами самоубийства. Для детских суицидов существуют два аспекта, ведущих к трагедии. Во-первых, это мотивационные причины (альтруизм, острый психоз, нежеланный ребенок, случайность и месть супруга). Во-вторых, это побудительный момент происхождения намерения (избиение матерей, психически больные матери, мстительность матерей, третирование детей и убийство из милосердия). Такие проблемы, как частые депрессии, психозы и суицидальное поведение, предшествующее лечению психических расстройств, наряду с хроническими физическими страданиями, нездоровой семейной средой, состоящей из насилия, жестокого обращения, усугубляют частоту детских самоубийств [5].

Большинство жертв пакта о самоубийстве – супружеские пары, с наличием у одного или обоих партнеров серьезного физического заболевания. Пандемия COVID-19 внесла свой вклад в распространенность совместного суицида. Причины, лежащие в основе пактов о самоубийствах, связанных с COVID-19, включают страх заражения, финансовые проблемы, социальный бойкот со стороны окружающих, невозможность вернуться домой из-за границы. Случай триадного суицида, описанный M.A. Mamun и соавт., связан с неразрешенным спором, обусловленным проблемами онлайн - обучения, вызванным карантином COVID-19 и политикой пространственного дистанцирования в семье между матерью с сыном и отцом [6].

По мнению S. Sarkar и соавт., в большинстве пактов о самоубийстве два человека заключают договор, чтобы покончить с собой и делают это, чтобы избежать разлуки друг с другом из-за любви и близости между собой. В описанном авторами случае люди, заключившие пакт, сделали это, чтобы избежать социального унижения. Кроме того, этот случай предполагает, что многие дети вступают в договор импульсивно покончить с собой, не понимая последствий. Самоубийства по договору связаны с бесплодными парами, разочарованными любовниками, незамужними сестрами, разочарованными

людьми или женщинами на склоне лет, которые заканчивают свою жизнь и жизнь своих детей из-за семейных обстоятельств или финансовых трудностей [7].

Жертвы пакта о самоубийстве часто выбирают такие методы, как повешение, отравление, применение огнестрельного оружия, прыжки с высоты. С. Behera и соавт. описывают случай самоубийства в результате утопления, когда мужчина и женщина, оба молодые люди, состоящие в отношениях приёмного «брата по расчету», были найдены утонувшими в реке. Жертвы были связаны вместе за запястья, что помогло авторам сделать вывод, что это был договор о самоубийстве. В этой работе также обсуждается судебно-медицинское значение связывания запястий в случаях утопления [8].

I.M. Hunt и соавт. описали контингент психиатрических пациентов, окончивших жизнь в результате суицидального пакта. Авторы изучили социальные и клинические характеристики случаев пакта в Англии и Уэльсе, используя выборку национального клинического обследования людей, которые ушли в результате пакта о самоубийстве и недавно (менее 12 месяцев) обращались в службы охраны психического здоровья. За период исследования (1996-2005 гг.) было зарегистрировано 278 случаев самоубийства, которые умерли в результате пакта, 77 (28%) из которых были под наблюдением. Наиболее распространенной причиной смерти в целом было отравление угарным газом, но те, кто контактировал со службами, с большей вероятностью использовали более жестокие методы по сравнению с другими жертвами пакта. Почти половина (47%) страдали аффективным расстройством, а 68% ранее наносили себе вред. Более четверти (29%) умерли в течение трех месяцев после выписки из психиатрической больницы, а 36% пропустили свой последний визит к врачу. Случаи пакта с большей очевидностью, чем случаи одиночного самоубийства, имели недавние неблагоприятные жизненные события, как правило, семейные проблемы. Меры, которые могут предотвратить суицидальные пакты у пси-

хически больных, включают эффективное лечение депрессии и более пристальное наблюдение как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Осведомленность об атмосфере семейной среды может способствовать снижению риска [9].

Результаты исследования S.Y. Lee и соавт. показывают, что Твиттер (Twitter) является привлекательным местом, где люди пытаются встретиться с другими, чтобы заключить договор о самоубийстве. Предполагается, что системные администраторы могут и должны попытаться предотвратить случаи самоубийств, вызванных суицидальными договорами, заключенными через интернет [10].

Среди многочисленных постгомицидных самоубийств «пакт о самоубийстве» (suicide pact) нам встретился всего в двух случаях, причем один из них мы привели в статье [11]. Тогда была договорённость между взрослыми людьми (матерью 55 лет и её дочерью 35 лет) о совместном самоубийстве, но в результате которого погиб (был убит) ещё и ребенок 8-9 лет (внучка). В репортаже указывалось, что ребенок до последнего сопротивлялся попытке спрыгнуть вместе со своей матерью и бабушкой с крыши высотного дома и хотел остаться жить. По сведениям прессы, мать многие годы наблюдалась в психоневрологическом диспансере, поэтому мы высказали предположение об индуцированном бредовом расстройстве (либо конформном бреде) у взрослых участников этого самоубийства [11]. В интернете среди причин обсуждался семейный конфликт с семьей второго малолетнего ребенка, депрессия в послеродовом периоде. В другом случае мужчина 55 лет убил в квартире ножом и с помощью удавки свою пожилую мать (75 лет) и дядю (ее родного брата матери 74 лет), а потом сразу сам отравился газом. По мнению следствия, имел место «пакт о самоубийстве» и предположения, что убийство больных престарелых людей могло совершиться из «милосердия» («сострадания»). Мы согласны с S. Prat и соавт., что во многих случаях трудно установить, наступила ли смерть в результате сговора о самоубийстве или в результате

убийства-самоубийства без согласия потерпевшего. Объективный элемент в таких случаях – предсмертная записка и мотив необходимы для доказательства того, что речь идет о сговоре о самоубийстве [4]. В России и многих странах мира психологическая аутопсия (вскрытие) в таких случаях не проводится, а посмертная судебно-психиатрическая экспертиза не назначается. Между тем, указанные мероприятия, могли бы в ряде случаев определить наличие возможных психических расстройств у участников пакта о самоубийстве.

Сказанное подтверждается Миланским институтом судебной медицины, проанализировавшим 4596 случаев самоубийств (с 1993 по 2020 гг.). Среди них было зарегистрировано шесть пактов о самоубийстве, в которых участвовали две пары друзей, две пары супругов, одна пара любовников и одна пара однояйцевых близнецов. Огнестрельное оружие и отравления оказались наиболее распространенными методами такого самоубийства. Суицидальные записки были задокументированы в четырех случаях, в которых сообщались причины и согласие потерпевших. Суицидальные записки позволили правильно идентифицировать пакты о самоубийстве. Кроме того, они часто объясняли причины, которые оказались часто связанными либо с психическими расстройствами, либо с финансовыми проблемами. В остальных случаях отсутствие прощальных записок затрудняло судебно-медицинское расследование, особенно для установления дифференциального диагноза с убийствами-самоубийствами без явного согласия потерпевших. Одним словом, всегда требуются междисциплинарные навыки, в том числе полная судебно-медицинская аутопсия с дополнительным патологоанатомическим анализом (токсикология, гистопатология и судебно-медицинская генетика) для надежной квалификации пакта о суициде [12].

Несмотря на малую распространенность суицидов по договору (пакту), проблема заслуживает серьезного обсуждения и разработки стратегии предотвращения. Психологическая аутопсия, судебно-медицинская и

судебно-психиатрическая экспертизы [13, 14, 15], как и следственные действия могут способствовать более надежной квалификации случаев пактов о самоубийстве (убийств - самоубийств) и их накоплению для пристального изучения.

Литература:

1. Brulin-Solignac D., Le Bihan P., Bouchard J.P. Suicides avec pactes suicidaires [Suicides with suicide pacts]. *Rev. Infirm.* 2021; 70 (270): 22-23. French. DOI: 10.1016/j.revinf.2021.02.008
2. Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И., Филоненко А.В. Мотивы филицида послеродовой депрессии. *Психическое здоровье.* 2021; 3: 34-41. DOI: 10.25557/2074-014X.2021.03.34-41
3. Liem M., Barber C., Markwalder N., Killias M., Nieuwebeerta P. Homicide-suicide and other violent deaths: an international comparison. *Forensic Sci. Int.* 2011; 207 (1-3): 70-76. DOI: 10.1016/j.forsciint.2010.09.003
4. Prat S., Rérolle C., Saint-Martin P. Suicide pacts: six cases and literature review. *J. Forensic Sci.* 2013; 58 (4): 1092-1098. DOI: 10.1111/1556-4029.12056
5. Mamun M.A. The first COVID-19 triad (homicide!) - suicide pact: Do economic distress, disability, sickness, and treatment negligence matter? *Perspect. Psychiatr. Care.* 2021; 57 (3): 1528-1531. DOI: 10.1111/ppc.12686
6. Mamun M.A., Chandrima R.M., Griffiths M.D. Mother and son suicide pact due to COVID-19-related online learning issues in Bangladesh: an unusual case report. *Int. J. Ment. Health Addict.* 2020; 1-4. DOI: 10.1007/s11469-020-00362-5
7. Sarkar S., Srinivas B., Grover S. Quadruple pact suicide attempt involving a man and three adolescents. *Indian J. Psychol. Med.* 2014; 36 (4): 422-424. DOI: 10.4103/0253-7176.140736
8. Behera C., Karthik K., Singh H., Deepak P., Jhamad A.R., Bhardwaj D.N. Suicide pact by drowning with bound wrists: a case of medico-legal importance. *Med. Leg. J.* 2014; 82 (1): 29-31. DOI: 10.1177/0025817213508676
9. Hunt I.M., While D., Windfuhr K., Swinson N., Shaw J., Appleby L., Kapur N. Suicide pacts in the mentally ill: a national clinical survey. *Psychiatry Res.* 2009; 167 (1-2): 131-138. DOI: 10.1016/j.psychres.2008.05.004
10. Lee S.Y., Kwon Y. Twitter as a place where people meet to make suicide pacts. *Public Health.* 2018; 159: 21-26. DOI: 10.1016/j.puhe.2018.03.001
11. Голенков А.В., Орлов Ф.В., Булыгина И.Е., Деомидов Е.С. Постгомицидные самоубийства в России. *Суицидология.* 2019; 10 (2): 32-41. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-32-41
12. Galante N., Gentile G., Tambuzzi S., Zoja R. Suicide pacts in the Milan district (Italy): A retrospective autopsy-based study with literature review. *J. Forensic Leg. Med.* 2022 Feb; 86: 102319. DOI: 10.1016/j.jflm.2022
13. Сыроквашина К.В. «Психологическая аутопсия» при суициде: история вопроса и современное состояние. *Суицидология.* 2018; 9 (3): 80-86. DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-80-86
14. Михайлова Н.Ю., Голенков А.В. Анализ посмертных комплексных судебных психологического - психиатрических экспертиз, связанных с самоубийствами. *Девиятология.* 2020; 4 (2): 46-53. DOI: 10.32878/devi.20-4-02(7)-46-53
15. Бертовский Л.В., Глазунова И.В., Маслов И.В. Понятие и технология криминалистического распознавания самоубийства. *Суицидология.* 2019; 10 (1): 105-111. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-105-111

SUICIDE PACT

A.V. Filonenko, A.V. Golenkov, V.A. Filonenko

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

A suicidal arrangement usually refers to the simultaneous suicides of two or more loved ones for similar motives. The aim of the work was to summarize the literature on "suicide pact" (double suicide). Social isolation of partners, serious health problems of one or both are responsible predictors of the risk of a couple's suicidal pact. Psychological autopsy, full forensic autopsy with ancillary postmortem analyses and forensic psychiatric examinations, as well as investigative actions can contribute to a more reliable qualification of cases of suicide pacts (homicide-suicides). The problem deserves serious discussion and in-depth study, the development of a prevention strategy.

Key words: suicide pact, double suicide, homicide-suicide

Информация об авторах:

Филоненко Александр Валентинович – к.м.н., доцент (SPIN-код: 8545-8680; ORCID iD: 0000-0001-7236-5410). Место работы и должность: доцент кафедры педиатрии и детской хирургии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», БУ «Республиканская детская клиническая больница». Адрес: г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Электронная почта: filonenko56@mail.ru

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; Researcher ID: C-4806-2019; ORCID ID: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Электронная почта: golenkovav@inbox.ru

Филоненко Вера Александровна – главный научный сотрудник (SPIN-код: 4288-3913; ORCID iD: 0000-0003-3872-5923). Место работы и должность: отдел международного образования ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Электронная почта: filvee@mail.ru

Для цитирования: Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А. Пакт о самоубийстве. *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (1): 10-14. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-10-14

УДК 616.89-008

ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Э.С. Мехтиев

Главный Клинический госпиталь Министерства обороны Азербайджанской Республики, г. Баку, Азербайджан

Изучение личностно-психологических факторов риска суицидального поведения у военнослужащих с психическими расстройствами на основе проведенного анализа их личностных особенностей показал, что у офицерского и рядового состава имеются значительные различия. Комплексная оценка влияния клиничко-психопатологических, личностно-психологических и ситуационных факторов на риск суицидального поведения у больных с психическими расстройствами позволяет сделать вывод о том, что суицидальное поведение – это результат сложного взаимодействия всех вышеуказанных детерминант, приоритетное значение которых в каждом конкретном случае неоднозначно. Для повышения эффективности мероприятий по своевременной диагностике, дифференцированной терапии и профилактике суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами необходима разработка типологии механизмов, суицидального поведения, позволяющая выделить ведущее, системообразующее звено в сложном взаимодействии основных факторов суицидального риска: психопатологический синдром – личность – ситуация.

Ключевые слова: военнослужащие, суицидальное поведение, личностные особенности, диагностика, терапия

Аутоагрессивное поведение широко представлено в популяции. По данным исследователей, вероятность совершения подростками суицидальных действий в три и более раза превышает показатели в старших возрастных группах [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Самоубийства у лиц в возрасте до 25 лет составляют примерно 19% от общего их числа [3].

Армия является зеркальным отражением общества и его проблем. Призывники, поступающие в армейские подразделения, приносят с собой и свои медицинские и социально-психологические проблемы. По-

падая в условия жесткой регламентации поведения, включаясь в сложные отношения в системах «человек-человек», «человек - группа», «человек-машина, призывники нередко испытывают экстремальные нагрузки, которые являются причиной дезадаптации, либо способствуют ее проявлению и приводят к аутоагрессивному поведению [7].

Удельный вес самоубийств в структуре причин гибели военнослужащих в России составил: в 1997 году – 26,1%; в 1998 – 30,8%; в 1999 – 20,6% [8]. Смертность от самоубийств в общей популяции так же остается достаточно значительным [9, 10]. Незавершенных суицидальных попыток, по данным зарубежных авторов значительно больше и достигает от 100 до 860 на 100000 населения [11, 12, 13]. Считается, что приблизительно лишь 1 из 4 парасуицидов попадает в публикацию под эгидой ВОЗ [11].

Исследования аутоагрессивного поведения молодых людей призывного возраста имеют высокую медико-социальную важность [14, 15, 16, 17, 18, 19, 20]. Тем не менее, уровень разработки вопросов клинической оценки, лечения, прогноза и профилактики аутоагрессивных проявлений, не дает полного понимания причин их возникновения и механизмов развития. Нередко это приводит к объяснению аутоагрессивного поведения, либо возникновением психических состояний, либо реакцией личности (с ее характерологическими особенностями) на неблагоприятные внешние факторы.

Цель исследования: изучение личностно-психологических факторов риска суицидального поведения у военнослужащих с психическими расстройствами.

Материал и методы.

Объектом исследования явились военнослужащие, страдающие психическими расстройствами, которые были госпитализированы в психиатрическое отделение Главного клинического госпиталя Министерства обороны Азербайджанской Республики, с 2001 по 2011 год, в связи с различными формами суицидального поведения. Отбор пациентов производился путем сплошной выборки всех лиц с суицидаль-

ным поведением из числа поступивших в данный стационар, таким образом, в число обследованных пациентов были включены как лица с хроническими психическими заболеваниями, так и с временными расстройствами психической деятельности. Общее количество обследованных составило 205 человек, из них 70 человек составили офицеры, 135 – военнослужащие рядового состава.

Результаты и обсуждение.

В соответствии с целью исследования нами был проведен анализ преморбидных особенностей личности обследованных пациентов, который представлен в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Частота встречаемости отдельных черт характера у офицерского состава, совершивших суицидальную попытку

Особенности личности	Офицеры (n=70)	M±m (%)
Общительность	41	58,6±3,1
<i>Замкнутость</i>	29	41,4±2,3
Самостоятельность	50	71,4±4,6
<i>Зависимость</i>	20	28,6±1,8
Уверенность	40	57,1±3,4
<i>Неуверенность</i>	30	42,9±2,6
Активность	43	61,4±3,9
<i>Пассивность</i>	27	38,6±2,7
Альтруистичность	38	44,3±3,2
<i>Эгоистичность</i>	32	45,7±2,9
Доброжелательность	39	55,7±3,7
<i>Враждебность</i>	31	44,3±2,6
Склонность к чувству вины	30	42,8±2,4
<i>Склонность к самооправданию</i>	40	57,2±3,9

Как видно из таблицы, наиболее часто у офицеров наблюдались такие качества как общительность (58,6%), самостоятельность (71,4%), уверенность (57,1%), активность (61,4%), доброжелательность (55,7%) и склонность к самооправданию (57,2%). Реже отмечалось такое качество как эгоистичность (45,7%).

У рядового состава наиболее часто наблюдались такие качества как замкнутость (57,0%), активность (57,8%), эгоистичность (60,8%), враждебность (59,3%), и склонность к чувству вины (57,0%). Реже отмечалось такое качество как уверенность (51,8%).

Таблица 2

Частота встречаемости отдельных черт характера у рядового состава, совершивших суицидальную попытку

Особенности личности	Солдаты (n=135)	M±m (%)
Общительность	58	*43,0±2,7
<i>Замкнутость</i>	77	*57,0±4,2
Самостоятельность	71	*52,6±3,8
<i>Зависимость</i>	64	*47,4±2,5
Уверенность	70	51,8±3,8
<i>Неуверенность</i>	65	48,2±3,7
Активность	78	57,8±4,6
<i>Пассивность</i>	57	42,2±2,9
Альтруистичность	53	39,2±4,2
<i>Эгоистичность</i>	82	*60,8±5,6
Доброжелательность	55	*40,7±2,7
<i>Враждебность</i>	80	*59,3±3,8
Склонность к чувству вины	77	*57,0±3,7
<i>Склонность к самооправданию</i>	58	*43,0±2,6

Примечание: *P<0,01

Анализ преморбидных особенностей личности пациентов в сопоставлении с частотой выявляемости психотравмирующих ситуаций в пресуицидальном периоде представлен в таблицах 3-6.

Таблица 3

Соотношение черт характера с наличием психотравмирующих ситуаций у офицерского состава, совершивших суицидальную попытку

Особенности личности	Влияние психотравмы не было (n=28)	M±m (%)
Общительность	12	42,8±2,6
<i>Замкнутость</i>	21	75,0±5,3
Самостоятельность	26	92,8±8,6
<i>Зависимость</i>	14	50,0±4,9
Уверенность	22	78,6±5,8
<i>Неуверенность</i>	18	64,3±6,2
Активность	22	78,6±5,7
<i>Пассивность</i>	17	60,7±5,9
Альтруистичность	11	39,3±4,1
<i>Эгоистичность</i>	12	42,6±3,7
Доброжелательность	16	57,1±4,3
<i>Враждебность</i>	14	50,0±4,6
Склонность к чувству вины	21	75,0±6,8
<i>Склонность к самооправданию</i>	13	46,4±3,5

При этом установлено (табл. 3), что у офицеров, у которых в пресуицидальном периоде не было психотравмирующих факторов, наиболее часто отмечались такие черты как замкнутость (75,0%), самостоятельность (92,8%), уверенность (78,6%), активность (78,6%), склонность к чувству вины (75,0%). Реже встречались доброжелательность (57,1%).

У офицеров, у которых в пресуицидальном периоде имели место психотравмирующие факторы (табл. 4), наиболее часто отмечались такие черты как общительность (69,0%), самостоятельность (57,1%), активность (50,0%), альтруистичность (64,3%) и доброжелательность (54,8%). Реже встречались уверенность (42,9%), эгоистичность (47,6%) и враждебность (40,5%).

Таблица 4

Соотношение черт характера с наличием психотравмирующих ситуаций у офицерского состава, совершивших суицидальную попытку

Особенности личности	Влияние психотравмы было (n=42)	M±m (%)
Общительность	29	*69,0±5,8
<i>Замкнутость</i>	8	*19,0±1,3
Самостоятельность	24	*57,1±4,9
<i>Зависимость</i>	6	*14,3±0,8
Уверенность	18	*42,9±3,7
<i>Неуверенность</i>	12	*28,6±2,4
Активность	21	*50,0±3,6
<i>Пассивность</i>	10	*23,8±1,9
Альтруистичность	27	*64,3±5,5
<i>Эгоистичность</i>	20	47,6±3,8
Доброжелательность	23	54,8±5,2
<i>Враждебность</i>	17	40,5±4,1
Склонность к чувству вины	9	*21,4±1,8
<i>Склонность к самооправданию</i>	27	*64,3±5,6

Примечание: *P<0,01

У рядовых (табл. 5), у которых в пресуицидальном периоде не было психотравмирующих факторов, наиболее часто отмечались такие черты как уверенность (84,9%), эгоистичность (83,0%), уверенность (78,6%), самостоятельность (79,2%). Реже встречались враждебность (71,7%) и замкнутость (64,1%).

Таблица 5

Соотношение черт характера с наличием психотравмирующих ситуаций у рядового состава, совершивших суицидальную попытку

Особенности личности	Влияния психотравмы не было (n=53)	M±m (%)
Общительность	16	30,2±1,8
<i>Замкнутость</i>	34	64,1±4,3
Самостоятельность	42	79,2±5,1
<i>Зависимость</i>	26	49,0±2,7
Уверенность	45	84,9±6,5
<i>Неуверенность</i>	31	58,5±4,6
Активность	41	77,4±5,1
<i>Пассивность</i>	35	66,0±5,5
Альтруистичность	18	34,0±2,8
<i>Эгоистичность</i>	44	83,0±7,3
Доброжелательность	27	50,9±3,9
<i>Враждебность</i>	38	71,7±6,4
Склонность к чувству вины	32	60,4±4,8
<i>Склонность к самооправданию</i>	24	45,3±3,6

У рядовых, у которых в пресуицидальном периоде имели место психотравмирующие факторы (табл. 6), наиболее часто отмечались такие черты как замкнутость (52,4%) и склонность к чувству вины (54,9%). Реже встречались враждебность (51,2%) и активность (45,1%).

Таблица 6

Соотношение черт характера с наличием психотравмирующих ситуаций у рядового состава, совершивших суицидальную попытку

Особенности личности	Влияния психотравмы было (n=82)	M±m (%)
Общительность	42	*51,2±3,3
<i>Замкнутость</i>	13	*52,4±4,6
Самостоятельность	29	*35,4±2,8
<i>Зависимость</i>	38	46,3±3,7
Уверенность	25	*30,5±3,1
<i>Неуверенность</i>	34	*41,5±4,2
Активность	37	*45,1±3,6
<i>Пассивность</i>	22	*26,9±3,1
Альтруистичность	35	*42,7±3,4
<i>Эгоистичность</i>	38	*46,3±4,2
Доброжелательность	28	*34,1±4,3
<i>Враждебность</i>	42	*51,2±4,8
Склонность к чувству вины	45	54,9 ±4,6
<i>Склонность к самооправданию</i>	34	41,5±3,7

Примечание: *P<0,01

Изучение личностных особенностей пациентов в период обследования проводилось с использованием теста Шмишека. Полученные с использованием данной методики данные (табл. 7 и 8) позволили выявить психологические особенности личности обследованных пациентов, которые могли участвовать в формировании мотивации суицидального поведения.

Приведенные в таблице 7 данные свидетельствуют о том, что для офицеров с психическими расстройствами и суицидальным поведением наиболее характерными личностными особенностями являются склонность к застреванию (62,8%), возбудимость (57,1%) и тревожность (51,4%). К относительно часто встречающимся чертам характера у этих больных можно также отнести демонстративность (48,6%), дистимность (44,3%) и эмотивность (41,4%). Менее характерными для больных с суицидальным поведением можно считать такие черты характера как гипертимность (5,7%), педантичность (25,7%) и циклотимность (22,9%).

Таблица 7

Частота встречаемости отдельных черт личности у офицерского состава, совершивших суицидальную попытку

Особенности личности (тест Шмишека)	Офицеры (n=70)	M±m (%)
Демонстративность	34	48,6±3,9
<i>Застревание</i>	44	62,8±5,4
Педантичность	18	25,7±3,1
<i>Возбудимость</i>	40	57,1±4,9
Гипертимность	4	5,7±0,6
<i>Дистимность</i>	31	44,3±4,1
Тревожность	36	51,4±4,8
<i>Экзальтированность</i>	22	31,4±2,7
Эмотивность	29	41,4±3,6
<i>Циклотимность</i>	16	22,9±1,9

Приведенные в таблице 8 данные свидетельствуют о том, что для рядового состава с психическими расстройствами и суицидальным поведением наиболее характерными личностными особенностями являются дистимность (82,2%) и демонстративность (72,6%). К относительно часто встречающимся чертам характера у этих больных можно также отнести склонность к застреванию (48,1%) и тревожность (41,4%). Ме-

нее характерными для больных с суицидальным поведением можно считать такие черты характера как гипертимность (5,7%).

Таблица 8

Частота встречаемости отдельных черт личности у рядового состава, совершивших суицидальную попытку

Особенности личности (тест Шмишека)	Солдаты (n=135)	M±m (%)
Демонстративность	98	*72,6±6,3
<i>Застревание</i>	65	*48,1±4,2
Педантичность	24	*17,8±1,6
<i>Возбудимость</i>	50	*37,0±3,2
Гипертимность	8	5,9±4,9
<i>Дистимность</i>	111	*82,2±7,8
Тревожность	62	46,0±4,5
<i>Экзальтированность</i>	42	31,1±2,8
Эмотивность	47	*34,8±2,5
<i>Циклотимность</i>	23	17,0±1,3

Примечание: *P<0,01

Данные анализа личностных особенностей пациентов на момент обследования в сопоставлении с наличием или отсутствием психотравмирующих ситуаций в пресуицидальном периоде представлены в таблицах 9-12.

Таблица 9

Соотношение личностных характеристик и психотравмирующих ситуаций у офицерского состава, совершивших суицидальную попытку

Особенности личности (тест Шмишека)	Влияния психотравмы не было (n=28)	M±m (%)
Демонстративность	11	39,3±2,8
<i>Застревание</i>	17	60,7±5,1
Педантичность	6	21,4±1,6
<i>Возбудимость</i>	18	64,2±5,8
Гипертимность	1	3,6±0,9
<i>Дистимность</i>	14	50,0±4,1
Тревожность	12	42,9±3,4
<i>Экзальтированность</i>	9	32,1±2,8
Эмотивность	8	28,6±3,1
<i>Циклотимность</i>	7	25,0±2,2

Приведенные в таблице 9 данные свидетельствуют о том, что для офицерского состава с суицидальным поведением, у которых не были выявлены психотравмирующие факторы, наиболее характерными личностными особенностями являются возбудимость (64,2%), склонность к застреванию (60,7%) и дистимность (50,0%). К относи-

тельно часто встречающимся чертам характера у этих больных можно также отнести тревожность (42,9%) и демонстративность (39,3%). Менее характерными для больных с суицидальным поведением можно считать такие черты характера как гипертимность (3,6%).

Приведенные в таблице 10 данные свидетельствуют о том, что для офицерского состава с суицидальным поведением, у которых были выявлены психотравмирующие факторы, наиболее характерными личностными особенностями являются циклотимность (60,8%), тревожность (57,8%), склонность к застреванию (57,0%) и педантичность (52,6%). К относительно часто встречающимся чертам характера у этих больных можно также отнести дистимность (48,2%), возбудимость (47,4%) и демонстративность (43,0%). Менее характерными для больных с суицидальным поведением можно считать такие черты характера как эмотивность (39,2%).

Таблица 10

Соотношение личностных характеристик и психотравмирующих ситуаций у офицерского состава, совершивших суицидальную попытку

Особенности личности (тест Шмишека)	Влияния психотравмы было (n=42)	M±m (%)
Демонстративность	23	43,0±2,3
<i>Застревание</i>	27	57,0±3,3
Педантичность	12	*52,6±4,6
<i>Возбудимость</i>	22	*47,4±3,9
Гипертимность	3	*51,8±4,8
<i>Дистимность</i>	17	48,2±3,7
Тревожность	24	*57,8±5,1
<i>Экзальтированность</i>	13	*42,2±3,6
Эмотивность	21	*39,2±2,8
<i>Циклотимность</i>	8	60,8±5,4

Примечание: *P<0,01

У рядовых (табл. 11), у которых в пресуицидальном периоде не было психотравмирующих факторов, наиболее часто отмечались такие черты как демонстративность (86,8%), дистимность (73,6%), гипертимность (56,7%) и свозбудимость (49,0%). К относительно часто встречающимся чертам характера можно отнести склонность к застреванию (39,7%), тревожность (39,7%) и эмотивность (39,7%). Реже встречались пе-

дантичность (24,5%) и циклотимность (20,8%).

Таблица 11

Соотношение личностных характеристик и психотравмирующих ситуаций у рядового состава, совершивших суицидальную попытку

Особенности личности (тест Шмишека)	Влияния психотравмы не было (n=53)	M±m (%)
Демонстративность	46	86,8±7,3
<i>Застревание</i>	21	39,7±3,1
Педантичность	13	24,5±1,8
<i>Возбудимость</i>	26	49,0±2,9
Гипертимность	3	56,7±4,4
<i>Дистимность</i>	39	73,6±5,7
Тревожность	21	39,7±3,2
<i>Экзальтированность</i>	18	34,0±2,8
Эмотивность	21	39,7±3,5
<i>Циклотимность</i>	11	20,8±1,7

Приведенные в таблице 12 данные свидетельствуют о том, что для рядового состава с суицидальным поведением, у которых были выявлены психотравмирующие факторы, наиболее характерными личностными особенностями являются дистимность (87,8%), демонстративность (63,4%), склонность к застреванию (53,7%) и тревожность (50,0%). К относительно часто встречающимся чертам характера у этих больных можно также отнести эмотивность (31,7%), возбудимость (29,3%) и экзальтированность (29,3%).

Таблица 12

Соотношение личностных характеристик и психотравмирующих ситуаций у рядового состава, совершивших суицидальную попытку

Особенности личности (тест Шмишека)	Влияния психотравмы было (n=82)	M±m (%)
Демонстративность	52	*63,4±5,2
<i>Застревание</i>	44	*53,7±4,9
Педантичность	11	*13,4±1,2
<i>Возбудимость</i>	24	*29,3±2,1
Гипертимность	5	*6,1±1,1
<i>Дистимность</i>	72	87,8±7,6
Тревожность	41	*50,0±4,3
<i>Экзальтированность</i>	24	29,3±2,4
Эмотивность	26	*31,7±2,5
<i>Циклотимность</i>	12	*14,6±1,2

Примечание: *P<0,01

Заключение.

Менее характерными для больных с суицидальным поведением можно считать такие черты характера как циклотимность (14,6%), педантичность (13,4%) и гипертимность (6,1%).

Таким образом, проведенный анализ личностных особенностей больных с психическими расстройствами и суицидальным поведением показал, что у офицерского и рядового состава они имеют значительные различия. Комплексная оценка влияния клиничко - психопатологических, личностно-психологических и ситуационных факторов на риск суицидального поведения у больных с психическими расстройствами позволяет сделать вывод о том, что суицидальное поведение – это результат сложного взаимодействия всех вышеуказанных детерминант, приоритетное значение которых в каждом конкретном случае неоднозначно.

Для повышения эффективности мероприятий по своевременной диагностике, дифференцированной терапии и профилактике суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами необходима разработка типологии механизмов, суицидального поведения, позволяющая выделить ведущее, системообразующее звено в сложном взаимодействии основных факторов суицидального риска: психопатологический синдром – личность – ситуация.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Социально - психологические факторы в формировании суицидального поведения (метод, рекомендации). М., 1991. 17 с.
2. Вроно Е.М. Особенности суицидального поведения детей и подростков: Автореф. дисс... докт. мед. наук. М., 1984. 24 с.
3. Корнетов А.Н. Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1999; 2: 75-90.
4. Oudshoorn D.N. Детская и подростковая психиатрия: Пер. с Нидерланд. М., 1993. 319 с.
5. Юрченко Л.Н., Ховрачев А.П. «Сценарные перерешения» у ветеранов Афганистана / 5 лет Рязанской ассоциации транзактного анализа. Сб. статей. Рязань, 2000. С. 86-90.
6. Тихоненко В.А. Жизненный смысл выбора смерти. *Человек*. 1992; 6: 19-29.
7. Remschmidt H. Entwicklung und Entwicklungskrisen im Jugendalter. Stuttgart, 1992. S. 299-300.
8. Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Нечипоренко В.В., Попик И.Г. Диагностика и профилактика суицидального поведения военнослужащих. *Военно-медицинский журнал*. 2001; CCCXXII (8): 18-25.
9. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1997; 4: 14-20.

10. Гурович И.Я., Прейс В.Б., Голланд В.Б. Психиатрическая помощь населению России (в показателях деятельности за 1986-1993 гг.). М., 1995. 676 с.
11. Diekstra R.F.W. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Arch, suicide Res.* 1996; 2 (1): 1-29.
12. Kerhof A.J.F., Schmidtke A., Bille-Brache U. et al. Attempted suicide in Europa. *Europe Series: Psychological Studies.* 1994; 16: 296.
13. Schmidtke A. Perspective: suicide in Europe. *Suicide Life Threat. Behav.* 1997; 27 (1): 127-136.
14. Бачериков Н.Е. О дифференциальной диагностике острых психогенных непсихотических реакций с аномальными формами поведения. М., 1978. 182 с.
15. Бедрин Л.М. О самоубийствах, совершаемых военнослужащими в связи с наличием заболеваемости. *Военно-медицинский журнал.* 1968; 31: 131-156.
16. Квасенко А.В. Суициды у военнослужащих (психопатологический аспект по материалам мирного времени): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Л., 1969. 45 с.
17. Нечипоренко В.В. Некоторые аспекты суицидального поведения у акцентуированных личностей в юношеском возрасте. *Саморазрушающее поведение у подростков.* Л., 1991. С. 36-41.
18. Тиунов С.В. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих срочной службы (клиническая феноменология, прогноз, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000. 21 с.
19. Beighley P., Broun G., Tompson W. DSM-III-R Brief reactive psychosis among air force recruits. *J. Clin Psychiatry.* 1992; 53 (8): 283-288.
20. Datel W.E., Jones F.D. Suicide in United States army personnel, 1979- 1980. *Milit. Med.* 1982; 147 (10): 843-847.

PERSONAL AND PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOUR IN MILITARY PERSONNEL

E.S. Mehdiyev

Main Clinical Hospital of the Ministry of Defence of the Republic of Azerbaijan, Head of Psychiatric Department, Chief Psychiatrist of the Ministry of Defence, Colonel of Medical Services

The study of personality-psychological risk factors for suicidal behavior in military personnel with mental disorders, conducted on the basis of the analysis of personality indicators, showed that they have significant differences among the officers and ranked personnel. A comprehensive assessment of the influence of clinical-psychopathological, personality - psychological and situational factors on the risk of suicidal behavior in patients with mental disorders allows us to conclude that suicidal behavior is the result of a complex interaction of all the above determining factors, the priority value of which is ambiguous in each specific case. To increase the effectiveness of measures for timely diagnosis, differentiated therapy and prevention of suicidal behavior in individuals with mental disorders, it is necessary to develop a typology of mechanisms of suicidal behavior, which allows to highlight the leading system-forming link in the complex action of the main factors of suicidal risk: psychopathological syndrome – personality – situation.

Keywords: military personnel, suicidal behavior, personality traits, diagnosis, therapy

Информация об авторе:

Мехтиев Эльшад Сабир оглу – к.м.н. (SPIN-код: 4575-8393, AuthorID: 751418). Место работы и должность: полковник медицинской службы, главный психиатр Министерства обороны, заведующий психиатрическим отделением Главного клинического госпиталя Министерства обороны Азербайджанской Республики. Адрес: AZ 1078, Баку. ул. С.Selimov 3. Электронная почта: elshadmehdiyev@yahoo.com

Для цитирования: Мехтиев Э.С. Личностно - психологические факторы риска суицидального поведения у военнослужащих. *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (1): 14-20. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-14-20

УДК 616.89-008

СУИЦИДЫ И СОСТОЯНИЕ ИЗМЕНЁННОГО СОЗНАНИЯ

Б.Ю. Приленский, А.В. Приленская, А.Г. Бухна, Р.И. Канбекова

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень

Массовая тревога и паника, усиливающаяся применением информационных психотехнологий, ведет к дезадаптации и дезадаптивному поведению индивида и дезорганизации общества. Состояния изменённого сознания, возникают спонтанно на фоне тревоги и паники и являются факторами риска суицидального поведения.

Ключевые слова: суицид, тревога, паника, информационное манипулирование, состояния измененного сознания

Современный человек неуклонно погружается в негативные переживания в связи с возрастающими рисками в экономике и политике. Приметами времени становятся все возрастающая интенсификация труда, сокращение времени на отдых и самообразование, замена человеческого общения компьютером, разобщенность и утрата смысла в жизни. Общество потребления создаёт условия неопределенности и развивает тревожность, которая возрастает в связи с конкуренцией и постоянной угрозой безработицы [1]. Благодаря этому падает или становится неконструктивной жизненная активность, поскольку возникают так называемые трудные состояния психики, введенный в научную практику Ф.Д. Горбовым, и проявляющихся при выполнении профессиональных задач временными нервными сры-

вами, быстропроходящими нарушениями оперативной памяти, пространственной ориентировки, вегетативной сферы. К причинам, вызывающим такие состояния, относятся чрезмерная психофизиологическая мобилизация организма, неблагоприятные факторы биологического, психологического и социального характера, преневротическая фиксация в памяти негативных переживаний, а также нарушения в сфере личностной мотивации [2, 3].

Все эти факторы воздействуют одновременно в условиях так называемой пандемии COVID-19 [4], которую смело можно отнести к числу социальных катастроф, провоцирующих панику, острое стрессовое и посттравматическое стрессовое расстройство, массовую агрессию, другие нарушения поведенческих реакций социума [5, 6]. В условиях пандемии можно говорить о возникновении так называемых доминантных состояний, в которой время реализации предстоящего события неизвестно. Такого рода состояние называется состоянием бдительности [7]. Одновременно можно отметить явления монотонии в условиях самоизоляции в сочетании со специфически подаваемой информацией об угрозе распространения вируса, заболеваемости и смертности в ежедневных сводках новостей.

Известно, что опасности гипнотизируют, а значит, вызывают «регрессию» психических процессов личности к архаической фазе умственной организации, при которой война является шаблонным выходом из трудного положения, многократно опробованным в исторической практике [8].

Состояния измененного сознания (или состояния транса) появляются в норме у каждого здорового человека примерно каждые 50-60 минут под влиянием различных факторов [9] и обычно протекают незаметно как для самого человека, так и для окружающих. Состояние рассеянной мечтательной задумчивости возникает при созерцании картин природы, экрана телевизора или компьютера, во время поездки в поезде под мерный перестук колес. Мы также погружаемся в собственные размышления при воспоминаниях или обдумывании решаемой задачи.

Это состояние позволяет активизировать воображение, фантазию, поиск нестан-

дартных решений. Неслучайно древние греки пользовались состояниями измененного сознания в своем научном поиске, при создании произведений архитектуры и искусства. В.Ю. Завьялов [10] отмечает, что изменение сознания происходит во всех случаях реорганизации взаимоотношений человека с окружающим миром. Доступ к ресурсным состояниям поэтам и ученым позволяет говорить о вдохновении («меня муза посетила...»).

Состояния измененного сознания часто возникают в различных религиозных практиках, позволяя во время молитвы, проповеди, ритуальных песнопениях достичь понимания сокровенных истин. Практика отшельничества в сочетании с постом – это также возможность достижения состояния измененного сознания путем сенсорной депривации.

Состояние измененного сознания возникает при выполнении физической монотонной работы или физических упражнениях (так называемое второе дыхание). Неслучайно подготовка бойца включает строевую подготовку, марш-броски и т.д., что позволяет освободиться от ненужных мыслей и переживаний и настроиться на выполнение боевой задачи.

В психотерапевтической работе состояния измененного сознания у пациентов возникают в ходе сеансов классического гипноза, а также при недирективном наведении транса [11], в ходе аутогенной тренировки, а также при применении других методик. Это позволяет путем прямого и недирективного внушения не только устранить невротические и психосоматические расстройства, избавиться от причин зависимого поведения, но и раскрыть личностный потенциал и начать жить «с легкой душой».

Но кроме, несомненно, положительного влияния, состояние транса может иметь и негативные последствия, особенно, если это используется с целью манипуляции. Этим могут пользоваться мошенники (вспомним гадание на улице или игру в наперстки), при организации продаж, при вербовке в тоталитарные секты или в рамках проведения мероприятий организаций сетевого маркетинга. Звонки по телефону с просьбой помочь попавшему в беду родственнику вызывают

замешательство (транс) с последующим выполнением потерпевшим всех инструкций.

В связи ситуацией повышенной готовности население периодически находится в условиях самоизоляции (частичная сенсорная изоляция), и вынуждено соблюдать защитные профилактические меры. Нами было обнаружено, что во время пандемии, мужчины молодого возраста $21,5 \pm 0,5$ лет склонны к клинически выраженным тревожным расстройствам, а женщины среднего возраста, $38,8 \pm 2$ лет, во время самоизоляции имеют депрессию, тревогу и паническое расстройство. Панические настроения возникают последние три года с завидной регулярностью. Новостные ленты, к сожалению, постоянно изобилуют самой разнообразной негативной информацией. В первых строках ежедневных сводок постоянно появляются сообщения о распространении инфекции, о выздоровевших и умерших в разных уголках мира, что формируют у зрителя ощущение неминуемой угрозы, тревоги, страха [4, 12].

Погружаясь в размышления, порожаемые слухами, население ищет выход в своих фантазиях, которые сопровождаются эмоциональным напряжением, нередко оторванных от действительности. При просмотре деструктивных репортажей, телепередач на фоне возникающего трансового состояния [2] осуществляется прямое или косвенное внушение, которое нередко даже не осознается зрителем. Многим знакомо длительное «залипание» в социальных сетях с потерей ощущения времени и пространства. Нет сомнения в том, что современные информационные интернет-технологии оказывают целенаправленное воздействие на массы, и, вызывая состояние транса, существенно сужают границы сознания, что используется для управления людскими массами.

В ситуации неопределённости, на фоне нарастающей тревоги, страха и депрессивных переживаний, в том числе в условиях пандемии, возрастает риск суицидального поведения [13, 14]. Психолог А. Асмолов считает, что в России в ситуации пандемии люди испытывают куда большую беспомощность, чем в других странах, из-за отсутствия доверия к власти [15]. Известно, что среди типов влияний экстремальных ситуаций на психику можно выделить наступя-

ющие мгновенно и отложенные, поэтому отсутствие негативной динамики суицидального поведения в настоящее время не должно усыплять бдительность служб суицидологической помощи.

Раннее выявление, профилактика суицидального поведения в рыночных условиях, как показывает мировой опыт, задача непростая. Мы считаем, что профилактика суицидального поведения не должна сводиться к чисто медицинским мероприятиям. Следует проводить комплексную продуманную и взвешенную информационную политику, позволяющую возродить уверенность населения в завтрашнем дне, вернуть чувство социального оптимизма, взаимопомощь на фоне и успехов возрождающейся экономики повышения благосостояния.

Формирование личности важно проводить с ранних лет, учитывая, что к пяти годам происходит формирование основных сценарных установок. Семье в этой ситуации следует вернуть возможность не только зарабатывать достойные деньги, но и находить возможность полноценно воспитывать детей. Стоит вспомнить об образовательных программах, проверенных временем, позволивших в советское время создать высокообразованное общество созидателей, обладающее целеустремленностью, волевыми качествами, способное противостоять трудностям. Школьное и внешкольное образование должно развивать всесторонне развитую личность, не потребляющую, а созидующую, стрессоустойчивую, способную трудиться в коллективе.

В процессе психотерапевтической работы с лицами, входящими в зону суицидального риска, представляется целесообразным адресовать прилагаемые усилия не только к коррекции тех или иных отдельных проблемных зон личности. Сознание, как высшая форма отражения действительности, как показывает практика, значительно сужено и фиксировано на узком круге актуальных проблем, что не позволяет подняться над кругом психотравмирующих факторов. Работа в состояниях измененного сознания позволяет не только проработать систему конденсированного опыта, высвободить заблокированные эмоции, но и высвободить имеющиеся ресурсы для активной жизни.

Литература:

1. Воеводина К.Д. Теоретический анализ изучения влияния общества потребления на тревожность человека. *Человек. Общество. Наука*. 2022; 3 (1): 113-120.
2. Гримак Л.П. Психология активности человека: Психологические механизмы и приёмы саморегуляции. М.: Книжный дом «ЛИБРИКОМ», 2017. 368 с.
3. Леончук С.Л. Болезни развития организма в онтогенезе. *Научный форум. Сибирь*. 2021; 7 (1): 11-16.
4. Любов Е.Б. Граждане под короной, или как это делается в Израиле и около. *Девуантология*. 2020; 4 (1): 55-91. DOI: 10.32878/devi.20-4-01(6)-55-91
5. Кузина Н.В. Психика и информационная безопасность в условиях пандемии: последствия для личности и государства. *Galactica Media: Journal of Media Studies*. 2021; 3 (1): 146-189.
6. Бойко О.М., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю. Соблюдение противоэпидемических мер и интерпретация происходящего во время пандемии COVID-19. *Девуантология*. 2020; 4 (2): 8-21. DOI: 10.32878/devi.20-4-02(7)-8-21
7. Курбанова З.Х., Исмаилова Н.П. Информационно - психологическая безопасность личности в условиях пандемии. *Мир науки, культуры, образования*. 2021; 4 (89): 147-148.
8. Бехтерев В.М. Гипноз, внушение, телепатия. Сост., авт. Вступ. статьи и примеч. Г.Х. Щингаров. М.: Мысль, 1994. 364 с.
9. Эриксон М. Мой голос останется с вами. Обучающие истории Мильтона Эриксона. СПб. Петербург XXI век. 1995. 255 с.
10. Завьялов В.Ю. Необъявленная психотерапия. М., 1999, 250 с.
11. Эриксон Милтон. Стратегии психотерапии.: Пер с англ. СПб.: «Ювента», 1999. 543 с.
12. 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; 6 (2): 36-39.
13. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Положий Б.С. Пандемии и суицид: идеальный шторм и момент истины. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 3-38. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-3-38
14. Приленский Б.Ю., Приленская А.В., Бухна А.Г., Канбекова Р.И., Боечко Д.И., Ильницкая Е.А. Суицидальные угрозы и пандемия COVID-19. *Академический журнал Западной Сибири*. 2020; 16 (3): 6-9.
15. «Россия – чемпион по отсутствию перспектив» <https://www.rosbalt.ru/moscow/2021/11/15/1931082.html> (Дата доступа: 4.04.2021).

SUICIDES AND THE STATE OF ALTERED CONSCIOUSNESS

*B.Y. Prilenskiy, A.W. Prilenskay,
A.G. Buhna, R.I. Kanbekowa*

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Mass anxiety and panic, intensified by the use of psychic technologies, leads to maladaptation and maladaptive behavior of the individual and disorganization of society. States of altered consciousness arise spontaneously against the background of anxiety and panic and are risk factors for suicidal behavior.

Keywords: suicide, anxiety, panic, information manipulation, states of altered consciousness, trance

Информация об авторах:

Приленский Борис Юрьевич – д.м.н., профессор (SPIN-код: 4215-8030; AuthorID: 551550; ORCID iD: 0000-0002-5449-5008). Место работы и должность: заведующий кафедрой медицинской психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Тюменский государ-

ственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронная почта: prilensk@mail.ru

Приленская Анна Владимировна – к.м.н., доцент (AuthorID: 745978; ORCID iD: 0000-0002-8681-6195). Место работы и должность: доцент кафедры психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Бухна Андрей Георгиевич – к.м.н. (SPIN-код: 2757-0463; ORCID iD: 0000-0002-9580-0005). Место работы и должность: старший преподаватель кафедры психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронная почта: Buhna_Andrey@mail.ru

Канбекова Рамиля Илдусовна (AuthorID: 745977; ORCID iD: 0000-0003-4910-5033). Место работы и должность: ассистент кафедры психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронная почта: public_enemy@mail.ru

Для цитирования: Приленский Б.Ю., Приленская А.В., Бухна А.Г., Канбекова Р.И. Суициды и состояние изменённого сознания. *Академический журнал Западной Сибири*. 2022; 18 (1): 20-23. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-20-23

УДК: 575.164+ 616.89-008.441.44+616.89-008.441.13

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) С ФОРМАМИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

*Е.Ю. Сидорова, Э.А. Ахметова,
З.Ш. Ашуров, А.Р. Асадуллин,
Р.Ф. Насырова, И.С. Ефремов*

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Самоубийство является серьезной проблемой общественного здравоохранения. Более глубокое понимание, лежащих в основе механизмов и процессов, приводящих к суицидальному поведению, имеет решающее значение для разработки эффективных превентивных стратегий. Исследование и идентификация биомаркеров может в понимании глубинных процессов или

изменений, связанных с самоубийством, однако исследования, связывающие биомаркеры с суицидом ограничены и фрагментированы. *Цель* – определить генетические ассоциации полиморфных вариантов генов MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) с формами суицидального поведения у пациентов с алкогольной зависимостью. *Материалы и методы.* Проведён анализ ассоциации полиморфных вариантов генов MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, с суицидальным поведением в анамнезе и без него, проживающих в Республике Башкортостан, проходивших лечение в ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер №2» МЗ РБ (г. Стерлитамак) и ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер №1» МЗ РБ (г. Уфа) в период с 2019 по 2021 гг. Результаты: наличие суицидальных тенденций было выявлено у 25% пациентов (77/307). Среди них 43% (33/77) были отнесены к пациентам с внешними и внутренними формами суицидального поведения, у 57% (44/77) отмечались только внутренние формы суицидального поведения. У носителей генотипа ТТ гена MTNR1A чаще встречались внешние формы суицидального поведения в анамнезе, чем у носителей других генотипов. Для носительства генотипа СС гена DRD2 (rs1800497) характерна меньшая частота встречаемости внешних форм суицидального поведения, чем для носительства других генотипов. Также обнаружена тенденция к меньшей встречаемости всех форм суицидального поведения у носителей генотипа СС DRD2 (rs1800497). Ассоциаций носительства генов CLOCK (rs1801260), MTNR1B (rs10830963) с суицидальным поведением не обнаружено. *Выводы.* В результате нашего исследования у пациентов с алкогольной зависимостью преобладали внутренние формы суицидального поведения. С повышенным риском внешних форм суицидального поведения у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя ассоциируется носительство генотипа ТТ гена MTNR1A (rs34532313).

Ключевые слова: ранний постабстинентный период, алкоголизм, суициды, генетика суицидов

Ежегодная смертность в мире от самоубийств составляет 14,5 на 100000 человек [1, 2]. Согласно статистическим данным, уровень самоубийств в Российской Федера-

ции в конце прошлого века значительно превышал критический уровень (41,5 случая в 1995 году, 48,9 летальных случаев в 2008 году) и имел тенденцию к сохранению высокого, до конца первого десятилетия XXI века [3]. Частота суицидов в России в 2018 г. составила 12,2 [3], в 2019 г. – 11,6 на 100 тыс. населения. Однако приведенные данные не исключают важность дальнейшего изучения этой проблемы [4].

Самоубийство является лишь одной из клинических форм суицидального поведения [5, 6]. Его формирование является сложным медико-социальным феноменом, в основе которого могут лежать нарушения биологических, личностно - психологических, клинических, социальных и других факторов [7].

Суицидальное поведение часто формируется в структуре психических расстройств и расстройств, вызываемых потреблением алкоголя [8]. Среди лиц, зависимых от психоактивных веществ, особенно велик риск развития суицидальных мыслей и попыток [9]. Так, Н.М. Inskip и соавт. показали, что риск самоубийства у лиц с алкогольной зависимостью на протяжении жизни оказался выше, чем у лиц с нарушениями настроения [10].

Более 40% всех пациентов, обратившихся за лечением от алкогольной зависимости, сообщали о суицидальной попытке в какой-то момент своей жизни [11]. Лица с алкогольной зависимостью демонстрировали дисфорические состояния во время абстинентного синдрома, которые сохранялись в течение длительного времени. Алкогольный абстинентный синдром вызывал значительные симптомы тревоги, дисфории и депрессии [12]. В исследовании 2011 г. было показано формирование отчетливой картины аффективных расстройств и преходящих когнитивных нарушений в раннем постабстинентном периоде, который приходился на 5-7 день после купирования проявлений алкогольного абстинентного синдрома [13].

Ряд исследований доказывают связь генетического компонента и изменений функционирования нейромедиаторных систем

головного мозга с суицидальным поведением. Так, ранние молекулярно-генетические исследования сосредоточились на генах серотонинергической системы, основываясь на биохимических доказательствах того, что серотонинергическая нейромедиация вовлечена в это поведение. Так же существуют исследования спинномозговой жидкости у пациентов, которые подтвердили возможное участие дофаминергической системы в суицидальном поведении. Ген *DRD2*, локализованный на 11 хромосоме 11q23.2, имеющий длину 65577 пн. был исследован у группы пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и лиц без алкогольной зависимости. Было обнаружено, что генотип E8 A=A связан с увеличением числа попыток самоубийства и с повышением показателей тревоги и депрессии в группе лиц с алкогольной зависимостью [14].

Было высказано предположение, что ген *CLOCK*, который локализован на 4-й хромосоме q124q12, имеющий длину 114338 п.н. может регулировать систему вознаграждения через нейротрансмиссию дофамина, который напрямую связан с зависимостью, а также влиять на предрасположенность к суицидальному поведению [15, 16].

В последние годы было установлено, что мелатонин влияет на активность ЦНС, прежде всего в супрахиазматическом ядре гипоталамуса, бугорной части гипофиза и некоторых периферических тканях. Взаимодействие мелатонина с «часовыми» генами определяет фотопериодический контроль циркадных и сезонных изменений физиологических функций организма [17]. Мелатонин, представляет собой 5-метокси-N-ацетилированный дериват серотонина (N-ацетил-метокситриптамиин), а основными синтезирующими ферментами являются гидроксиндол-O-метилтрансфераза (ГИОМТ) и N-ацетилтрансфераза. Клеточные механизмы активности мелатонина опосредованы специфическими мелатониновыми мембранными рецепторами 1 и 2 типов (MT1 и MT2), а также внутриклеточными мелатониновыми рецепторами 3 типа (MT3) [18]. Белок – рецептор мелатонина 1B кодируется геном *MTNR1B*, который лока-

лизован на 11 хромосоме 11q14.3, длина гена 13166 п.н., белок – рецептор мелатонина 1A кодируется геном *MTNR1A*, расположенным на 4 хромосоме 4q35.2, его длина составляет 22675 п.н.

Участие мелатонина в повышении риска суицида может быть связано с дисфункцией гипоталамо – гипофизарно - надпочечниковой оси, серотонинергической или норадреналинергической системы [19]. Гиперактивность надпочечников, наблюдаемая у людей с суицидальным поведением, приводящая к увеличению базального уровня в плазме кортизола, может быть вызвана отсутствием модуляции функции надпочечников мелатонином [19]. Дисфункция пинеальной железы может быть причиной измененного метаболизма серотонина, поскольку серотонин и мелатонин имеют тот же предшественник (L- триптофан). Снижение норадреналинаринергической активности, возникающей у людей с суицидальным поведением, указывает на снижение стимуляции шишковидной железы, так как норэпинефрин является основным регулятором синтеза мелатонина. В одном исследовании авторы сообщили об уменьшении содержания мелатонина в шишковидной железе жертв суицида [19].

В настоящее время существует недостаточное количество исследований, доказывающих генетическую роль различных форм суицидального поведения у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, поэтому целесообразно рассмотрение данной проблемы, учитывая ее актуальность и распространённость в мире.

Цель исследования: определить генетические ассоциации полиморфных вариантов генов *MTNR1A* (rs34532313), *MTNR1B* (rs10830963), *CLOCK* (rs1801260), *DRD2* (rs1800497) с формами суицидального поведения у пациентов с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы.

В исследование было включено 307 пациентов, проживающих на территории Республики Башкортостан, госпитализированных в ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер №2» МЗ РБ (г. Стерлита-

мак) и ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер №1» МЗ РБ (г. Уфа) в период с 2019 по 2021 гг. Средний возраст пациентов составил $42,48 \pm 7,8$ года. Среди включенных в исследование: 21,1% (65/307) – женщины, 79% (242/307) – мужчины.

Проведение исследования было одобрено локальным этическим комитетом Башкирского государственного медицинского университета. Протокол №2 от 27.02.2019 г.

Критерии включения: наличие верифицированного диагноза F10.2 «Синдром зависимости от алкоголя»; период клинического наблюдения в наркологической службе более года; возраст не младше 18 и не старше 55 лет; не менее 7 и не более 14 дней с момента госпитализации; отсутствие приема психотропных препаратов в течение 3 дней до обследования.

Критерии невключения: отказ от участия в исследовании; наличие на момент обследования синдрома отмены алкоголя; пациент отвечает критериям диагностики зависимости от другого психоактивного вещества, кроме алкоголя, никотина и кофеина; наличие причин, затрудняющих вербальный контакт; наличие коморбидной психической патологии: шизофрения, шизотипические состояния, бредовые расстройства (F20 - F29), деменция (F00-F03), умственная отсталость (F70-F79), с тяжелой соматической патологией сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы.

Критерии исключения: отказ от участия в исследовании после его начала; выявление в процессе клинического исследования вновь открывшихся обстоятельств, препятствующих сбору анамнеза и материалов.

Молекулярно-генетические исследования были проведены на базе центра персонализированной психиатрии и неврологии НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева (г. Санкт-Петербург).

Генетическое тестирование: определение полиморфных вариантов генов происходило с помощью метода полимеразной цепной реакции в реальном времени. Биологическим материалом для определения по-

лиморфных вариантов генов послужила цельная кровь, взятая в вакуумную пробирку с ЭДТА К3. Выделение ДНК осуществлялось из лимфоцитов цельной крови, предварительно отмытых реактивов для предобработки цельной периферической и пуповинной крови «Гемолитик» (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора). Дальнейшая экстракция нуклеиновых кислот осуществлялась комплектом реагентов для выделения ДНК/РНК «Рибо-ПРЕП» (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора). Анализ результатов осуществлялся с помощью программного обеспечения RotorGene Q6 plex с использованием заданных производителем параметров. Обработка данных молекулярно-генетического исследования производилась с использованием IBM SPSS 20.0.

Далее группы пациентов были поделены по критерию наличия / отсутствия суицидального поведения и в соответствии с результатами клинического интервьюирования градируются в зависимости от формы суицидального поведения по классификации П.Б. Зотова и С.М. Уманского (2011 г.).

Результаты.

В исследуемой выборке наличие суицидальных тенденций было выявлено у 25% пациентов (77/307). Среди них 43% (33/77) были отнесены к пациентам с внешними и внутренними формами суицидального поведения, у 57% (44/77) отмечались только внутренние формы суицидального поведения.

В дальнейшем был проведен частотный анализ носительства различных генотипов указанных генов MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) у лиц с внутренними и внешними формами суицидального поведения с применением критерия Хи-квадрат Пирсона. Были обнаружены следующие закономерности: у носителей генотипа ТТ гена MTNR1A чаще встречались внешние формы суицидального поведения в анамнезе, чем у носителей других генотипов (21,8% и 9,4% соответственно; Хи квадрат=4,609; $p=0,032$). Также, для носительства генотипа СС гена DRD2 (rs1800497)

характерна меньшая частота встречаемости внешних форм суицидального поведения, чем для носительства других генотипов (15,4% и 7,5% соответственно; Хи квадрат=4,222; $p=0,04$). Также обнаружена тенденция к меньшей встречаемости всех форм суицидального поведения у носителей генотипа CC (Хи квадрат=3,379; $p=0,066$).

Ассоциаций носительства генов CLOCK (rs1801260), MTNR1B (rs10830963) с суицидальным поведением не обнаружено.

Обсуждение результатов.

Приведённые нами данные свидетельствуют о возможном вкладе генетических факторов в риск формирования суицидального поведения у лиц с синдромом зависимости от алкоголя.

Была обнаружена ассоциация внешних и внутренних вариантов суицидального поведения и носительства генотипа TT гена *MTNR1A* (rs34532313).

Для носительства генотипа CC гена *DRD2* (rs1800497) характерна меньшая частота встречаемости внешних форм суицидального поведения, так же обнаружена тенденция к меньшей встречаемости всех форм суицидального поведения у носителей данного генотипа.

Влияние полиморфизма генов дофаминовых рецепторов на суицидальное поведение изучено недостаточно. A.D. Genis-Mendoza и соавт. в 2017 г. проанализировали связь вариантов гена *DRD2* (rs6275 и rs1799978) и *ANKK1* (1800497) с попыткой самоубийства в выборке мексиканских пациентов. В результате исследования был обнаружен повышенный риск суицидальной попытки у лиц-носителей генотипа TT полиморфизма rs1800497 гена *ANKK1* при сравнении случаев и контроля [20].

Исследование, проведенное A. Jasiewicz и соавт. не выявило каких-либо значимых взаимосвязей между алкогольной зависимостью с суицидальным поведением и генотипическими и аллельными частотами анализируемых полиморфных вариантов гена *DRD2* и гена *ANKK1* [21].

Ряд исследований, проведенных на сегодняшний день, направлен на описание связей между полиморфными вариантами

генов серотонинергической и дофаминергической систем и алкогольной зависимостью, также в связи с суицидальным поведением. Как правило, они ориентированы на однонуклеотидные полиморфизмы. Многие проведенные исследования показали зависимость между полиморфными вариантами генов серотонинергической системы и попытками самоубийства. Так, A.B. Fatemi и соавт. было обнаружено, что низкий уровень серотонина (5-НТ) центральной нервной системы связан с суицидальным поведением. Исследования N. Antyра и соавт. показали связь между различными генами серотонинергической системы (гены триптофанагидроксилазы *TPH1*; *TPH2*, ген транспорта серотонина *5-HTTLPR* в *SLC6A4*; гены рецептора серотонина: *HTR1A*, *HTR2A*, *HTR1B*, *HTR2C* и суицидальным поведением [10].

Установлено, что генотип G/G в полиморфном варианте гена *5HTT1A* (rs6295) может отвечать за сосуществование суицидальных тенденций и склонности к употреблению алкоголя. В. Paredes с коллегами предположили, что полиморфные варианты гена рецептора *5-HT2A* (rs6311) и (rs6313) могут предрасполагать к импульсивному суицидальному поведению [21]. Для концептуального развития работы необходимо в дальнейшем исследовать генов рецепторов серотонина.

Исследования показывают, что задержка фазы сна и нарушения сна в целом, а также бессонница и ночные кошмары по отдельности связаны с повышенным риском суицидального поведения, однако в работе 2020 г. не выявлено корреляционных связей между интенсивностью суицидальных мыслей и нарушениями сна, но в группе лиц с наличием суицидальных идей были более выражены показатели инсомнии [3]. Носители *CLOCK* rs1801260*С сообщали о большем нарушении сна после переживания стрессовых жизненных событий, что позволяет предположить возможное взаимодействие между вариантами гена *CLOCK* и суточными ритмами с вредными воздействиями стрессоров окружающей среды. Исследование, проведенное F. Benedetti и соавт.

показало значительное влияние вариантов гена *CLOCK* и воздействия стресса на суицид у пациентов, страдающих биполярной депрессией. Кроме того, носители генотипа rs1801260*С гена *CLOCK* чаще обнаруживали связь между историей попытки самоубийства и текущим суицидальным поведением [22]. Исследование ассоциации суицидальных попыток у пациентов с биполярным расстройством с полиморфными вариантами генов *CLOCK*, *ARNTL*, *TIMELESS*, *PER3*, проведенное J. Pawlak и соавторами показало отсутствие положительных результатов при анализе гаплотипов между участниками попыток самоубийства и контрольной группой [23].

Существует необходимость в проведении дальнейших исследований для объяснения зависимостей между системой циркадных ритмов, расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и суицидальным поведением.

Выводы.

В результате нашего исследования у пациентов с алкогольной зависимостью преобладали внутренние формы суицидального поведения.

С повышенным риском внешних форм суицидального поведения у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя ассоциируется носительство генотипа ТТ гена *MTNR1A* (rs34532313).

Заключение.

Суицидальное поведение – это гетерогенный фенотип, с различными биологическими процессами, лежащими в основе суицидальных мыслей, суицидальных попыток и завершеного самоубийства [24]. Оно опосредуется сложным взаимодействием генетических и внешних факторов. Изучение генов-кандидатов является важным аспектом исследования биологических основ суицидального поведения у лиц, зависимых от алкоголя.

Результаты таких исследований могут быть использованы в практике работы врачей для выявления групп риска суицидального поведения и проведения превентивных мер в отношении лиц с синдромом зависимости от алкоголя [25].

Литература:

1. Malhi G.S., et al. Understanding suicide: Focusing on its mechanisms through a lithium lens. *Journal of affective disorders*. 2018; 241: 338-347. DOI: 10.1016/j.jad.2018.08.036
2. Pompili M., et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *International journal of environmental research and public health*. 2010; 7 (4): 1392-1431. DOI: 10.3390/ijerph7041392
3. Ефремов И. С., Асадуллин А. Р., Насырова Р.Ф. и др. Исследование ассоциации суицидального поведения и расстройств сна у людей с алкогольной зависимостью. *Неврологический вестник*. 2020; 52 (2): 63-66. DOI: 10.17816/nb18600
4. Волкова Р. С. Социальные и психологические факторы динамики самоубийств в современной России (на примере самоизоляции). *Научный редактор*. 2020: 375.
5. Зотов П.Б., Уманский С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения. *Суицидология*. 2011; (1): 3-7.
6. Руженков В. А., Руженкова В. В. Некоторые аспекты терминологии и классификации аутоагрессивного поведения. *Суицидология*. 2014; 5 (1): 41-51.
7. Асадуллин А.Р., Асадуллина Г.М., Тимербулатова М.Ф. и др. Анализ суицидального поведения у потребителей "дизайнерских" наркотических средств. *Педагогический журнал Башкортостана*. 2017; 1 (68): 112-118.
8. World Health Organization et al. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
9. Гареева А.Э., Бадретдинов У.Г., Ахметова Э.А. и др. Роль генетических факторов в развитии суицидального поведения у лиц с зависимостью от синтетических катинонов. *Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова*. 2020; 120 (10): 69-77.
10. Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А., Асадуллина Г.М. и др. Суициды и синтетические катиноны. Клинико-генетический анализ. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 19 (2): 12-15.
11. Sreelatha P., Hariitha G., et al. Alcohol dependence syndrome in suicide eattempters: Across-sectional study in a rural tertiary hospital. *Archives of Medicine and Health Sciences*. 2019; 7 (2): 195. DOI: 10.4103/amhs.amhs_44_19
12. Koob G. F. Theoretical frameworks and mechanistic aspects of alcohol addiction: alcohol addiction as a reward deficit disorder. *Behavioral neurobiology of alcohol addiction*. 2011; 13: 3-30. DOI: 10.1007/7854_2011_129
13. Варфоломеева Ю. Е. Субдепрессивные состояния при алкоголизме. *Независимый психиатрический журнал*. 2011; 1: 21-23.
14. Rujescu D., Thalmeier A., Möller H.-J., et al. Molecular genetic findings in suicidal behavior: what is beyond the serotonergic system? *Archives of Suicide Research*. 2007; 11 (1): 17-40. DOI: 10.1080/13811110600897317
15. Pawlak J., Szczepankiewicz A., Kapelski P., et al. Suicidal behavior in the context of disrupted rhythmicity in bipolar disorder—complementary research of clock genes with suicide risks factors and course of disease. *Psychiatry research*. 2017; 257: 446-449. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.07.057
16. Schuch J.B., Genro J.P., Bastos C.R., et al. The role of *CLOCK* gene in psychiatric disorders: Evidence from human and animal research. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuro-psychiatric Genetics*. 2018; 177 (2): 181-198. DOI:10.1002/ajmg.b.32599
17. Анисимов В.Н. Мелатонин и его место в современной медицине. *Русский медицинский журнал*. 2006; 14 (4): 269-273.
18. Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А., Ефремов И.С. и др. Роль нарушений сна и дисрегуляции мелатонинергической системы в формировании расстройств употребления алкоголя. *Наркология*. 2020; 19 (3): 66-75.
19. Pacchierotti C., Iapichino S., Bossini L., et al. Melatonin in psychiatric disorders: a review on the melatonin involvement in psychiatry. *Frontiers in neuroendocrinology*. 2001; 22 (1): 18-32. DOI: 10.1006/fne.2000.0202

20. Genis-Mendoza A.D., et al. Association between polymorphisms of the DRD2 and ANKK1 genes and suicide attempt: a preliminary case-control study in a Mexican population. *Neuropsychobiology*. 2017; 76 (4): 193-198. DOI: 10.1159/000490071
21. Jasiewicz A., Samochowiec A., Samochowiec J., et al. Suicidal behavior and haplotypes of the dopamine receptor gene (DRD2) and ANKK1 gene polymorphisms in patients with alcohol dependence—preliminary report. *PLoS One*. 2014; 9 (11): e111798. DOI: 10.1371/journal.pone.0111798
22. Benedetti F., Riccaboni R., Dall'aspezia S., et al. Effects of CLOCK gene variants and early stress on hopelessness and suicide in bipolar depression. *Chronobiology international*. 2015; 32 (8): 1156-1161. DOI: 10.3109/07420528.2015.1060603
23. Pawlak J., Dmitrzak-Weglaz M., Maciukiewicz M., et al. Suicidal behavior in the context of disrupted rhythmicity in bipolar disorder – Data from an association study of suicide attempts with clock genes. *Psychiatry research*. 2015; 226 (2-3): 517-520. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.01.010
24. Antypa N., Serretti A., Rujescu D. Serotonergic genes and suicide: a systematic review. *European Neuropsychopharmacology*. 2013; 23 (10): 1125-1142. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2013.03.013
25. Халилова З.Л., Зайнуллина А.Г., Гайсина Д.А., Хуснутдинова Э.К. Анализ ассоциаций гаплотипов гена триптофангидроксилазы 1 с суицидальным поведением. *Российский психиатрический журнал*. 2012; 1: 57-60.

GENETIC ASSOCIATIONS OF POLYMORPHIC VARIANTS OF MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) GENES WITH FORMS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

E.Y. Sidorova, E.A. Akhmetova, Z.S. Ashurov, A.R. Asadullin, R.F. Nasyrova, I.S. Efremov

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia
V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

The study of genetic associations of polymorphic variants of the genes MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) with forms of suicidal behavior in patients with alcohol dependence. As a result of the study, it was found that internal forms of suicidal behavior prevailed in patients with alcoholism. The increased risk of external forms of suicidal behavior in patients with alcohol dependence syndrome is associated with the carriage of the TT gene type MTNR1A (rs34532313).

Keywords: early post-abstinence period, alcoholism, suicides, suicide genetics

Информация об авторах:

Сидорова Евгения Юрьевна (ORCID iD:0000-0002-2020-7450). Место работы и должность: врач психиатр-нарколог ГБУЗ «Республиканский клинический наркологический диспансер». Адрес: г. Уфа, ул. Пушкина, 119; Ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет». Адрес: г. Уфа, ул. Ленина, 3. Электронная почта: evgeniayusidorova@yandex.ru

Ахметова Эльвина Аслямовна – к.м.н. (Researcher ID: A-7166-2018; ORCID iD: 0000-0003-4053-6232). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет». Адрес: г. Уфа, ул. Ленина, 3. Заведующий наркологическим отделением №1 ГБУЗ «Республиканский клинический наркологический диспансер» МЗ РБ. Адрес: г. Уфа, ул. Пушкина, 119. Научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом центра персонализированной психиатрии и неврологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Адрес: г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3. Электронная почта: aea1202@yandex.ru

Ашуров Зарифжон Шарифович – д.м.н., профессор. Место работы и должность: директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра наркологии. Адрес: Узбекистан, 102147, Ташкентская область, Кибрайский район, пос. Салар, ул. Ором, 1; заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Ташкентской медицинской академии. Адрес: Узбекистан, г. Ташкент, ул. Шифокорлар, 10. Электронная почта: zarif.ashurov@tma.uz

Асадуллин Азат Раилевич – д.м.н., профессор (SPIN-код: 3740-7843; ResearcherID: A-7168-2018; ORCID iD: 0000-0001-7148-4485). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет». Адрес: г. Уфа, ул. Ленина, 3. Ведущий научный сотрудник Института персонализированной психиатрии и неврологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». Адрес: г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3. Электронная почта: droar@yandex.ru

Насырова Регина Фаритовна – д.м.н. (SPIN-код: 3799-0099; ResearcherID: B-1259-2014; ORCID iD: 0000-0003-1874-9434). Место работы и должность: главный научный сотрудник, руководитель Института персонализированной психиатрии, руководитель центра персонализированной психиатрии и неврологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». Адрес: г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3. Электронная почта: reginaf@bekhterev.ru

Ефремов Илья Сергеевич (SPIN-код: 9983-8464; ORCID iD: 0000-0002-9994-8656). Место работы и должность: ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет». Адрес: г. Уфа, ул. Ленина, 3. Младший научный сотрудник персонализированной психиатрии и неврологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». Адрес: г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3.

Для цитирования: Сидорова Е.Ю., Ахметова Э.А., Ашуров З.Ш., Асадуллин А.Р., Насырова Р.Ф., Ефремов И.С. Генетические ассоциации полиморфных вариантов генов MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) с формами суицидального поведения у пациентов с алкогольной зависимостью. *Академический журнал Западной Сибири*. 2022; 18 (1): 23-29. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-23-29

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

*Е.Б. Любов, А.В. Сахаров, П.К. Яхъяева,
Е.М. Крюкова, Е.Ю. Антохин,
Т.М. Волостнова, О.А. Обьедкова,
С.В. Паляева*

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ
«Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
Минздрава России, г. Москва
Читинская государственная медицинская академия,
г. Чита, Россия
Оренбургский государственный медицинский
университет г. Оренбург
Оренбургская областная клиническая
психиатрическая больница № 1, г. Оренбург

Многоцентровое ретроспективное наблюдательное клиничко-эпидемиологическое и количественное фармакоэпидемиологическое исследование. Показаны распространенность резистентной депрессии с суицидальным поведением (при болезненности 15% на участке ПНД суицидальное поведение отмечено у каждого пятого) и типовой портрет (женщина среднего возраста с длительным (около 10 лет) расстройством без психотических эпизодов около 10 лет с ежегодными госпитализациями, суицидальными попытками в прошлом посредством самоотравлений психотропными препаратами).

Ключевые слова: резистентная депрессия, распространенность, клиника, суицидальное поведение

При массиве научной информации об аффективных расстройствах недостаточно известны распространенность, паттерны помощи зарегистрированных в психиатрических службах больных резистентной депрессией (РД) и особенно - с суицидальным поведением (СП) на диспансерном наблюдении. РД представляют актуальную научно-практическую проблему психиатрии ввиду распространенности (около трети депрессивных) при неопределенности критериев выделения проблемной группы с сочетанными клиничко-социальными проблемами. Неэффективность терапии приводит к

усугублению социально-экономического бремени болезни, включая последствия СП. Депрессивное расстройство (ДР) – разнородная по этиопатогенезу, клиничским (зачастую полярного характера) проявлениям, терапевтическим подходам и прогнозу группа. Известной проблемой оказывается недодиагностика и/или неадекватное лечение ДР в повседневной общемедицинской и психиатрической практиках. До трети (30%) больных устойчивы к традиционным методам лечения [1]; неопределенная часть не достигает клиничского выздоровления – в связи с терапией, не соответствующей уровню качества (рекомендациям клиничских руководств).

Не существуют окончательно согласованных стандартизированных операционных критериев РД: в психиатрической литературе более 10 различных определений [2, 3]. Общее согласие сводится к безуспешному результату, по крайней мере, двух адекватных курсов терапии антидепрессантами (АД) [4]. Термин «трудно поддающаяся лечению депрессия» не приносит «терапевтического нигилизма» в отношении психиатра и пациента при разнородности группы РД с биологическими субтипами и эндофенотипами [5]. Предложены алгоритмы лечения АД (стадийные методы) [6, 7], разработаны протоколы и лечебные ресурсы. РД, при диспропорционально относительно малой ее представленности в ДР, влечет существенные клиничко-социальные и экономические потери для пациента, его близких, медицинской системы и общества в целом [8]. Традиционный показатель риска самоубийства при ДР 15% (более точный – 6%), в 30 раз выше, чем в общей популяции, но сведения о СП при РД недостаточны. У больных РД меньше шансов на выздоровление [9], а потому выше риск СП при учете сопутствующих больному отчаянию, безысходности (в том числе, в оценке перспектив лечения), снижения повседневного функционирования.

Цель: 1) определение доли больных РД на участке ПНД, 2) изучение социально-демографических и клиничских характеристик больных РД с СП.

Материалы и методы:

Многоцентровое (Москва, Оренбургская область, Забайкальский край с разным уровнем финансирования психиатрических служб) ретроспективное наблюдательное клинико-эпидемиологическое и количественное фармакоэпидемиологическое исследование. На первом этапе невыборочно продольно и поперечно (в течение календарного 2020 года) изучена медицинская документация (амбулаторные карты) всех пациентов (суммарно 148) с диагнозами F 30-39 (МКБ-10) под диспансерным наблюдением на случайно избранном участке ПНД региона; на втором – определена выборка РД (суммарно 22 пациента) по рабочим критериям включения: отсутствие видимого клинического эффекта после трех последовательных курсов терапии АД не менее шести недель каждый в терапевтических дозах при следовании пациентом режиму лечения (не менее 80% времени в году); на третьем – выделена целевая группа пациентов (мужчин и женщин в возрасте от 20 до 71 лет, средний возраст 46,8 ($\pm 16,3$), среди них 18 (81,8%) женщин и 4 (18,2%) мужчин) с СП (внутренние и внешние формы) в 2020 г. с привлечением по оригинальной медико-статистической карте.

Результаты:

В отечественных ПНД под наблюдением 107 тыс. чел. (2020 г.) больных ДР (здесь и далее данные МЗ РФ), показатель годами относительно стабилен, что в 20-30 раз меньше «актуальной численности» больных ДР, нуждающихся в специализированной помощи и указывает на «фильтр» в оказании психиатрической помощи. Низка выявляемость ДР пациентов психиатрических служб при «растворении» их в других нозологических категориях. Так, на участках ПНД (диспансерное наблюдение) – не более 2% ДР. Больные РД (14,9% общей аффективной выборки) представлены в основном женщинами (81,8%), лицами среднего возраста: 46,8 $\pm 16,3$ (20-71) лет. По данным МЗ РФ, у зарегистрированных психиатрическими службами (ПНД) больных ДР также «женское лицо» (62,4%). На лиц ≥ 60 лет приходится почти 30% (28,7%). В выборке рези-

стентных с СП – 20% (единственный пожилой). Длительность болезни составляет 1-37 лет (в среднем 10,8 лет); длительность диспансерного наблюдения – 1-37 лет (в среднем 8,4 лет). Среди больных РД в анамнезе у 11 (50%) отмечены суицидальные мысли, планы, попытки. Пять больных с актуальным (2020 г.) СП составили 22,7% группы РД, среди них 4 (80%) женщин, 41,4 \pm 18,9 (20-63) лет с незаконченным высшим (20%), остальные – со средним (профессиональным) образованием. Все не работали последний год (анализа), но лишь у одного инвалидность (3 группы бессрочно). Один пациент на пенсии по возрасту. Длительность наблюдения в ПНД $\pm 9,2$ (1-8 лет), длительность болезни $\pm 3,1$ (1-24 лет). В стране не менее 16 тысяч больных РД. Преобладают непсихотические депрессии (83%), как и в нашей выборке РД. Пациенты связывали ДР с внешними причинами, включая конфликты с близкими, хроническими болезнями, материальными трудностями, сетуя на невозможность совладать с «нервами»; фиксированы на затруднениях повседневного функционирования (бремя для себя и семьи), бессонницу, неизбыточная усталость, головные боли. Сетуют на отчаяние, бессмысленность жизни. Соблюдают режим лечения, но не верят в улучшение.

Депрессивная триада в неравной и неполной степени за счет не очевидных больному снижения настроения (привычно ровное, «никакое» как при «депрессии духа» Н. Weitbrecht) и ангедонии. Внешне упорядоченные пациенты отмечают вялость желаний и побуждений, снижение жизненного тонуса, равнодушно-отстраненное восприятие событий. Клиническая картина РД определена затяжным (многолетним) течением и атипичностью проявлений: дисгармоничными (апато-адинамическими, астеническими, сенесто-ипохондрическими и фобическими симптомами, что приводит, наряду с СП, к высокому уровню ресурсопотребления медицинской и психиатрической помощи. У каждого пятого больного РД отмечено СП, включая суицидальные попытки (прерванные суициды). Для сравнения: среди наблюдаемых в ПНД больных ДР в 2020

г. (данные МЗ РФ) совершили суицидальную попытку (26,3%) или суицид (3%).

Примерно за месяц перед очередной суицидальной попыткой на фоне лечения в амбулаторной карте отмечены бессонница (без детализации), усиление тревоги до ажитации, дисфория, ощущение «нереальности происходящего». В одном случае развилась психотическая симптоматика с идеями самообвинения. Типовая реакция врача – неотложная госпитализация (в одном случае недобровольная – ДР с психотическими чертами). За год анализа на пять больных РД с СП пришлось девять госпитализаций (суммарно 307 койко-дней, или в среднем 61,4 койко-дней на пациента), причем повторно за год у трех; дневной стационар при его наличии не использован. 40% попыток суицида прерваны окружающими, в 20% случаев потребовалось лечение в многопрофильной больнице (отделение острых отравлений, реанимационное отделение). В 90% - больные и их близкие самостоятельно обратились за психиатрической помощью непосредственно в больницу. В анамнезе и за последний год суицидальные мысли отмечены у всех больных, в последующем совершивших суммарно 10 суицидальных попыток: лекарственные самоотравления (40%, причем 60% использовали психотропные препараты), самоповешение (30%), попытка выброситься из окна (20%), самопорезы (10%), причем 20% пациентов совершили суицидальную попытку в первый год с начала заболевания. По данным МЗ РФ, госпитализированы в течение года 16,6% больных ДР (в нашей выборке – 100%), больных, около 60% – повторно за год (как в группе суицидентов). Длительность усредненного эпизода госпитализации больных ДР 35,5 койко-дней против 61,4 в группе исследования, что можно объяснить малой эффективностью терапии (неполная ремиссия без существенного улучшения повседневного функционирования) и СП. При этом больные выписывались со схемой терапии, потенциально опасной при намеренной передозировке (самоотравления в анамнезе). Во всех случаях в течение не менее 80% времени года анализа типовая схе-

ма психофармакотерапии заключалась в сочетании СИОЗС в терапевтических дозах с атипичными антипсихотиками в малых дозах (кветиапин до 300 мг или рисперидоном 2 мг, хлорпротиксеном 25-50 мг на ночь). При госпитализации после суицидальной попытки (шесть из суммарных десяти) терапия изменена во всех случаях: чаще антидепрессант нового поколения меняли на трициклический АД (амитриптилин в инъекциях и капельницах) в сочетании с транквилизаторами в инъекциях в первые 1-2 недели. По выписке (больные становились «спокойнее», но оставались депрессивными при редукции суицидальных мыслей); трициклический АД в таблетках (амитриптилин до 150 мг/с) в связи с плохой переносимостью вновь менялся на СИОЗС в «добольничных» дозировках или присоединялся второй СИОЗС. Пациенты оставались вялыми, подавленными, малоинициативными в быту.

Выводы:

РД представляет относительно малую часть ДР на участке ПНД (15%), согласно литературным данным с опорой на строгие критерии определения. Усредненный типовой портрет больного РД с СП на участке ПНД, следующий: нетрудоспособная при удовлетворительном образовательном цензе женщина (гендерное соотношение 4:1, как и в общей популяции) среднего возраста с длительным «стажем» ДР. Однако мало доказательств, что женский пол служит фактором риска РД (при их преобладании среди пациентов ПНД и больных клинической депрессией, в частности). Женщины при этом преобладают среди совершающих суицидальные попытки («гендерный парадокс» [10, 11]). Оба полюса возрастного спектра описаны как факторы риска РД [12], но в выборке исследования преобладают лица среднего возраста с значительной социально-трудовой дезадаптацией, что косвенно указывает экономический ущерб ДР и РД в частности. Амбулаторная и больничная альтернативная (ни один больной РД не лечен ЭСТ) типовая психофармакотерапия в виде сочетаний антидепрессантов и антипсихотиков – одновременно избыточна и недостаточна без учета риска СП (само-

отравлений). При этом паттерны лечения РД (но не антидепрессант первой линии) мало изменились за последние 25 лет. Больные РД с СП представляют ресурсоемкую группу с сочетанными клинико-социальными проблемами, требующую особых (комплексных) лечебно-реабилитационных мероприятий. Повседневная практика, отличная от клинических рекомендаций, указывает ресурсы повышения качества помощи. Необходимо продолжить изучение надежности и прогностической полезности моделей стадирования и дополнительных характеристик РД с СП, расширение терапевтического репертуара за счёт нелекарственных методов (как ЭСТ).

Ограничения исследования вытекают из его дизайна (ретроспективное натуралистическое наблюдательное с опорой на медицинскую документацию), малой выборки (необходимо расширение базы данных), отсутствия контрольной группы (сравнение с выборками депрессивных больных и РД, в частности). Нет данных о сопутствующих физических и психических расстройствах как факторах риска РД, не детализированы функциональные нарушения. Целесообразно для целостности оценки и выявления ресурсов повышения стоимостной эффективности помощи привлечение возможностей фармакоэпидемиологического (количественного и качественного) и фармакоэкономического (стоимостной) анализов.

Литература:

1. McLachlan G. Treatment resistant depression: what are the options? *BMJ*. 2018; 363: k5354. DOI: 10.1136/bmj.k5354
2. O'Reardon J.P., Amsterdam J.D. Overview of treatment-resistant depression and its management. In: Amsterdam J.D., Hornig M., Nierenberg A.A., eds. *Treatment-Resistant mood disorders*. Cambridge University Press, 2001; 30-45.
3. Burrows G.D., Norman T.R. Treatment-resistant unipolar depression. In: Lader M., Naber D., eds. *Difficult clinical problems in psychiatry*. Martin Dunit., 1999; 57-73.
4. Rush A.J., Trivedi M.H., Wisniewski S.R., et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*. 2006; 163 (11): 1905-1917. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.11.1905
5. Conway C.R., George M.S., Sackeim H.A. Defining treatment-resistant depression-reply. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74 (7): 759. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0970
6. Thase M.E., Rush A.J. When at first you don't succeed: Sequential strategies for antidepressant nonresponders. *J Clin Psychiatry*. 1997; 58, 23-29.
7. Fekadu A., Wooderson S.C., Markopoulou K., et al. What happens to patients with treatment-resistant depression? A system-

atic review of medium to long term outcome studies. *J Affect Disord*. 2009; 116: 4-11.

8. NICE. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). Leicester (UK): *British Psychological Society*. 2010.
9. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 16-31.
10. Уманский М.С., Зотова Е.П. Суицидальные попытки: соотношение мужчин и женщин. *Девиянтология*. 2018; 2 (1): 30-35.
11. Розанов В.А. К вопросу о гендерном парадоксе в суицидологии – современный контекст. *Суицидология*. 2021; 12 (1): 80-108. DOI: 10.32878/suiciderus.20-12-01(42)-80-108
12. Kornstein S.G., Schneider R.K. Clinical features of treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62 (16): 18-25.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF RESISTANT DEPRESSION PATIENTS WITH SUICIDAL RISK: PRELIMINARY RESULTS

E.B. Lyubov, A.V. Sakharov, P.K. Yakhyaeva, E.M. Kryukova, E.Yu. Antokhin, T.M. Volostnova, O.A. Obedkova, S.V. Palyaeva

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia
Chita State Medical Academy, Chita, Russia
Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia
Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital №1, Orenburg, Russia

Abstract:

Multicenter retrospective observational clinical epidemiological and quantitative pharmacoepidemiological study. The prevalence of resistant depression with suicidal behavior is shown (with morbidity of 15% at the Psychoneurological Clinic, suicidal behavior was noted in every fifth person) and a typical portrait (a middle-aged woman with a long-term (about 10 years) disorder without psychotic episodes for about 10 years with annual hospitalizations, suicidal attempts in the past through self-poisoning with psychotropic drugs).

Keywords: resistant depression, prevalence, clinic, suicidal behavior

Информация об авторах:

Любов Евгений Борисович – д.м.н., профессор (SPIN-код: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, 3. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронная почта: lyubov.evgeny@mail.ru

Сахаров Анатолий Васильевич – д.м.н. (SPIN-код: 1441-4806; Researcher ID: N-4261-2016; ORCID iD: 0000-0001-8835-6607). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читин-

ская государственная медицинская академия» МЗ РФ. Адрес: 672000, г. Чита, Амурская, 97. Электронная почта: sakharov-chita@yandex.ru

Яхьяева Патимат Курбановна – к.м.н. (SPIN-код: 3896-6530; AuthorID: 112909; ORCID iD: 0000-0003-1409-5808). Место работы и должность: старший научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронная почта: patya-yahyaeva@mail.ru

Крюкова Елена Михайловна (ORCID iD: 0000-0001-9968-0605). Место работы и должность: главный врач ГБУЗ "Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1". Адрес: 460006, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, 5. Электронная почта: ookrb-1@yandex.ru

Антохин Евгений Юрьевич – к.м.н., доцент (SPIN-код: 5875-2889; Scopus AuthorID 57192418363; Researcher ID: ABA-5781-2021; ORCID iD 0000-0001-6835-8613). Место работы и должность: заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО "Оренбургский государственный медицинский университет" МЗ РФ. Адрес: 460000, г. Оренбург, Советская, 6. Электронная почта: antioh73@yandex.ru

Волостнова Татьяна Михайловна (ORCID iD: 0000-0002-1835-0741). Место работы и должность: врач-психиатр ГБУЗ "Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1". Адрес: 460006, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, 5. Электронная почта: ookrb-1@yandex.ru

Объедкова Олеся Анатольевна (ORCID iD: 0000-0002-6158-9715). Место работы и должность: врач-психиатр ГБУЗ "Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1". Адрес: 460006, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, 5. Электронная почта: ookrb-1@yandex.ru

Паляева Светлана Владимировна (ORCID iD: 0000-0002-6970-8088). Место работы и должность: заместитель главного врача по поликлинической работе ГБУЗ "Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1". Адрес: 460006, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, 5. Электронная почта: ookrb-1@yandex.ru

Благодарность. Авторы благодарят ординатора НИИЦ ПН им. В.П. Сербского В.А. Калашникова за помощь в работе.

Для цитирования: Любов Е.Б., Сахаров А.В., Яхьяева П.К., Крюкова Е.М., Антохин Е.Ю., Волостнова Т.М., Объедкова О.А., Паляева С.В. Клинико-эпидемиологическое исследование больных резистентной депрессией с суицидальным риском: предварительные результаты. *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (1): 30-34. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-30-34

УДК 616.89-008

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ, МОТИВИРОВАННЫХ К СОВЕРШЕНИЮ СУИЦИДА

С.В. Давидовский, С.А. Игумнов, Д.Д. Костюк

Белорусская МАПО, г. Минск, Беларусь
Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», г. Москва, Россия
Вроцлавский государственный университет, Институт психологии, г. Вроцлав, Польша

Исследование лиц, мотивированных к совершению суицида, выявило, что характер взаимосвязей между социально-демографическими показателями зависел от гендерных различий. Выраженность показателя интроверсии-экстраверсии у лиц, мотивированных к совершению суицида, был ниже, а уровень нейротизма и возбудимости значительно ниже, чем в группе сравнения. Лица, мотивированные к совершению суицида, чаще использовали стратегию бегства-избегания, в группе сравнения - стратегию поиска социальной поддержки.

Ключевые слова: мотивация, суицид, копинг-стратегии

В настоящее время остается актуальным поиск надёжных индикаторов риска совершения суицида, что делает важным изучение причин и условий, обуславливающих формирование суицидального поведения [1, 2, 3].

Цель исследования: выявить статистически значимые социально - демографические и индивидуально-психологические факторы, взаимосвязанные с выраженной мотивацией к совершению суицида.

Материал и методы.

На основании данных исследования суицидального поведения жителей г. Минска [4-11] были сформированы 2 группы респондентов: в первую группу вошли лица мотивированные к совершению суицида (далее-ГЛМСС), в группу сравнения (далее-ГС) вошли лица, у которых было диагностировано расстройство адаптации (F43.2),

ранее не совершавшие суицидальных попыток. Всего в исследовании приняло участие 128 человек (73 человека в ГС и 55 в ГЛМСС).

В процессе исследования фиксировались социально-демографические данные, определялись индивидуальные и характерологические особенности личности. Использовался личностный тест Айзенка, что позволило исключить из исследования недостоверные данные (при наличии 5 и более баллов по шкале «Лжи», результаты психологического исследования не учитывались). Психологические (личностные) характеристики оценивались по тест-опроснику Леонгарда-Шмишека, показатели выраженности копинг-стратегий – по тесту Лазаруса. Результаты тестов измерялись в балльных порядковых шкалах. Уровень мотивации на совершение суицида оценивался по 10-балльной аналоговой шкале (номер заявки 202000286 от 28.09.2020 г., получено предварительное одобрения).

Гипотеза о наличии статистической взаимосвязи при анализе номинальных и порядковых переменных проверялась по критерию χ^2 при стандартном уровне значимости $p \leq 0,05$ с вычислением значимости точным методом. При наличии допустимого уровня значимости величина эффекта (сила связи) оценивалась с помощью коэффициента Крамера.

Обработка данных осуществлялась с помощью пакета SPSS Statistics 22.

Результаты.

Исследовательские группы статистически значимо различались по выраженности мотивации к совершению суицида ($p=0,00$).

В ГС преобладали лица с диагнозом F43, в ГЛМСС помимо диагноза F43, частыми были диагнозы, связанные с употреблением алкоголя (F10.2 и F10.1), доля лиц, у которых выявлялся диагноз F32 составила 12,7% (6 человек с диагнозом с F32, 1 – с диагнозом F32; F62) (табл. 1).

В процесс проведения исследования было установлено, что на характер взаимосвязей между показателями в исследовательских группах оказали влияние пол исследуемых лиц.

Таблица 1
Распределение диагнозов в группах в зависимости от пола

Диагноз	ГС		ГЛМСС	
	М	Ж	М	Ж
F06			1	
F06F10.2			1	
F10.1			1	3
F10.2			9	
F10.2F43			1	
F19			1	
F20				1
F22			1	
F23			1	
F32			4	2
F32F43	1			
F32F62				1
F33F43	1			
F42				1
F43	48	20	11	4
F43F10.1			6	
F43F10.2	1		3	1
F43F41	1			
F43F51	1			
F53				1
F60F10.1				1
Всего	53	20	40	15

Мужчины ГЛМСС были реже женаты (61,5% в ОГ, 40% в ГС, $p=0,020$), имели более низкий доход (ГЛМСС – доход 100-160\$ имели 30,9%, свыше 500\$-9,1%, в ГС – доход 100-160\$ имели 10,3%, свыше 500\$-9,1%, при $p=0,011$). У мужчин и женщин ГЛМСС отмечался более низкий уровень образования, они реже имели высшее образование (ГС-69,2%, ГЛМСС-15%, при $p=0,00$) и чаще – среднее (ГС-5,8%, ГЛМСС-30%, при $p=0,00$).

В ГЛМСС была значимо выше доля лиц, воспитывавшихся в неполной семье (соответственно 35,2% и 14,9%, при p).

Как следует из таблицы 2, между исследовательскими группами были выявлены

различия по показателям интроверсии-экстраверсии, нейротизма и возбудимости.

Выраженность показателя интроверсии-экстраверсии в ГЛМСС ниже, чем в ГС, за счет высокой доли лиц с невыраженной акцентуацией по этому показателю (диапазон 0-12 баллов).

Таблица 2

Значимость различий между группами по критерию Манна-Уитни

Всего	Все	Муж.	Жен.
Интроверсия-экстраверсия	0,033	0,066	0,389
Нейротизм	0,005	0,022	0,081
Демонстративность	0,850	0,831	0,477
Застревание	0,285	0,441	0,400
Педантичность	0,272	0,508	0,331
Возбудимость	0,000	0,002	0,051
Гипертимность	0,845	0,958	0,683
Дистимность	0,367	0,340	0,683
Тревожность	0,194	0,292	0,331
Экзальтированность	0,504	0,540	0,591
Эмотивность	0,373	0,416	1,000
Циклотимность	0,653	0,419	0,591

Уровень нейротизма в ГЛМСС значимо ниже, чем в ГС, за счет более высокой доли лиц с невыраженной акцентуацией по этому показателю (диапазон 0-12 баллов) и более низкой доли лиц с выраженной акцентуацией (диапазон 19-24 балла).

Уровень возбудимости в ГЛМСС значимо ниже, чем в ГС, за счет высокой доли лиц с невыраженной акцентуацией по этому показателю (диапазон 0-12 баллов).

При анализе стратегий копинг - поведения отмечено значимость различий на уровне $p \leq 0,05$ и $p \leq 0,1$ между ГС и ГЛМСС по использованию стратегии «поиска социальной поддержки» и стратегии «бегства-избегания» у лиц мужского пола».

В ГЛМСС стратегия «поиск социальной поддержки» используется редко либо умеренно, случаев выраженного использования стратегии в этой группе нет. В ГС выраженное использование данной стратегии имеет место в 25,8% случаев, у лиц

мужского пола еще чаще (30,0%). В целом по выборке значимость различий находится на уровне $p \leq 0,05$, у мужчин – на уровне $p \leq 0,1$.

Значимость различий по использованию стратегии «бегства-избегания» находится на уровне $p \leq 0,1$. Выраженное использование этой стратегии в ГЛМСС наблюдалось в целом по выборке в 60,0% случаев, у мужчин – 61,5%. В ГС выраженное использование стратегии встречалось менее интенсивно (35,5%), у лиц мужского пола в 25,0% случаев.

Таблица 3

Значимость различий по стратегиям копинг-поведения (Манна-Уитни)

Всего	Все	Муж.	Женц.
Конфронтация	0,422	0,334	0,724
Дистанцирование	0,122	0,194	0,536
Самоконтроль	0,511	0,785	0,728
Поиск социальной поддержки	0,089	0,018	1,000
Принятие ответственности	0,642	0,986	0,375
Бегство-избегание	0,219	0,102	0,791
Планирование решения проблемы	0,992	0,785	0,724
Положительная переоценка	0,772	0,573	0,791

Выводы:

1. Характер взаимосвязей между социально-демографическими показателями в исследовательских группах зависел от гендерных различий.

2. Лица мужского пола ГЛМСС были реже женаты, имели более низкий доход.

3. В ГЛМСС отмечался более низкий уровень образования, реже встречали лица, которые имели высшее образование и значимо выше была доля лиц, воспитывавшихся в неполной семье

4. Выраженность показателя интроверсии-экстраверсии в ГЛМСС ниже, а уровень нейротизма и уровень возбудимости значимо ниже, чем в ГС.

5. Исследовательские группы значимо различались по интенсивности использова-

ния двух копинг-стратегий: стратегии «поиск социальной поддержки» (в ГЛМСС случаи выраженного использования данной стратегии не отмечались) и стратегия «бегства-избегания» (значимо чаще отмечалось в ГЛМСС по сравнению с ГС).

Литература:

1. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Любовь Е.Б., Носова Е.С. Суицидальное поведение в начале психических расстройств: отчаяние и надежда. *Суицидология*. 2017; 8 (2): 28-32.
3. Банников Г.С., Павлова Т.С., Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В., Газзова Л.А., Баженова М.Д. Раннее выявление потенциальных и актуальных факторов риска суицидального поведения у несовершеннолетних. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 82-91.
4. Давидовский С.В. Особенности суицидального поведения среди жителей г. Минска. *Здравоохранение*. 2016; 3: 72-77.
5. Давидовский С.В., Ибрагимова Ж.А., Гончарик А.В., Марчук С.И., Залеская И.С., Третьяк А.Н., Хвостова И.И., Данилова Л.И. Особенности генотипа лиц, совершивших парасуицид. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2019; 10 (3): 417-427.
6. Давидовский С.В., Ибрагимова Ж.А., Картун Л.В., Ходосовская Е.В., Леонов Н.Н., Таболина А.А. Особенности содержания холестерина и его липопротеиновых фракций в периферической крови лиц, совершивших суицидальные попытки. *Лабораторная диагностика, Восточная Европа*. 2019; 8 (4): 461-469.
7. Давидовский С.В., Ибрагимова Ж.А., Гончарик А.В., Картун Л.В., Леонов Н.Н., Данилова Л.И., Кужаль В.В., Залеская И.С., Третьяк А.Н., Микицкий Ю.М. Метод классификации для прогнозирования риска суицида. *Весті Нацыянальнай акадэміі навук Беларусі. Серыя медыцынскіх навук*. 2020; 17 (2): 248-256.
8. Давидовский С.В., Ибрагимова Ж.А., Игумнов С.А., Костюк Д.Д., Мещеряков Ю.В., Стефанин А.Л. Клинико-психологические и социально-демографические особенности суицидального поведения населения Минска (Республика Беларусь). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2020; 3 (108): 102-114.
9. Давидовский С.В., Ибрагимова Ж.А., Картун Л.В., Ходосовская Е.В., Леонов Н.Н. Особенности гормонально-метаболического статуса у лиц, совершивших суицидальную попытку. *Лабораторная диагностика, Восточная Европа*. 2021; 10 (2): 130-145.
10. Давидовский С.В., Данилова Л.И., Ибрагимова Ж.А., Костюк С.А., Марчук С.И., Мещеряков Ю.В., Старцев А.И., Стефанин А.Л., Бабенко А.С. Анализ частоты встречаемости генотипов и аллелей генов HTR1, BDNF, COMT, SKA 2 с использованием языка программирования Python у лиц городской популяции, совершивших суицидальную попытку. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2020; 30 (3): 5-12.
11. Давидовский С.В., Катаргина Е.Л., Александров А.А., Байкова И.А. Особенности суицидального поведения у жителей Минской области. *Здравоохранение*. 2021; 4: 5-11.

SOCIO-DEMOGRAPHIC AND INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS MOTIVATED TO COMMIT SUICIDE

S. Davidouski, S. Igumnov, D.D. Kastsyuk

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus
National Research Center of Narcology – branch of V.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology", Moscow, Russia
Wroclaw State University, Institute of Psychology, Wroclaw, Poland

Abstract:

A study of persons motivated to commit suicide revealed that the nature of the relationship between socio-demographic indicators depended on gender differences. The severity of the indicator of introversion-extroversion in persons motivated to commit suicide was lower, and the level of neuroticism and excitability was significantly lower than in the comparison group. Persons motivated to commit suicide more often used the strategy of flight-avoidance, in the comparison group, the strategy of seeking social support.

Keywords: motivation, suicide, coping strategies

Информация об авторах:

Давидовский Сергей Владимирович – к.м.н., доцент (SPIN-код: 4314-6332; AuthorID: 884011; ORCID iD: 0000-0003-3955-8936). Место работы и должность: доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования». Адрес: Беларусь, 220012, г. Минск, ул. П. Бровки, 3. Электронная почта: davidouski@yandex.by

Игумнов Сергей Александрович – д.м.н., профессор (Researcher ID: E-7975-2018; ORCID iD: 0000-0002-0529-420X). Место работы и должность: руководитель отдела клинической наркологии Национального научного центра наркологии – ф-л ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского». Адрес: 119002, г. Москва, Могильевский пер., 3. Электронная почта: sigumnov67@gmail.com

Костюк Дарья Дмитриевна (ORCID iD: 0000-0002-8816-7280). Место учёбы: студентка Института психологии, Вроцлавский государственный университет. Адрес: Польша, 50-37, г. Вроцлав, площадь Университетская, 1. Электронная почта: kostyuk20001402@mail.ru

Для цитирования: Давидовский С.В., Игумнов С.А., Костюк Д.Д. Социально-демографические и индивидуально-психологические особенности лиц, мотивированных к совершению суицида. *Академический журнал Западной Сибири*. 2022; 18 (1): 34-37.
DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-34-37

САМОПОРЕЗЫ И РАНЫ У ПОГИБШИХ ОТ СУИЦИДА (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

*П.Б. Зотов, А.А. Калашников,
Е.Г. Скрябин, В.А. Шидин,
Н.Н. Спадерова*

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень
Областное бюро судебно-медицинской экспертизы, г. Тюмень

Представлен *постмортальный анализ самопорезов и ран у 88 погибших от суицида (77 мужчин и 11 женщин, в возрасте от 17 до 90 лет, соотношение М : Ж – 7 : 1)*. Показано, что следы самопорезов, повреждений и ран выявляются у каждого пятого суицидента (19,3%) независимо от избранного способа самоубийства и преимущественно ассоциированы с мужским полом (соотношение М:Ж – 16:1). Установлено, что среди дополнительных потенциальных факторов суицидальной активности и самоповреждений может выступать алкоголь (45,5%), частота выявления которого выше у лиц, имеющих умышленные повреждения кожи (64,7%), совершенные ими в отдаленный или острый пресуицидальный период. В заключении авторы делают вывод о том, что полученные в ходе исследования данные указывают на важный практический вывод – более внимательный осмотр пациентов врачом любой специальности, активное выявление суицидального поведения, изучение суицидального анамнеза человека – значимый элемент суицидальной превенции, позволяющий выявлять группу риска и направлять человека к специалисту в области психического здоровья. Предложенное направление исследований позволяет получить значимые для клинической суицидологии, судебной медицины и других дисциплин данные, что указывает на важность продолжения работы.

Ключевые слова: суицид, самоповреждения, самопорезы, раны

Суицидальная смертность относится к одним из значимых показателей, отражающих медико-социальные условия и уровень жизни населения. Системный анализ ключевых факторов, выявление и работа с группами риска суицидальной активности, является важным условием совершенствования

системы профилактики самоубийств [1, 2]. Среди доказанных факторов просуицидальной активности – алкоголь и психоактивные вещества (ПАВ) [2, 3, 4], суицидальные попытки и аутоагрессивные действия в прошлом, депрессия [1, 5].

Исследования последних лет так же указывают на важное значение самоповреждений, в том числе, совершаемых по суицидальным и несуицидальным мотивам [6]. Точных данных о частоте этих форм девиантного поведения нет. Мало изучены контингенты, ключевые половозрастные, социальные и многие других характеристики, знание которых может позволить формировать более четкие меры профилактики. Среди причин – малая частота обращений за медицинской помощью при самоповреждениях, а при обращении – сокрытие факта умышленного нанесения себе раны, отсутствие системы учета подобных состояний и др. Все это определяет важность исследований в данной области девиантной активности.

Учитывая вероятную связь самоповреждений и суицидальной активности, мы обратили внимание на контингент лиц, погибших от суицида.

Цель исследования: анализ частоты выявления ран и следов самопорезов у погибших от суицида.

Материал и методы: данные Областного бюро судебно-медицинской экспертизы (г. Тюмень) о лицах, погибших от суицида в 2019 году. Всего было зарегистрировано 88 случаев (77 мужчин и 11 женщин, в возрасте от 17 до 90 лет). Соотношение М : Ж – 7 : 1.

Из протоколов целенаправленно выбиралась и оценивалась информация с описанием следов ран и самопорезов – ран, рубцов, других следов повреждений. Полученные данные оценивались, интерпретировались, сравнивались с материалами из доступных источников специальной литературы.

Результаты и обсуждение.

Среди реализованных 88 способов суицида, ведущее место занимало самоповешение – 75,0%, что отражает ситуацию, характерную для региона и страны в целом [7].

Доля лиц с самопорезами среди суицидентов

Способ суицида	Суициды		Раны и самопорезы у суицидентов	
	n	%	n	*%
X70 – самоповешение	66	75,0	9	13,6
X80 – самоповреждение вследствие прыжка с высоты	8	9,1	2	25,0
X61-69 – самоотравление	5	5,7	1	20,0
X78 – преднамеренное самоповреждение острым предметом	5	5,7	5	**100,0
X72-74 – самоповреждение из огнестрельного оружия	4	4,5	1	25,0
Всего:	88	100,0	17	19,3

Примечание: *процент (%) рассчитыван относительно количества случаев суицида, совершенным способом, указанным в данной графе; **максимальный процент обусловлен основным способом реализации суицида – преднамеренное самоповреждение острым предметом

Нетипичны цифры по самоповреждениям вследствие прыжка с высоты, занимающих вторую позицию – 9,1%. В среднем по стране этот показатель не превышает 1-2% и находится в рейтинге ниже частоты самоотравлений и самопорезов [8]. В Тюмени эти способы в 2019 году занимали третье место с одинаковой частотой в 5,7%. Огнестрельные суициды составили 4,5% (табл. 1).

Среди погибших общее число лиц, с выявленными следами ран и самопорезов, составило – n=17 – практически в каждом пятом случае (19,3%). При половом распределении – 16 мужчин и лишь 1 женщина (соотношение М:Ж – 16:1). Таким образом, при общем соотношении погибших М : Ж – 7 : 1, более высокие показатели выявления ран и следов самопорезов у мужчин – в 2,3 раза (16:1), позволяют сделать предварительный вывод о половом ассоциированном факторе. (Малое количество наблюдений настоящего исследования не позволят сделать однозначный вывод и требует изучения более широкого контингента).

Оценивая данные таблицы 1, также можно отметить, что следы острых ран и рубцов от прежних повреждений регистрировались при каждом отдельном способе самоубийства, но наибольшее число (9 из 17) лиц было среди погибших от механической асфиксии при самоповешении. Можно предположить, что при более значительном секционном материале это будет иметь ха-

рактер достоверной связи и выделено в фактор риска. (Отмеченные более высокие процентные показатели при других способах суицида из-за малого количества наблюдений на данном этапе исследования не могут быть приняты как достоверные).

Оценка характера патологических изменений мягких тканей показала, что их можно разделить на 4 основные группы:

1. Раны, нанесённые себе самим погибшим, и явившихся причиной смерти (прямая суицидассоциированная связь).

2. Раны, полученные в процессе или после совершения самоубийства, но не связанные напрямую с основным способом самоповреждения (характер связи – случайный / изначально непреднамеренный).

3. Следы, характерные для умышленных самоповреждений, полученных в досуицидальный период (возможный фактор риска).

4. Следы прежних повреждений, предположительно не связанных с аутоагрессией (последствия травм, операций и др.).

Первая группа ран, по понятным причинам, доминировала среди лиц, совершивших суицид путём преднамеренного самоповреждения острым предметом (X78). Все 5 случаев – мужчины, в возрасте от 37 лет до 61 года (средний – 44,2).

Во всех пяти случаях имелись раны кожи и мягких тканей от самопорезов в области локтевых сгибов, предплечий, запястий рук. Свежих ран в других областях тела и

конечностей не наблюдалось. Характерным при описании раны было указание на полное пересечение подкожных вен, как источника смертельного кровотечения. У части погибших описано пересечение нервов. Достаточно типично писание самоповреждений: «На ладонных поверхностях предплечий в нижней трети на расстоянии 3,5 слева и 3 см справа от запястий расположены прямолинейные, горизонтальные раны длиной соответственно 4,2 см и 3 см, глубиной ран 4-5 мм. Стенки ран отвесные, ровные, обильно пропитаны темной кровью. Дно ран острое, края у ран ровные, неосажденные, концы заостренные, причем лучевой край раны правого предплечья и локтевой левого продолжается в поверхностные, прямолинейные надрезы кожи по 1,0 и 0,5 см соответственно. В ранах полностью пересечены подлежащие подкожные вены».

Вторая группа – «Раны, полученные в процессе или после совершения самоубийства, но не связанные напрямую с основным способом самоповреждения». Отмечены в двух случаях – в обоих при прыжке с высоты (X80) – мужчины, 58 и 63 лет. Пример раны: «На лобке в 2 см правее срединной линии расположен левый конец прямолинейной, горизонтальной раны в виде тупого угла около 120 градусов, с длинами сторон 3 см левая, 2,7 см правая, края ровные, неосажденные, концы остроугольные, стенки ровные, кровоподтечные, нижние скошены, верхние подрыты; при этом продолжается в раневой канал, который идет подкожно вверх, на глубину 4 см».

Третья группа – «Следы, характерные для умышленных самоповреждений, полученных в досуицидальный период» – самая многочисленная группа. У 13 человек имелись характерные признаки умышленных самопорезов в отдаленный период (рубцы) (n=11) или сочетающиеся со свежими ранами (n=2), нанесенными за несколько дней или часов до самоубийства. У части погибших при описании рубцов имелись указания на признаки проводимой им ранее хирургической обработки ран, но большинство подобных признаков не имело. Это согласуется с ранее полученными нами данными при

изучении лиц с самопорезами, обращающихся за медицинской помощью [6, 9].

Примеры описаний рубцов и сочетанных ран. *Вариант 1* (самострел – X72): «На ладонной, лучевой и частично тыльной поверхностях левого предплечья во всех третях расположены многочисленные, полосовидные, горизонтальные и косо-горизонтальные, местами пересекающиеся между собой белесые, мягко-эластичные, умеренно подвижные, гладкие рубцы без видимых следов хирургических швов, размерами от 2x0,2 см до 7x0,2 см». *Вариант 2* (повешение – X70.0): «На ладонной поверхности левого предплечья в нижней трети расположена умеренно зияющая рана, обильно покрытая сухой кровянистой корочкой. Кровянистая корочка аккуратно смыта водой. Рана прямолинейная, ориентирована горизонтально, длиной 4,3 см, глубиной до 0,3 см, дном её являются мягкие ткани. Края раны ровные, подсохшие, концы остроугольные, стенки кровоподтечные, без тканевых перемычек».

Наиболее часто (n=13) рубцы от самопорезов локализовались на предплечьях, локтевых сгибах, плечах. У 4 человек рубцы выявлялись и в других зонах – животе, бедрах. Пример: (повешение – X70.0) ... полосчатые рубцы с мягкими, белесыми, тускловатыми, чуть западающими поверхностями: в левом подреберье с переходом на левую половину грудной клетки косовертикальный 11x0,5 см, на животе по срединной линии от пупка и выше 15x0,3 см, а также множественные, горизонтальные на ладонных поверхностях предплечий, длиной от 4 см до 7 см, шириной 0,2-0,5 см».

Четвертая группа – «Последствия прежних травм, операций и др. Всего отмечены у двух человек, и были описаны как дополнительный элемент на фоне других самоповреждений».

Таким образом, исследования показали, что следы повреждений кожи и мягких тканей достаточно распространенный феномен, выявляемый у лиц, погибших от суицида.

На следующем этапе нами была оценена частота выявления алкоголя у погибших, в том числе в зависимости от избранного способа самоповреждения (табл. 2).

Таблица 2

Частота выявления алкоголя у всех суицидентов

Способ суицида	Суициды, все		Алкоголь	
	n	%	n	%
X70 – самоповешение	66	75,0	30	45,5
X80 – самоповреждение вследствие прыжка с высоты	8	9,1	0	0
X61-69 – самоотравление	5	5,7	4	80,0
X78 – преднамеренное самоповреждение острым предметом	5	5,7	2	40,0
X72-74 – самоповреждение из огнестрельного оружия	4	4,5	4	100,0
Всего:	88	100,0	40	45,5

Всего алкоголь в крови был выявлен у 45,5% суицидентов, что несколько ниже, чем в среднем по стране, где этот показатель варьирует в пределах 60-65% [5, 10]. Точно такой же процент (45,5%) как и в общей группе определялся у лиц, совершивших самоповешение. Обращают внимание, с одной стороны, отсутствие состояния опьянения у прыгнувших с высоты (0%), а, с другой, алкоголь-положительный гемотест при использовании огнестрельного оружия. При самопорезах этот процент был – 40,0%, самоотравлении – 80,0%, что так же может указывать роль и степень просуицидогенного влияния алкоголя.

Сравнение суицидентов со следами ран и самопорезов и групп без таковых, в зависимости от алкогольной составляющей, так же показало неоднородность распределения (табл. 3).

У лиц с повреждениями частота выявления алкоголя составляла 64,7%, что более

чем на половину превышала показатель у погибших, не имеющих следов ран и порезов (40,0%). Подобная тенденция прослеживалась и при распределении по отдельным способам. В целом, это позволяет сделать вывод, что алкоголь можно рассматривать не только как просуицидогенный агент, но и фактор, ассоциированный с выявляемыми самоповреждениями в отдаленном прошлом и/или накануне суицида. Тезис относительно ассоциации с предыдущими самоповреждениями на текущем этапе может носить предположительный характер, из-за ограничений возможности сбора суицидального анамнеза. Более развернутый ответ может быть получен лишь при системной работе и проведении постмортальной психолого-психиатрической экспертизе (в данном случае проводилась не у всех суицидентов) [11, 12].

Таблица 3

Частота выявления алкоголя у суицидентов в зависимости от присутствия следов самопорезов

Способ суицида	Суициденты без ран и самопорезов (n=71)		Суициденты с ранами и самопорезами (n=17)	
	n	%	n	%
X70 – самоповешение	30	45,5	*7	77,8
X80 – самоповреждение вследствие прыжка с высоты	0	0	0	0
X61-69 – самоотравление	4	80,0	1	100,0
X78 – преднамеренное самоповреждение острым предметом	2	40,0	2	50,0
X72-74 – самоповреждение из огнестрельного оружия	4	100,0	1	100,0
Всего:	40	45,5	*11	64,7

Примечание: *P<0,05

Выводы.

1. Следы самопорезов, повреждений и ран достаточно часто могут быть ассоциированы с суицидальным поведением, избравших добровольную смерть. На момент гибели выявляются у каждого пятого суицидента (19,3%) независимо от избранного способа самоубийства и преимущественно ассоциированы с мужским полом.

2. Среди дополнительных потенциальных факторов суицидальной активности и самоповреждений может выступать алкоголь (45,5%), частота выявления которого выше у лиц, имеющих умышленные повреждения кожи (64,7%), совершенные ими в отдаленный или острый пресуицидальный период.

3. Полученные в ходе настоящего исследования данные указывают на важный практический вывод – более внимательный осмотр пациентов врачом любой специальности, активное выявление суицидального поведения, изучение суицидального анамнеза человека – значимый элемент суицидальной превенции [13], позволяющий выявлять группу риска и направлять человека к специалисту в области психического здоровья.

4. Предложенное направление исследований позволяет получить значимый для клинической суицидологии, судебной медицины и других дисциплин данные, что указывает на важность продолжения работы.

Литература:

1. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив. Пер. с англ. Женева: Всемирная Организация Здравоохранения, 2014. 97 с.
2. Положий Б.С., Васильев В.В., Каменщиков Ю.Г. Влияние социально-экономических и психопатологических факторов на динамику суицидальной смертности в Удмуртской Республике. *Академический журнал Западной Сибири*. 2021; 17 (1): 5-14.
3. Байкова М.А., Сомкина О.Ю., Лукашук А.В., Меденцева Т.А. Алкогольная зависимость как вариант личной аутоагрессии (обзор литературных данных). *Научный форум. Сибирь*. 2016; 2 (1): 46-50.
4. Сомкина О.Ю. Гендерный аутоагрессивный профиль зависимых от алкоголя лиц. *Девиянтология*. 2018; 2 (2): 30-37.
5. Разводовский Ю.Е., Игумнов С.А., Кондричин С.В. Потребление алкоголя и гендерный градиент уровня суицидов в Европе. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 80-83. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-80-83
6. Скрябин Е.Г., Зотов П.Б., Аксельров М.А., Трошина И.А., Рейхерт Л.И., Петрова Ю.А., Бухна А.Г. Преднамеренные самопорезы с суицидальной и несуйцидальной целью в клинической практике. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 130-147. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-130-147
7. Уманский М.С., Гарагашева Е.П., Приленский Б.Ю., Спадерова Н.Н., Бухна А.Г., Приленский А.Б. Суицидологическая ситуация в малой территории: опыт системного анализа. Сообщение I: самоубийства. *Суицидология*. 2021; 12 (4): 113-131. DOI: 10.32878/suiciderus.21-12-04(45)-113-131
8. Зотов П.Б., Бузик О.Ж., Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П. Способы завершённых суицидов: сравнительный аспект. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 3 (100): 62–66. DOI: 10.26617/1810-3111-2018-3(100)-62-66
9. Скрябин Е.Г., Аксельров М.А., Зотов П.Б., Любов Е.Б., Сахаров С.П., Кичерова О.А., Спадерова Н.Н. Суицидент среди пациентов травматологического центра. *Суицидология*. 2020; 11 (2): 101-117. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-101-117
10. Немцов А.В., Шельгин К.В. Самоубийства и потребление алкоголя в России, 1956-2013 гг. *Суицидология*. 2016; 7 (3): 3-12.
11. Михайлова Н.Ю., Голенков А.В. Анализ посмертных комплексных судебных психолого - психиатрических экспертиз, связанных с самоубийствами. *Девиянтология*. 2020; 4 (2): 46-53. DOI: 10.32878/devi.20-4-02(7)-46-53
12. Сырковашина К.В. «Психологическая аутопсия» при суициде: история вопроса и современное состояние. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 80-86. DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-80-86
13. Шустов Д.И., Меринов А.В., Шустов А.Д., Клименко Т.В. Алгоритм провитального терапевтического интервью при сборе суицидального анамнеза в наркологической практике. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 84-97. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-84-97

SELF-CUTS AND WOUNDS IN SUICIDE VICTIMS (RETROSPECTIVE ANALYSIS)

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

Tyumen State Medical University, Tyumen
Regional Bureau of Forensic Medical Examination,
Tyumen

Abstract:

A postmortem analysis of 88 cases of suicide (77 men and 11 women, aged 17 to 90 years, the ratio M : F – 7: 1) is presented. It is shown that self-cuts and wounds are detected in every fifth suicidal person (19.3%), more often detected in men (ratio M:F – 16:1). 45.5% of suicides have alcohol. In persons with skin lesions, alcohol is detected in 64.7%. *In conclusion*, the authors conclude that the proposed research direction allows us to obtain data that are significant for clinical suicide, forensic medicine and other disciplines. This study needs to be continued.

Keywords: suicide, self-harm, self-cuts, wounds

Сведения об авторах:

Зотов Павел Борисович – д.м.н., профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID id: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский уни-

верситет» Минздрава России. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии». Адрес: 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1, оф. 102. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронная почта (корпоративный): note72@yandex.ru

Калашников Александр Александрович – судмедэксперт. Место работы и должность: начальник ГБУЗ ТО «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы». Адрес: 625032, г. Тюмень, ул. Юрия Семовских, 14. Электронная почта: a_kalash@bk.ru

Скрябин Евгений Геннадьевич – д.м.н. (SPIN-код: 4125-9422; Researcher ID: J-1627-2018; ORCID iD: 0000-0002-4128-6127). Место работы и должность: врач травматолого-ортопедического отделения детского стационара ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2». Адрес: 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75; профессор кафедры травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронная почта: skryabineg@mail.ru

Шидин Владимир Александрович – д.м.н. (SPIN-код: 5431-1510; AuthorID: 717310; Researcher ID: Z-5150-2019; ORCID iD: 0000-0003-1396-5381). Место работы и должность: доцент кафедры гистологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Электронный адрес: vshidin@mail.ru

Спадерова Надежда Николаевна – к.м.н. (Author ID: 810133; ORCID iD: 0000-0002-0121-2801). Место работы и должность: доцент кафедры медицинской информатики и биологической физики с сетевой секцией биоэтики ЮНЕСКО ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: + 7 (3452) 274-383, электронная почта: nadejda.spadérova@yandex.ru

Для цитирования: Зотов П.Б., Калашников А.А., Скрябин Е.Г., Шидин В.А., Спадерова Н.Н. Самопорезы и раны у погибших от суицида (ретроспективный анализ). *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (1): 38-43. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-38-43

УДК 616.89-008

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2017-2021 гг.

М.С. Хохлов, М.С. Уманский

Областной наркологический диспансер,
г. Тюмень

Представлены основные показатели наркологической ситуации в Тюменской области в 2017-2021 гг. Отмечено снижение заболеваемости и распространенности алкоголизма, отравлений

алкоголем, а также смертности от употребления алкоголя и его суррогатов. Негативным фактом является увеличение количества общих отравлений наркотическими веществами и смертности от их потребления на фоне снижения общей заболеваемости.

Ключевые слова: наркологическая ситуация, алкоголь, наркотики, заболеваемость, смертность, Тюменская область

Совершенствование системы профилактики наркологических заболеваний является актуальной медико-социальной проблемой как для многих отдельных регионов Российской Федерации, так и страны в целом [1]. Среди важнейших задач – снижение заболеваемости и смертности, максимальное повышение возможности реабилитации этого контингента пациентов и возврата их к полноценной жизни, профилактическая работа среди молодежи [2, 3].

Тюменская область включает в себя три субъекта – Юг Тюменской области и две северные территории в виде автономных округов. Особенности климатических условий, плотность, миграционная активность, возрастной и национальный состав населения, удаленность административных центров отражаются и на большинстве значимых показателей наркологической ситуации. Это во многом определяет и важность расстановки приоритетов в системе профилактики [4, 5, 6], и может иметь отличия от других территорий РФ [7, 8].

Цель исследования: оценить основные показатели, характеризующие наркологическую ситуацию в Тюменской области в 2017-2021 гг.

Материал и методы: данные статистической отчетности ГАУЗ ТО «Областной наркологический диспансер» (г. Тюмень) за период 2017-2021 гг.

Результаты и обсуждение:

Показатель заболеваемости алкоголизмом по Области в 2021 году составил 42,2 на 100 тысяч населения. За пять лет он снизился на 34,2%, но все же на 4,7% выше относительно показателя РФ 2020 года (40,3) и на 5,2 % выше показателя УрФО 2020 года (40,1).

Таблица 1

Заболееваемость алкоголизмом и алкогольными психозами по Тюменской области

Год	2017	2018	2019	2020	2021	УрФО 2020	РФ 2020
Хронический алкоголизм и алкогольные психозы							
на 100 000 населения	64,1	62,6	53,8	41,02	42,2	40,1	40,3
абсолютные значения	940	918	811	623	651	н/д	н/д
в том числе, алкогольные психозы							
на 100 000 населения	16,9	17,2	17,7	14,5	16,8	14,2	10,4
абсолютные значения	249	252	259	220	259	н/д	н/д

Таблица 2

Распространенность алкоголизма и алкогольных психозов по Тюменской области

Год	2017	2018	2019	2020	2021	УрФО 2020	РФ 2020
Зарегистрировано больных алкоголизмом							
на 100 000 населения	929,1	918,1	777,2	763,02	729,2	657,1	810,2
абсолютные значения	13623	13462	11726	11588	11255	н/д	н/д
в том числе, алкогольные психозы							
на 100 000 населения	29,1	33,1	33,6	32,4	30,1	39,1	26,9
абсолютные значения	439	486	492	492	463	н/д	н/д

Заболееваемость алкогольными психозами в 2021 году составила 16,8 на 100 тысяч населения, что выше на 61,5% показателя РФ 2020 года (10,4) и на 18,3% выше показателя по УрФО 2020 года (14,2).

Особую озабоченность вызывает высокая доля алкогольных психозов в структуре первичной заболеваемости: в 2017 году – 26,5%, в 2018 – 27,5%, в 2019 – 31,9%, в 2020 – 35,3%, в 2021 – 39,8%.

Показатель распространенности алкоголизма (включая алкогольные психозы) в 2021 году составил 729,2 на 100 тысяч населения. За последние пять лет этот показатель снизился на 21,5% (с 929,1 в 2017 до 729,2 в 2021 году). Он на 10% ниже показателя

РФ 2020 года (810,2) и на 9,9 % выше показателя по УрФО 2020 года (657,1).

Наиболее высокие показатели распространенности алкоголизма отмечаются в трудоспособном возрасте, следовательно, значительная часть населения не задействована в производственном секторе, соответственно, не задействуются трудовые ресурсы граждан.

Показатель распространенности алкогольных психозов за последние пять лет увеличился на 3,4% с 29,1 на 100 тысяч населения в 2017 году до 30,1 на 100 тысяч населения в 2021 году. По сравнению с аналогичным показателем 2020 года (32,4) произошло снижение на 7,1%.

Таблица 3

Отравления и смертельные отравления от употребления алкоголя и его суррогатов

Год	2017	2018	2019	2020	2021
Число отравлений					
на 100 000 населения	35,8	28,5	24,9	19,3	14,5
абсолютные значения	525	418	375	293	221
Число смертей					
на 100 000 населения	12,8	11,1	11,9	10,9	9,5
абсолютные значения	187	162	180	165	145

Таблица 4

Заболеваемость наркоманиями и токсикоманиями в Тюменской области

Год	2017	2018	2019	2020	2021	УрФО 2020	РФ 2020
Наркомании							
на 100 000 населения	13,03	13,5	11,3	7,8	12,8	11,8	8,5
абсолютные значения	191	198	171	118	198	н/д	н/д
Токсикомании							
на 100 000 населения	0,1	0	0	0	0	0,21	0,17
абсолютные значения	2	0	0	0	0	н/д	н/д

Распространенность алкогольных психозов по Тюменской области за 2021 г. выше показателя РФ 2020 г. (26,9) на 11,9% и ниже показателя по УрФО 2020 г. (39,1) на 23%.

Число отравлений спиртосодержащей продукцией по области в 2021 году составило 14,5 на 100 тысяч населения (221 человек), что ниже аналогичного показателя прошлого года на 22,5% (19,3 и 293 человека соответственно). За пять лет показатель снизился в 2,5 раза. Как правило, с алкогольными отравлениями поступают пациенты после длительных запоев, страдающие хроническим алкоголизмом. В 90% случаев это неработающий контингент, ведущий асоциальный образ жизни. Пациенты молодого возраста поступают крайне редко, после алкогольной интоксикации.

Число смертей от отравлений спиртосодержащей продукцией по области в 2021 г. составило 9,5 на 100000 населения (145 человек). За пять лет показатель снизился на 25,8%. В структуре отравлений от употребления алкоголя и его суррогатов ежегодно возрастает доля смертельных отравлений, которая в 2017 г. составляла 35,6%, а в 2021 г. возросла до 65,6%.

Высокий показатель смертности от отравлений алкогольсодержащей продукцией связан с недостаточной эффективностью профилактической работы по отношению к асоциальному населению, отсутствием мотивации на прекращение употребления алкоголя и юридических рычагов воздействия на данный фактор. Лечение больных на сегодняшний день осуществляется на добровольной основе, что не дает возможности

обязать пройти курс лечения асоциальных больных, у которых наблюдается отсутствие критики к своему состоянию и заболеванию. Для того чтобы переломить эту ситуацию, требуются изменения законодательной и нормативно-правовой базы.

В Тюменской области в 2021 г. показатель заболеваемости наркоманией зафиксирован на уровне 12,8 на 100 тысяч населения, что выше аналогичного показателя прошлого года (7,8) на 64,1%. Данный показатель выше федерального (8,5) и по УрФО (11,8). Увеличение заболеваемости стало следствием увеличения обращаемости в наркологическую службу в связи с быстрым формированием зависимости от приема наркотических средств, а также тяжелыми формами абстиненции, с которыми больные не могут самостоятельно справиться, что вынуждает их обратиться в наркологическую службу.

За период с 2017 по 2021 гг. показатель заболеваемости снизился на 1,8% (13,03 в 2017 году, 12,8 в 2021 году).

Среди несовершеннолетних заболеваемость наркоманией с 2017 по 2020 годы не регистрировалась, в 2021 году на диспансерный учет поставлен 1 подросток.

В структуре потребляемых веществ согласно проведенному анализу за 2021 год среди впервые в жизни выявленных больных наркоманией наибольшее число составляют потребители синтетических психостимуляторов – 40,9% (81 человек), потребители опиатов – 37,9 % (75 человек), потребители каннабиноидов – 17,7 % (35 человек), другие сочетания наркотических средств – 3,5 % (7 человек).

Распространенность наркомании и токсикомании в Тюменской области

Год	2017	2018	2019	2020	2021	УрФО 2020	РФ 2020
Наркомании							
на 100 000 населения	214,8	199,5	191,6	163,3	158,7	161,6	152,7
абсолютные значения	3150	2925	2891	2480	2450	н/д	н/д
Токсикомании							
на 100 000 населения	2,32	1,7	1,5	1,5	1,3	3,96	3,67
абсолютные значения	34	25	22	23	20	н/д	н/д

Первичная заболеваемость токсикоманией в Тюменской области с 2018 года не регистрируется.

В Тюменской области в 2021 г. показатель распространенности наркомании зафиксирован на уровне 158,7 на 100 тысяч населения, что ниже аналогичного показателя прошлого года (163,3) на 2,8%. Данный показатель выше федерального (152,7) на 3,9% и ниже показателя УрФО (161,6) на 1,8%. За период с 2017 по 2021 гг. показатель заболеваемости снизился на 26,1% (214,8 в 2017 году, 158,7 в 2021 году).

Структура общей заболеваемости наркоманией в 2021 г.: потребители психостимуляторов – 56,1% (1375 человек); опиатов – 26,3% (645 человек); каннабиноидов – 15,4% (377 человек); другие сочетания наркотических средств – 2,2% (53 человека).

Показатель распространенности токсикомании в Тюменской области в 2021 г. составил 1,3 на 100 тысяч населения, что ниже федерального (3,67) в 2,8 раза и по УрФО (3,96) в 3 раза. За период с 2017 по 2021 гг. показатель заболеваемости снизился на 44 % (2,32 в 2017 году, 1,3 в 2021 г.).

Количество общих отравлений наркотическими средствами, зарегистрированных в Тюменской области в 2021 г. составило

349 человек (22,5), что на 47,9% больше аналогичного показателя прошлого года – 236 человек (15,3).

На первом месте среди отравлений наркотическими веществами – отравления опиатами – 81,4% (284 случая), в структуре опиатов преобладает препарат метадон – 122 (35,5%). На втором месте отравления другими неуточненными наркотиками – 32 (9,2%). На третьем месте отравления психостимуляторами – 28 (8%). Отравления психотропными веществами – 5 случаев (1,4%).

По гендерному признаку большинство – мужчины – 89%, женщины – 11%.

Количество лиц, умерших от острого отравления наркотическими веществами за 5 лет увеличилось в 3 раза с 82 случаев в 2017 г. до 250 случаев в 2021 г. Показатель смертельных отравлений наркотическими веществами за 2021 год превышает показатель прошлого года (156 случаев) на 60,1%.

На первом месте среди смертельных отравлений наркотическими веществами – отравления опиоидами – 89,6% (224 случая), в структуре которых метадон – 78 случаев (34,8%); на втором месте отравления синтетическими психостимуляторами – 25 случаев (10%); 1 смертельное отравление психотропными веществами (0,4%).

Таблица 6

Общие и смертельные отравления наркотическими веществами в Тюменской области

Показатель	2017	2018	2019	2020	2021	УрФО 2020
Общие отравления	184	126	179	236	349	н/д
Показатель на 100 000 населения	12,5	8,6	11,7	15,3	22,5	н/д
В том числе, смертельные отравления	82	65	108	156	250	1082
Показатель на 100 000 населения	5,6	4,4	7,1	10,1	16,2	8,7

По гендерному признаку большинство мужчины 90%, женщин – 10%.

Из общего количества лиц, умерших от острого отравления наркотиками в поле зрения наркологической службы находились 149 человек (59,6%), 75 из них на официальном учете у нарколога (30%), но уклонялись от наблюдения, 74 состояли в «группе риска» по употреблению ПАВ.

Большинство отравлений наркотиками регистрируется в возрастной категории 30-49 лет (70,7%). Это соответствует возрастной характеристике контингента наркологических больных, находящихся под диспансерным наблюдением в наркологической службе, основная доля которых приходится также на эту возрастную группу.

Большинство отравлений произошли среди городского населения: г. Тюмень – 276 человек, г. Тобольск – 32, г. Ишим – 4. В Тюменском районе произошло 21 отравление; в Тобольском и Нижне-Тавдинском районах по 3 отравления; в Заводоуковском и Исетском районах по 2 отравления; в Аромашевском, Юргинском, Янковском, Гольшмановском, Казанском, Ялуторовском районах зафиксировано по одному отравлению.

Смертельные отравления наркотиками в 2021 г. также преобладают среди городского населения. В г. Тюмени произошло 190 смертельных отравлений, в Тобольске – 32, Ишиме – 4. В Тюменском районе – 14; в Тобольском – 3; в Заводоуковском – 2; в Нижне-Тавдинском, Исетском, Аромашевском, Юргинском, Янковском районах зафиксировано по одному отравлению.

Выводы:

1. Показатель заболеваемости алкоголизмом в Тюменской области в 2021 году составил 42,2 на 100 тысяч населения. За пять лет показатель снизился на 34,2%. Особую озабоченность вызывает высокая доля алкогольных психозов в структуре первичной заболеваемости алкоголизмом, которая в 2021 году составила 39,8%.

2. Показатель распространенности алкоголизма в 2021 году составил 729,2 на 100 тысяч населения. За последние пять лет показатель снизился на 21,5%.

3. Число отравлений спиртосодержащей продукцией по области в 2021 г. составило 14,5 на 100 тысяч населения (221 человек). За пять лет показатель снизился в 2,5 раза.

4. Число смертей от отравлений спиртосодержащей продукцией по области в 2021 г. составило 9,5 на 100 тысяч населения (145 человек). За пять лет показатель снизился на 25,8%. В структуре отравлений от употребления алкоголя и его суррогатов ежегодно возрастает доля смертельных отравлений, которая в 2021 г. возросла до 65,6%.

5. В Тюменской области в 2021 году показатель заболеваемости наркоманией зафиксирован на уровне 12,8 на 100 тысяч населения. За период с 2017 по 2021 гг. показатель заболеваемости снизился на 1,8%.

6. В Тюменской области в 2021 году показатель распространенности наркомании зафиксирован на уровне 158,7 на 100 тысяч населения. За период с 2017 по 2021 гг. показатель заболеваемости снизился на 26,1%.

7. Количество общих отравлений наркотическими средствами, зарегистрированных в Тюменской области в 2021 г., составило 349 человек, с 2017 г. показатель увеличился в 1,9 раза со 184 в 2017 г. до 349 в 2021 г.

8. Количество лиц, умерших от острого отравления наркотическими веществами за 5 лет увеличилось в 3 раза с 82 случаев в 2017 г. до 250 случаев в 2021 г. Показатель смертельных отравлений наркотическими веществами за 2021 г. превышает показатель прошлого года (156 случаев) на 60,1%.

Литература:

1. Клюев А.В., Ляшко С.В. Состояние наркотизации населения и создание системы наркопрофилактики. *Научные труды Северо-Западного института управления РАНХиГС*. 2014; 5 (1-13): 37-44.
2. Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б. Алкогольные отравления и относительная гендерная разница уровня общей смертности в России. *Научный форум. Сибирь*. 2019; 5 (1): 81-84.
3. Вотякова К.В. К вопросу комплексного подхода к профилактике аддиктивного поведения среди молодежи. *Академический журнал Западной Сибири*. 2017; 13 (1): 69-72.
4. Савченко М.Е., Сульдин А.М. Организационные аспекты профилактики алкоголизма в Ямало-Ненецком автономном округе. *Научный форум. Сибирь*. 2017; 3 (1): 82-84.
5. Новиков А.П., Гиль А.Ю., Хальфин Р.А. Анализ наркологической ситуации в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020; 28 (1): 52-56.
6. Хохлов М.С. Отравления наркотическими веществами в Тюменской области. *Научный форум. Сибирь*. 2020; 6 (2): 39-41.

7. Дубинин О.П., Бутина М.А., Шингарева Ю.В. Наркологическая ситуация в Забайкальском крае. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2019; 5: 57-58.
8. Изаровский Б.В., Малинина Е.В. Наркологическая ситуация в Уральском федеральном округе (2014-2016 гг.). *Непрерывное медицинское образование и наука*. 2017; 12 (3): 4-6.

THE MAIN INDICATORS OF THE NARCOLOGICAL SITUATION IN THE TYUMEN REGION IN 2017-2021

M.S. Khokhlov, M.S. Umansky

Regional narcological dispensary, Tyumen

Abstract:

The main indicators of the narcological situation in the Tyumen region in 2017-2021 are presented. There was a decrease in the incidence and prevalence of alcoholism, alcohol poisoning, as well as mortality from alcohol consumption and its surrogates. A negative fact is an increase in the number of general poisoning with narcotic substances and mortality from their consumption against the background of a decrease in the overall morbidity.

Keywords: narcological situation, alcohol, drugs, morbidity, mortality, Tyumen region

Информация об авторах:

Хохлов Максим Сергеевич – к.м.н (SPIN-код: 5581-1156; ORCID ID: 0000-0002-9559-7086). Место работы и должность: руководитель организационно-методической ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер». Адрес: 625000, г. Тюмень, ул. Семакова, 2.

Уманский Марк Станиславович – к.м.н. (ORCID ID: 0000-0002-9519-7517). Место работы и должность: врач-нарколог ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер». Адрес: 625000, г. Тюмень, ул. Семакова, 2. Телефон: +7 (3452) 46-15-47

Для цитирования: Хохлов М.С., Уманский М.С. Основные показатели наркологической ситуации в Тюменской области в 2017-2021 гг. *Академический журнал Западной Сибири*. 2022; 18 (1): 43-48. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-43-48

УДК 616.89-008

ФОСФАТИДИЛЭТАНОЛ КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ МАРКЕР АЛКОГОЛИЗМА

Ю.Е. Разводовский

Институт биохимии биологически активных соединений Национальной академии наук Беларуси, г. Гродно, Беларусь

В работе представлен краткий обзор литературных данных, посвященных изучению возможности использования фосфатидилэтанола (ФЭ) в качестве биохимического маркера различных режимов алкоголизации. Результаты исследова-

ний говорят о том, что определение ФЭ в биологических средах является перспективным способом диагностики эпизодического употребления алкоголя в больших дозах, а также хронической алкогольной интоксикации / алкогольной зависимости.

Ключевые слова: фосфатидилэтанол, алкоголизм, биохимические маркеры

Ранняя диагностика алкогольной зависимости является важной стратегией в рамках государственной алкогольной политики [1]. Одним из способов диагностики злоупотребления алкоголем является использование опросников, преимуществами которых является простота в использовании и низкая затратность, а недостатками – субъективность и низкая надежность [2]. Поэтому в настоящее время ведется активная разработка методов лабораторной диагностики хронической алкогольной интоксикации с использованием биохимических маркеров [3].

Из всех известных в настоящее время способов лабораторной диагностики алкогольной зависимости наиболее перспективным является определение концентрации ФЭ в крови [4]. ФЭ представляет собой абнормальный глицерофосфолипид, образующийся в различных тканях в присутствии этанола из фосфолипида клеточной мембраны фосфатидилхолина под действием фосфолипазы D [5]. Из 48 известных гомологов ФЭ наиболее частыми являются ФЭ 16:0/18:1 (38%) и ФЭ 16:0/18:2 (24%). Поскольку в эритроцитах отсутствует система энзиматической дегградации ФЭ, он накапливается в мембране и, следовательно, может служить маркером хронической алкоголизации [6].

В более ранних исследованиях определялся общий уровень ФЭ, то есть сумма всех его гомологов, в то время как в последнее время проводится определение его основного гомолога 16:0/8:1 [7]. В исследованиях *in vitro* было показано, что количество образующегося ФЭ в эритроцитах прямо пропорционально концентрации этанола и времени экспозиции [8]. Образование ФЭ начинается сразу же после употребления алкоголя и достигает пика через 8 часов. Существуют значительные индивидуальные вариации периода полувыведения ФЭ, который составляет от 3 до 5 дней [9]. Гендер-

ные различия в образовании ФЭ отсутствуют, однако учитывая то, что женщины имеют больший удельный вес жира, доза алкоголя, достаточная для определения ФЭ будет ниже, чем у мужчин такого же веса [10].

ФЭ позволяет детектировать интоксикационно-ориентированный стиль потребления алкоголя, поскольку коррелирует с кумулятивной дозой алкоголя, выпитой в течение определенного периода времени [11]. Уровень ФЭ строго коррелирует с употреблением алкоголя в большой дозе в течение 1-4 дней, предшествовавших анализу [5]. Литературные данные относительно «окна» определения ФЭ при хроническом злоупотреблении алкоголем варьируют от 9 до 28 дней после прекращения употребления алкоголя [12]. Тем не менее, некоторые авторы рекомендуют его использовать с целью детекции однократного употребления алкоголя для подтверждения факта рецидива алкогольной зависимости [13].

Учитывая значительные индивидуальные вариации процесса образования ФЭ, достаточно сложно рассчитать количество алкоголя, которое необходимо употребить для достижения порогового уровня определения ФЭ. Установлено, что у мужчин, ежедневно употребляющих примерно 2,5 стандартные дозы (35 г.) алкоголя в день на протяжении 3 месяцев, концентрация ФЭ в крови составила >20 нг/мл [14]. Для женщин пороговый уровень может быть достигнут при употреблении 1,5-2 стандартных доз (21-28 г.) алкоголя в день. Лабораториями США принято консенсусное соглашение, согласно которому пороговый уровень >35 нг/мл указывает на низкий уровень потребления алкоголя [15].

Важной задачей является оценка пороговых концентраций ФЭ, соответствующих различным уровням потребления алкоголя: низкий, умеренный, злоупотребление алкоголем (бытовое или социальное пьянство), алкогольная зависимость. Вплоть до настоящего времени отсутствует консенсус относительно референтного порогового уровня различных режимов потребления алкоголя. Согласно результатам метаанализа, уровень ФЭ в крови у тяжелопьющих (>60 г. в день) был выше, чем у бытовых пьяниц (3,9 vs. 0,29 мкмоль/л) [16]. Было предложено ис-

пользовать концентрацию ФЭ 20-200 нг/мл (0,03-0,30 мкмоль/л) в качестве порогового уровня для «значительного» потребления алкоголя, а концентрацию >200 нг/мл в качестве порога для «тяжелого» потребления алкоголя [17]. С другой работе было рекомендовано использовать пороговый уровень ФЭ 221 нг/л для хронического злоупотребления алкоголем [18].

В США результаты определения ФЭ используются в судебной системе при рассмотрении административных дел [19]. Концентрация ФЭ 20-200 нг/мл соответствует умеренному потреблению алкоголя (от 2 до 4 стандартных доз в день), в то время как концентрация >200 нг/мл соответствует «тяжелому» пьянству (по крайней мере, 4 стандартные дозы в день на протяжении нескольких дней) [20]. Согласно результатам другого исследования концентрация ФЭ в крови абстинентов ниже уровня определения (0,001 мкмоль/л), в крови социальных пьяниц 0,006-0,085 мкмоль/л (4,2-60 нг/мл), в крови «тяжелопьющих» 0,89-5,29 мкмоль/л (630-3700 нг/мл) [21]. В Швеции первоначально для гомолога ФЭ 16:0/18:1 в качестве порогового уровня злоупотребления алкоголем была предложена концентрация 0,20 мкмоль/л [22]. Позже, с целью повышения специфичности, пороговый уровень для злоупотребления алкоголем был повышен до 0,30 мкмоль/л (210 нг/мл), в то время как концентрация $>0,05$ мкмоль/л (35 нг/мл) была принята в качестве порога для социального пьянства [23].

В ряде исследований показана дозозависимая связь между количеством употребляемого алкоголя согласно самоотчетам и концентрацией ФЭ в крови [24,25]. Исследование, в котором приняли участие зависимые от алкоголя пациенты, проходившие лечение в Стокгольмском центре лечения зависимостей показало, что концентрация ФЭ 16:0/18:1 в крови коррелирует с количеством употребляемого алкоголя на протяжении двух предыдущих недель [26]. Согласно соотношению дозы употребляемого алкоголя и концентрации ФЭ было выделено несколько подгрупп: подгруппа с концентрацией ФЭ $<0,05$ ммоль/л соответствовала абстиненции, либо потреблению алкоголя на низком уровне (0-25 стандартных

доз или 0-300 г. в последние две недели); подгруппа с концентрацией ФЭ >0,30 ммоль/л соответствовала «экссессивному» потреблению алкоголя (16-106 стандартных доз или 192-1270 г. алкоголя в течение двух последних недель). Регрессионный анализ показал, что увеличение потребления алкоголя на 1,5 стандартных доз (примерно 20 г. алкоголя) в день приводит к росту концентрации ФЭ 16:0/18:1 на 0,10 ммоль/л [26].

Накопленные данные говорят о том, что ФЭ является более надежным индикатором злоупотребления алкоголем по сравнению с другими биохимическими маркерами. В исследовании, в котором пряли участие лица, проходившие медицинское обследование по направлению бюро по трудоустройству, показало, что ФЭ является более чувствительным индикатором регулярного употребления алкоголя в больших дозах, по сравнению с карбогитратным трансферином (КДТ), гамма-глутаминтрансферазой (ГГТП) и скоростью оседания эритроцитов (СКОЭ) [27]. Несмотря на то, что ФЭ коррелировал с КДТ ($r=0,63$; $p<0,0001$), в 22% случаев тест на КДТ был отрицательным, в то время как концентрация ФЭ превышала 0,30 ммоль/л (пороговый уровень для злоупотребления алкоголем). Чувствительность и специфичность при дискриминации между абстиненцией и умеренным потреблением алкоголя для пороговой концентрации 0,009 нмоль/л (6,3 нг/мл) составила соответственно 84,4 и 83%; для пороговой концентрации 0,006 ммоль/л (4,2 нг/мл) соответственно 100 и 78%; для пороговой концентрации 0,04 ммоль/л (28 нг/мл) соответственно 100 и 28% [27].

В исследовании с участием зависимых от алкоголя пациентов, проходивших курс детоксификации, было показано, что ФЭ был единственным из всех биохимических маркеров, который определялся у всех пациентов. Пороговый уровень общего ФЭ 0,36 ммоль/л обладал чувствительностью 94,5% и специфичностью 100%. При этом чувствительность и специфичность КДТ составила соответственно 77,1 и 88%; чувствительность и специфичность ГГТП составила соответственно 94 и 72%; чувствительность и специфичность СКОЭ составила соответственно 40 и 96% [28].

В другой работе было установлено, что средняя концентрация ФЭ в крови у пациентов с алкогольной зависимостью составила 2,47 ммоль/л [19]. Дискриминация между практикующими алкоголиками и воздерживающимися от употребления алкоголя при пороговой концентрации ФЭ 0,36 ммоль/л обладает чувствительностью 94,5% и специфичностью 100%. Концентрация ФЭ статистически значимо коррелирует с ГГТП, КДТ, СКОЭ и количеством алкоголя, выпитого в течение последних 7 дней. Чувствительность и специфичность для КДТ составила соответственно 77,1 и 88%; для ГГТП соответственно 94 и 72%; для СКОЭ соответственно 40 и 96%. Установлено также, что у зависимых от алкоголя пациентов концентрация ФЭ в крови коррелирует с количеством алкоголя, выпитого в течение последнего месяца, количеством баллов согласно тесту AUDIT, а также с активностью ГГТП [20].

Результаты другого исследования показали, что у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, чувствительность ФЭ в качестве биохимического маркера составила 100%, в то время как чувствительность других маркеров зависела от количества употребляемого алкоголя [9]. В группе низкого уровня потребления алкоголя чувствительность КДТ и ГГТП составила примерно 40%; в группе промежуточного уровня потребления алкоголя (40-60 г. в день) чувствительность составила примерно 60%; в группе потребляющих 80-120 г. алкоголя в день чувствительность составила 80%; в группе потребляющих более 200 граммов алкоголя в день чувствительность составила около 90%. Была обнаружена сильная корреляция между концентрацией ФЭ и количеством употребляемого алкоголя, в то время как связь между КДТ/ГГТП и количеством употребляемого алкоголя была слабее [9].

В одной из работ была предпринята попытка установить референтные значения ФЭ 16:1/18:1 и ФЭ 16:1/18:2 для различных уровней потребления алкоголя, который оценивался с помощью самоотчетов, а также теста AUDIT-C [24]. Ни у кого из участников исследования, декларировавших полное воздержание от употребления алкоголя, ФЭ в крови обнаружен не был, что говорит об отсутствии его эндогенного уровня. У 85

участников исследования, которые в течение двух недель, предшествовавших исследованию, употребляли до 10 г. алкоголя в день, ФЭ 16:0/18:1 в крови не определялся. В то же время у 9 участников, классифицированных как «злоупотребляющие», концентрация ФЭ 16:0/18:1 была ниже 10 нг/мл. У умеренно употребляющих алкоголь согласно тесту AUDIT-C (1-3 балла для женщин и 1-4 балла для мужчин) концентрация ФЭ 16:0/18:1 составила 0-112 нг/мл, а концентрация ФЭ 16:0/18:2 составила 0-67 нг/мл. ROC анализ показал, что 95% абстинентов и умеренно пьющих имели концентрацию ФЭ 16:0/18:1 от 0 до 112 нг/мл, однако только 36,5% злоупотребляющих алкоголем согласно тесту AUDIT-C имели концентрацию ФЭ 16:0/18:1 > 112 нг/мл. Соответствующий порог для ФЭ 16:0/18:2 был 67 нг/мл [24].

Анализ крови пациентов, проходивших стационарное лечение по поводу алкогольной зависимости, показал, что в 60% случаев позитивного тестирования концентрация ФЭ превышала 0,7 мкмоль/л, что соответствует порогу для «экссессивного» пьянства. ФЭ оказался более чувствительным биохимическим маркером рецидива в период ремиссии, чем КДТ, поскольку он детектирует более низкий уровень потребления алкоголя. При этом была обнаружена корреляция между содержанием ФЭ и КДТ ($r=0,62$; $p<0,001$) [25].

В одном из исследований молодые люди в возрасте 18-30 лет были разделены на подгруппы согласно уровню потребления алкоголя: абстиненты, умеренно употребляющие и злоупотребляющие алкоголем [18]. Оказалось, что у всех абстинентов результат теста на содержание ФЭ был отрицательным. Концентрация ФЭ у злоупотребляющих была выше, чем у абстинентов и умеренно пьющих. Различий в содержании ФЭ между абстинентами и умеренно пьющими выявлено не было. Результаты теста AUDIT коррелировали с концентрацией ФЭ в группе умеренно пьющих ($r=0,75$; $p<0,001$) и группе злоупотребляющих алкоголем ($r=0,74$; $p<0,001$). Концентрация ФЭ коррелировала с количеством выпитого алкоголя в течение недели, а также с количеством стандартных доз алкоголя, выпитого в течение последнего месяца. У пациентов отделения интенсивной

терапии концентрация ФЭ позитивно коррелировала с результатами теста AUDIT вне зависимости от пола и возраста. Пороговая концентрация ФЭ для злоупотребления алкоголем составила >250 нг/мл, а для «тяжелого» пьянства >400 нг/мл [18].

Исследование крови, поступивших в лабораторию из наркологических клиник и бюро судебных медицинских экспертиз для рутинного определения биохимических маркеров потребления алкоголя показало, что более чем в половине образцов концентрация ФЭ превышала пороговое значение для «тяжелого» пьянства (>0,3 мкмоль/л). При этом концентрация ФЭ не коррелировала с содержанием ЭГ, что указывает на независимость данных индикаторов. Следовательно, данные биохимические маркеры предоставляют комплементарную информацию: ФЭ свидетельствует о хроническом потреблении алкоголя, в то время как ЭГ указывает на недавнее его потребление. В случае если концентрация ФЭ <0,05 мкмоль/л, а ЭГ не определяется, можно констатировать воздержание от употребления алкоголя. Концентрация ФЭ, превышающая 0,05 мкмоль/л при позитивном тесте на содержание ЭГ, может свидетельствовать об эпизодическом потреблении алкоголя. Если концентрация ФЭ указывает на злоупотребление алкоголем, ЭГ может быть использован для дискриминации периода «тяжелого» пьянства и периода воздержания от алкоголя [15].

Результаты кросс-секционного исследования, в котором приняли участие пациенты с острой патологией, находившиеся на стационарном лечении в клиниках Осло и Москвы, показало, что у норвежских пациентов, у которых количество баллов согласно тесту AUDIT-QF было менее 6, концентрация ФЭ была меньше 0,5 мкмоль/л и росла по мере роста количества баллов [29]. Тенденция роста концентрации ФЭ по мере роста количества баллов согласно тесту была отмечена и у российских пациентов. В обеих популяциях была обнаружена статистически значимая связь между концентрацией ФЭ и количеством баллов согласно тесту, а также дозой алкоголя, выпитого в течение последней недели. Пороговая концентрация ФЭ для дискриминации между безопасным и «вредным» потреблением ал-

коголя (>5 баллов для мужчин и >4 баллов для женщин) у норвежских и российских пациентов составила соответственно 0,128 и 0,270 мкмоль/л. При использовании в качестве критерия «вредного» потребления алкоголя недельной дозы >350 г., пороговая концентрация ФЭ при дискриминации между безопасным и «вредным» потреблением у норвежских и российских пациентов составила соответственно 0,327 и 0,396 мкмоль/л. По сравнению с норвежскими женщинами, россиянки имели более низкие баллы согласно тесту при более высоком уровне «эксцессивного» пьянства, что может быть обусловлено низкой надежностью самоотчетов российских женщин [29].

Таким образом, имеющиеся данные говорят о преимуществе ФЭ по сравнению с другими биохимическими маркерами в детекции хронического злоупотребления алкоголем, поскольку он обладает большей чувствительностью и специфичностью. В отличие от большинства непрямых маркеров, используемых в диагностике хронического злоупотребления алкоголем, концентрация ФЭ в плазме крови не зависит от пола, возраста и наличия сопутствующих заболеваний. Кроме того, концентрация ФЭ не зависит от подверженности воздействию алкоголя в быту. Недостатком использования ФЭ в рутинной клинической практике является методологическая сложность его определения. В настоящее время разработаны различные методы количественного определения ФЭ, позволяющие детектировать как суммарное его количество, так и отдельные его гомологи в низких концентрациях. Наиболее чувствительным методом идентификации и количественного определения отдельных гомологов ФЭ является метод высокоэффективной жидкостной хроматографии – тандемной масс-спектрометрии (ВЭЖХ – МС).

Анализ литературных данных говорит о значительной вариабельности референтного порога концентрации ФЭ для дискриминации различных уровней потребления алкоголя, что усложняет его использование в качестве биохимического маркера злоупотребления алкоголем. Вариабельности референтного порога концентрации ФЭ может быть обусловлена различными неучтенными переменными, такими как индивидуальные

различия в скорости его образования (определяется активностью фосфолипазы D) и элиминации ФЭ, возможность образования ФЭ in vitro, различия в используемых аналитических методах и определяемых гомологах, паттерн потребления, надежность самоотчетов потребления алкоголя.

В целом, накопленные данные позволяют считать определение ФЭ в крови перспективным маркером эпизодического употребления алкоголя в больших дозах, а также хронической алкогольной интоксикации/алкогольной зависимости. Актуальной задачей дальнейших исследований является изучение чувствительности, специфичности, пороговых значений ФЭ при различных режимах алкоголизации, а также в зависимости от пола, возраста и сопутствующей патологии.

Литература:

1. Разводовский Ю.Е. Роль врачей общей практики в профилактике зависимостей. *Мед. новости*. 2001; 11: 29–32.
2. Разводовский Ю.Е. Биологические маркеры алкоголизма: современное состояние и перспективы использования. *Научный форум. Сибирь*. 2019; 5 (1): 79–81.
3. Плавинский С.Л., Кузнецова О.Ю., Дегтярева Л.Н., Баринаева А.Н., Боярский С.Г. Лабораторные маркеры злоупотребления алкоголем в общей врачебной практике. *Российский семейный врач*. 2013; 17 (4): 10–15.
4. Adler D. The Difficulty of using a Biological Marker for Alcohol Use: A Recent Historical Overview. *Sound Neuroscience: An Undergraduate Neuroscience Journal*. 2013; 1 (1): 1–8.
5. Alatalo P., Koivisto H., Puukka K., et al. Biomarkers of liver status in heavy drinkers, moderate drinkers and abstainers. *Alcohol Alcohol*. 2009; 44: 199–203.
6. Andresen-Streichert H., et al. Alcohol biomarkers in clinical and forensic contexts. *Dtsch Arztebl Int*. 2018; 115: 309–315.
7. Bearer C.F., Bailey S.M., Hoek J.B. Advancing Alcohol Biomarkers Research. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010; 34 (6): 941–945.
8. Freeman W.M., Vrana K.E. Future prospects for biomarkers of alcohol consumption and alcohol-induced disorders. *Alcohol Clin. Exp. Res*. 2010; 34 (6): 946–954.
9. Helander A. Biological markers in alcoholism. *J Neural Transm Suppl*. 2003; 66: 15–32.
10. Jastrzębska I., Zwolak A., Szczyrek M., et al. Biomarkers of alcohol misuse: recent advances and future prospects. *Prz Gastroenterol*. 2016; 11: 78–89.
11. Liangpunsakul S., Lai X., Ross R.A., et al. Novel serum biomarkers for detection of excessive alcohol use. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015; 39: 556–565.
12. Neumann T., Spies C. Use of biomarkers for alcohol use disorders in clinical practice. 2003 Society for the study of addiction to alcohol and other drugs. *Addiction*. 1998; 2: 81–91.
13. Peterson K. Biomarkers for alcohol use and abuse – a summary. *Alcohol Res Health*. 2005; 28: 30–37.
14. Skrzydło-Radomańska B., Daniluk J. Biomarkers of alcohol misuse: recent advances and future prospects. *Gastroenterology Rev*. 2016; 11 (2): 78–89.
15. Waszkiewicz N., Konarzewska B., Waszkiewicz M., et al. Biomarkers of alcohol abuse. Part I. Traditional biomarkers and their interpretation. *Psychiatr Pol*. 2010; 44: 127–136.
16. Hashimoto E., Riederer P.F., Hesselbrock V.M., et al. Consensus paper of the WFSBP task force on biological markers: Biological markers for alcoholism. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2013; 14: 549–564.

17. Andresen-Streichert H. Alcohol biomarkers in clinical and forensic contexts. *Dtsch Arztebl Int.* 2018; 115: 309–315.
18. Aradottir S. Phosphatidylethanol concentrations in blood are correlated to reported alcohol intake in alcoholdependent patients. *Alcohol.* 2006; 41: 431–437.
19. Cabarcos P. Determination of direct alcohol markers: a review. *Anal Bioanal Chem.* 2015; 407: 4907–4925.
20. Das S.K. Biochemical markers for alcohol consumption. *J Clin Biochem.* 2003; 18: 111–118.
21. Hartmann S. Phosphatidylethanol as a sensitive and specific biomarker-comparison with gamma-glutamyl transpeptidase, mean corpuscular volume and carbohydrate-deficient transferrin. *Addict Biol.* 2017; 12: 81–84.
22. Litten R., Bradley A., Moss H. Alcohol biomarkers in applied settings: recent advances and future research opportunities. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2010; 34 (6): 955–967.
23. Nanau R. M. Neuman M. G. Biomolecules and Biomarkers Used in Diagnosis of Alcohol Drinking and in Monitoring Therapeutic Interventions. *Biomolecules.* 2015; 5: 1339–1385.
24. Niemelä O. Biomarker-Based Approaches for Assessing Alcohol Use Disorders. *Int J Env Res Public Health.* 2016; 13: 166.
25. Stewart S. Phosphatidylethanol and alcohol consumption in reproductive age women. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2010; 34 (3): 488–492.
26. Tavakoli H.R., Hull M., Okasinski M. Review of current clinical biomarkers for the detection of alcohol dependence. *Innov Clin Neurosci.* 2011; 8: 26–33.
27. Wurst F.M. Emerging biomarkers: new directions and clinical applications. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005; 29: 465–473.
28. Wurst M. Phosphatidylethanol: normalization during detoxification, gender aspects and correlation with other biomarkers and self-reports. *Addict. Biol.* 2010; 15: 88–95.
29. Jorgenrud B., Kabashi S., Nadezhdin A., et al. The association between alcohol biomarker phosphatidylethanol and self-reported alcohol consumption among Russian and Noewegian medical patients. *Alcohol and Alcoholism.* 2021; 56 (6): 726–736.

PHOSPHATIDYLETHANOL AS A PERSPECTIVE BIOCHEMICAL MARKER OF ALCOHOLISM

Y.E. Razvodovsky

Institute biochemistry of biologically active substances
Academy of science of Belarus, Grodno, Belarus

Abstract:

This work presents a brief review of the literature data on the study of the possibility of using phosphatidylethanol (PE) as a biochemical marker of various modes of alcoholization. The research results indicate that the determination of PE in biological media is a promising method for diagnosing episodic alcohol consumption in large doses, as well as chronic alcohol intoxication / alcohol dependence.

Keywords: phosphatidylethanol, alcoholism, biochemical markers

Информация об авторе:

Разводовский Юрий Евгеньевич – к.м.н. (SPIN-код: 3373-3879; ORCID iD: 0000-0001-7185-380X). Место работы и должность: заведующий отделом проблем регуляции метаболизма Института биохимии биологически активных соединений Национальной академии наук Беларуси. Адрес: Беларусь, г. Гродно, ул. Бульвар Ленинского Комсомола, 50.

Для цитирования: Разводовский Ю.Е. Фосфатидилэтанол как перспективный биохимический маркер алкоголизма. *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (1): 48-53. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-48-53

УДК 616.89-008

НЕРЕАЛЬНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ СТРОЙНОСТИ

А.В. Приленская, Б.Ю. Приленский,
А.Г. Бухна, Р.И. Канбекова

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень

Избыточный вес является результатом нездорового образа жизни на фоне возникающих стрессовых ситуаций. Состояния изменённого сознания, возникающие в процессе проработки острой или хронической психотравмирующей ситуации, являются факторами риска зависимого пищевого поведения.

Ключевые слова: стресс, психическая травма, тревога, избыточный вес

Проблема ожирения уже несколько десятилетий является глобальной. По данным Росстата 61,7% граждан старше 18 лет страдают избыточным весом и ожирением, 21,6% имеют ожирение I–III степени [1]. Еда стала использоваться с «непищевыми» целями, заменяя собой алкоголь и никотин, зависимости от которых подвергаются, начиная с 50-х годов XX века систематическим нападкам [2].

Как правило, лица с зависимым пищевым поведением редко берут на себя ответственность за возникновение избыточной массы тела. Среди лиц с зависимым пищевым поведением распространено мнение, что чем реже человек ест, тем меньше вероятность возникновения избыточной массы тела. Это давало возможность пациентам утверждать, что их недуг связан с генетическими, эндокринными и прочими соматическими причинами.

Один раз в день питались 3,0% пациентов, дважды – 25,5%, трижды – 48,5%. Таким образом, от одного до трех раз в день питалось подавляющее число (77,0%) обследованных с зависимым пищевым поведением.

При анализе других особенностей пищевого поведения лиц с зависимым пищевым поведением нами удалось обнаружить повышение аппетита (72,0%). При этом, как правило, большинство едят быстро, торопливо (74,0%), не полностью ощущая при этом вкус и запах потребляемой пищи. Сформированная с детского возраста привычка непременно доедать всю пищу, кото-

рая лежит на тарелке, отмечалась у 67,0% рассматриваемого контингента, что, несомненно, способствует неконтролируемому потреблению пищи.

У подавляющего большинства пациентов отмечалось беспокойство за фигуру (71,0%), что, как правило, и служило основным мотивом для обращения к психотерапевту. С известной долей условности можно говорить о своеобразной ипохондрической фиксации, наблюдаемой у этих пациентов, причем объектом этой ипохондрической фиксации является лишь наблюдаемые изменения внешности. Это придавало своеобразие практически всем наблюдаемым пограничным нервно-психическим расстройствам, являясь стержнем, на который были «нанизаны» прочие переживания, и которой преимущественно определял поведение пациентов по мере прогрессирования заболевания. Любопытно, что на неприятные ощущения в животе жаловались лишь 24,5% пациентов, урчание – отмечали 4,5%. Нарушения деятельности кишечника также беспокоили достаточно редко: задержку стула отмечали лишь 13,0% обследованных, частый стул был у 5%.

Такая узость и невыразительность соматического аккомпанемента зависимого пищевого поведения можно объяснить психосоматической природой страдания. Известно, что для психосоматических страданий характерно недостаточная эмоциональная окраска переживаний (так называемая алекситимия). При этом лишь внешние, очевидные проявления зависимого пищевого поведения привлекают внимание пациентов. Тело с его ощущениями, как недостаточно воспринимаемое во внутренней картине болезни зависимого пищевого поведения, недостаточно ярко включалось в структуру переживаний.

В ходе тщательного клинико - психопатологического обследования пациентов с зависимым пищевым поведением были выявлены различные жалобы. Чаще всего пациентов беспокоила тревога (76,5%) и чувство внутреннего напряжения (73,5%). Раздражительность и вспыльчивость также отмечались достаточно часто – соответственно 72,0% и 61,5%. Возбудимость проявлялась реже – 46,0%, несдержанность – у 8,5% па-

циентов, то есть большинство предпочитали подавлять возникающее напряжение. Как правило, часто отмечалось недовольство собой (58,5%), реже – окружающими (42,0%).

Нарушения сна в структуре жалоб также отмечались часто. Нередко было затруднено засыпание (26,0%), сон часто был беспокойным (35,0%), с обилием сновидений (3,0%). Часто пациенты просыпались среди ночи или рано утром, долго не могли заснуть (32,0%). Отсутствие чувства отдыха после сна встречалось почти у половины пациентов (45,5%).

Довольно часто больные с зависимым пищевым поведением отмечали перепады настроения – веселье сменялось унынием (37,0%). Снижение фона настроения (гипотимия) наблюдалось в 34,0% наблюдений. Причем это, не было унынием. Чаще всего просто переставали радовать работа, общение с близкими людьми, любимые развлечения казались скучными. На вопрос «счастливы ли Вы?» как правило, звучал отрицательный ответ. Нередко (28,5%) отмечалась слезливость, хотя ранее пациенты особой сентиментальности за собой не наблюдали. Чувство тоски отмечалась в 13,5% наблюдений. Пациенты отмечали, что им одиноко, обидно, горько. При этом суточные колебания настроения наблюдались достаточно редко (3,0%). Возникновение мыслей о нежелании жить отмечали у себя 12,5%.

Когда пациенты подходили к зеркалу, или слышали шутки или грубые замечания в свой адрес, у них портилось настроение. В связи с недовольством своей внешностью, безрезультатными попытками ее изменить, сложностями в межличностных отношениях возникали идеи малоценности почти у каждого третьего пациента (30,5%). Каждый четвертый испытывал чувство вины (23,5%) в связи с неумением справиться со своими проблемами.

Навязчивые мысли выявлялись в 23,0%. Содержание навязчивых переживаний было связано с актуальной ситуацией, преимущественно отражало переживаемый конфликт между желанием выглядеть красиво и трудностями в достижении намеченной цели. Ипохондрическая окраска навязчивых мыслей и страхов была характерна для зависимого пищевого поведения и придавала свое-

образе пограничным нервно-психическим расстройствам.

В процессе психотерапевтической работы мы обращали внимание пациентов на следующие типичные родительские предначертания (скрипты) [3], участвующие в формировании сценария зависимого пищевого поведения:

1. С раннего детства ребенка во имя соблюдения режима кормления прикладывают к груди строго по часам. Но сколько драматичных переживаний, фрустраций, может возникать при этом уже у новорожденного малыша! И когда наступает долгожданное кормление, то у него возникает не только удовольствие, но и другие, порой негативные чувства. В дальнейшем эти сложные хитросплетения переживаний, десятилетиями сохраняясь в подсознании, могут незаметно определять наше поведение и во взрослой жизни!

2. Для того чтобы успокоить и поднять настроение младенцу, ему дают «заменитель» материнской груди в виде пустышки, позднее - дается конфетка. За хорошее поведение или за пятерку в школе - пирожное. В результате и многие взрослые по закрепившейся на рефлекторном уровне привычке прибегают к еде в сложных жизненных ситуациях, чтобы себя поощрить, снять напряжение и расслабиться.

3. Часто обеспокоенные здоровьем детей родители или воспитатели, используя различные манипулятивные приемы, требуют от детей, чтобы они съедали все! Часто это сопровождается историями про то, как трудно было убирать хлеб и как кому-то приходилось голодать во время войны. Могли даже звучать угрозы – «если ты не съешь, мы все это выльем тебе за шиворот!». В итоге формируется привычка тщательно доедать с тарелки все куски, даже если ты уже сыт.

4. Многие родители требуют от детей, что бы они ели быстро, нередко соревнуясь друг с другом (достаточно вспомнить общеизвестную историю про то, как в старину выбирали работников). В итоге съедается гораздо больше, поскольку при таком темпе еды почувствовать удастся очень мало.

5. У многих пациентов с зависимым поведением родители с детства формируют

представления о здоровье, силе и мужественности, как связанным с большим потреблением еды. Почему-то здоровье детей с младенчества традиционно измеряется в килограммах.

6. Отождествление благополучной и счастливой жизни с возможностью много и разнообразно есть. Большое количество разнообразной еды является неизменным символом благосостояния и жизненного успеха.

7. Формирование представлений о силе, уверенности и солидности связано с массивным телом. Многие мамы мечтают, чтобы их дети были крепкими. Внушительная фигура, в связи с этим становится символом «богатырского здоровья». Исторически богатый, преуспевающий человек никогда не был худым - «крупный руководитель», «солидный мужчина».

8. С детства дети учатся подражать ритуальному пищевому поведению окружающих во время застолий. Без обильного употребления пищи праздник кажется просто невыносимым! И если гость при этом плохо ест, хозяева могут демонстрировать недовольство или даже обиду!

9. Еда выполняет и коммуникативную роль. Известно, что с помощью еды гораздо легче расположить к себе собеседника. И в процессе разговоров участниками незаметно съедается в 2-3 раза больше необходимой нормы. В такой ситуации порой вообще сложно что-либо ощутить, и о том, что человек наелся, он узнает, когда разбухший желудок начинает мешать дыханию.

10. У многих людей сложилось двойственное отношение к еде. С одной стороны, мы получаем от нее удовольствие. А с другой – «мы живем не для того, чтобы есть, а едим для того, чтобы жить». Нас призывают: «не делайте из еды культа!». В результате – чтение газет, книг, просмотр телепередач за едой во многом словно оправдывают «бесполезно потраченное на чрезвычайное время».

Нами подробно анализировался сценарий жизни пациентов с пищевой зависимостью, родительские «предписания», развенчивались пищевые шаблоны и мифы. С учетом вышесказанного, можно говорить об особенностях так называемого жизненного сценария зависимого пищевого поведения,

для которого характерна, как уже говорилось, чрезмерная, доминирующая многие годы неосознаваемая пищевая фиксация.

Во время еды у пациентов часто возникало состояние измененного сознания, поскольку параллельно с приемом пищи занимались посторонними делами. Очень многие за едой имели обыкновение смотреть телепередачи (56,5%) или читать газеты, журналы или книги (24,0%). В связи с этими обстоятельствами, не вполне получают удовольствие от трапезы 35,0% пациентов, а у 45,5% лиц с зависимым пищевым поведением после еды не наступало чувство насыщения, поэтому часто отмечалось дальнейшее неконтролируемое употребление еды. Попытки вызывать рвоту отмечались у 1,0% обследованных больных, отвращение к еде отмечалось у 0,5%.

Снижение сексуального влечения отмечалось у 19,0%, отсутствие чувства сексуального удовлетворения – 19,0%.

На первый взгляд, сексуальные нарушения обнаруживались не столь часто. По нашему мнению, у лиц с пищевой зависимостью доминировала необходимость удовлетворения пищевого влечения и вполне возможно, сексуальной жизни не уделялось достаточно большого внимания, и она им не приносила удовлетворения, поскольку у лиц с пищевой зависимостью имеются нарушения телесного самовосприятия [4].

Состояние измененного сознания, транс переносит человека в иную реальность, где нет жестких ограничений, которые сознание наложило на него, где есть возможность для переструктурирования опыта, понимания окружающего мира, где есть необходимые условия для нового восприятия окружающего мира и своего места в нем [5]. Такие явления возникают практически каждый раз, когда внимание пациентов расфокусировано.

Именно поэтому техники, применяемые в работе с пациентами (классический и эриксоновский гипноз, трансперсональная психотерапия, телесноориентированная психотерапия) в основном проводились в состоянии измененного сознания. Все это позволяло не только раскрыть доступ к этиопатогенетическим механизмам пищевой зависимости, но и проработать сложный многоуровневый невротический конфликт и

раскрыть здоровые ресурсы организма. Используя эти технологии, мы не только формировали желательное поведение (возможность получать осознанное наслаждение от меньшего количества качественной, вкусной еды), здоровых доминант, образа здорового, стройного тела, но и активизировали личностные резервы.

Литература:

1. Беловолов Ю.К., Иванова Л.А., Юрьев В.С. Проблема ожирения в современном обществе. *OlymPlus. Гуманитарная версия*. 2021; 2 (13): 96-99.
2. Бацанова С.В. Погоня за идеалом. Диета в системе современной культуры. *Социально-гуманитарные знания*. 2015; 8: 6-13
3. Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия / Пер. с англ. СПб., «Братство», 1994. 224 с.
4. Гугуева Ю.В. Нарушение пищевого поведения. Психология пищевой зависимости. *Интеллектуальные ресурсы - региональному развитию*. 2019; 5 (2): 361-365
5. Гордеев М.И. Классический и эриксоновский гипноз. М.: Издательство института психотерапии, 2001. 233 с.

THE UNREAL REALITY OF SLIMNESS

A.W. Prilenskay, B.Y. Prilenskiy, A.G. Buhna, R.I. Kanbekowa

Tyumen State Medical University, Tyumen

Overweight is the result of an unhealthy lifestyle against the background of emerging stressful situations. States of altered consciousness that arise during the study of an acute or chronic traumatic situation are risk factors for dependent eating behavior.

Keywords: stress, mental trauma, anxiety, overweight, states of altered consciousness

Информация об авторах:

Приленская Анна Владимировна – к.м.н., доцент (AuthorID: 745978; ORCID iD: 0000-0002-8681-6195). Место работы: доцент кафедры психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» МЗ РФ. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронная почта: aprilensk@gmail.com

Приленский Борис Юрьевич – д.м.н., профессор (ORCID iD: 0000-0002-5449-5008). Место работы и должность: заведующий кафедрой медицинской психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» МЗ РФ. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Бухна Андрей Георгиевич – к.м.н. (ORCID iD: 0000-0002-9580-0005). Место работы и должность: доцент кафедры психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» МЗ РФ. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Канбекова Рамиля Илдусовна (ORCID iD: 0000-0003-4910-5033). Место работы и должность: ассистент кафедры психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» МЗ РФ. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Для цитирования: Приленская А.В., Приленский Б.Ю., Бухна А.Г., Канбекова Р.И. Нереальная реальность стройности. *Академический журнал Западной Сибири*. 2022; 18 (1): 53-56. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-53-56

