

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ТАБАКА

А.В. Голенков

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей Минздрава Чувашии», г. Чебоксары, Россия

SUICIDAL BEHAVIOR AND MENTAL DISORDERS CAUSED BY TOBACCO USE

A.V. Golenkov

Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Institute for Advanced Training of Physicians, Cheboksary, Russia

Сведения об авторе:

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; ResearcherID: C4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский пр. 15; проректор по научной работе ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей Минздрава Чувашии». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Электронная почта: golenkovav@inbox.ru

В обзорной статье рассматривается связь суицидального поведения с психическими расстройствами, обусловленными потреблением табака. Текущий статус курения, его интенсивность, возраст начала курения, пол аддикта, выраженность никотиновой зависимости (включая абстинентное состояние, психотические расстройства, амнестический синдром), употребление большого числа сигарет (≥ 11 штук в день), с высоким содержанием смол и никотина, сигарет без фильтра, нескольких видов табака, курение кальянов и электронных сигарет являются сильными предикторами суицидальной активности. Необходимо выявлять и оценивать выраженность никотиновой зависимости, сопутствующей психической патологии, а также стараться проводить программы по прекращению курения. Перечисленные мероприятия являются действенной профилактикой всего спектра суицидального поведения – от мыслей о самоубийстве, его планировании, попыток до завершённого суицида.

Ключевые слова: табакокурение (синдром зависимости, абстинентное состояние, психотическое расстройство, амнестический синдром), МКБ-10, суицидальное поведение, коморбидные психические расстройства

Курение табака (ТК) тесно связано с повышенным риском суицидального поведения (СП), включая суицидальные мысли, планирование, попытки и смерть. Многочисленные крупные мета-анализы и проспективные когортные исследования последовательно демонстрируют, что у курящих риск суицидальной активности примерно в два раза выше, чем у некурящих [1-6]. Более ранний возраст начала курения и весь спектр расстройств, связанных с употреблением табака, ещё больше повышают риск СП, даже после его корректировки на психиатрические и демографические факторы [5, 7, 8].

Согласно МКБ-10, раздел F17 «Психические расстройства (ПР) и расстройства поведения, связанные с употреблением табака» включает: острую интоксикацию после употребления табака, неоднократное его употребление с вредными последствиями, синдром никотиновой зависимости (НЗ), абстинентное состояние

(синдром отмены), психотическое расстройство, амнестический синдром [9].

Однократный эпизод *вредного употребления (курения) табака* (острая интоксикация) может резко усилить импульсивность и негативные эмоции, которые являются поведенческими механизмами, связанными с СП, особенно у подростков [5, 10], не говоря о неоднократном ТК с вредными последствиями. Быстрое поступление никотина в организм и последующие симптомы отмены могут усугубить импульсивность и эмоциональную дисрегуляцию, ещё больше повышая риск СП после первоначального употребления, особенно в чувствительных группах населения, таких как молодёжь и женщины [10-12].

Нейробиологические эффекты никотина, включая модуляцию высвобождения нейротрансмиттеров (дофамин, серотонин и др.), сенсibilизацию и негативную импульсивность, могут нарушать регуляцию действий и

предрасполагать к негативным эмоциям, которые, как известно, способствуют СП [13]. Кроме того, компоненты электронных сигарет (жидкости для электронных сигарет, ароматизаторы и следы металлов) вызывают окислительный стресс и воспаление, что еще больше влияет на психическое здоровье потребителя никотина и повышает риск агрессивного и импульсивного поведения. В американском диагностическом и статистическом руководстве по ПР (DSM-5) особо выделяют большое депрессивное расстройство, биполярное расстройство, тревожные расстройства, синдром дефицита внимания и гиперактивности как наиболее распространенные группы психической патологии, связанные с употреблением табака [8].

Известно, что даже однократное употребление никотина, связано с повышенным риском развития психотических расстройств, включая шизофрению и неаффективный психоз. При этом величина эффекта колеблется от 1,5 до трёхкратного увеличения риска по сравнению с некурящими, и эта связь сохраняется после его корректировки на такие факторы, как употребление каннабиса и социально-экономический статус [14, 15]. С механистической точки зрения, предполагается, что воздействие никотина увеличивает дофаминергическую активность и вызывает сверхчувствительность D₂-рецепторов, которые играют центральную роль в патофизиологии психоза [13]. Риск особенно высок, когда ТК начинается в подростковом возрасте, и даже однократное употребление может способствовать уязвимости, особенно у лиц с генетическими или экологическими факторами риска [10-12].

Таким образом, единичный эпизод вредного употребления никотина может увеличить риск появления суицидальных мыслей, попыток самоубийства и самоповреждения, так и развития психотических расстройств (ПР), особенно у генетически или экологически предрасположенных лиц, посредством нейробиологических механизмов, включающих дофаминергическую дисрегуляцию и чувствительность рецепторов [10-12].

Никотиновая зависимость

С течением времени при ТК формируется НЗ, которая включает тягу, раздражительность, тревогу, беспокойство, дисфорию или подавленное настроение, нарушение концентрации внимания, бессонницу, повышенный аппетит и ангедонию [16, 17]. Эти симптомы возникают как из-за физической зависимости, так и из-за

поведенческой обусловленности, и их интенсивность и стойкость варьируют у разных людей. Каждый симптом коррелирует со специфическими проявлениями СП:

Тяга и беспокойство связаны с импульсивностью и негативной импульсивностью, которые повышают риск незапланированных попыток самоубийства и самоповреждения, особенно у подростков и молодых людей [5, 10, 11, 12].

Раздражительность, тревога и дисфория или подавленное настроение тесно связаны с суицидальными мыслями и планированием, поскольку эти нарушения настроения отражают те, которые наблюдаются в психиатрических группах риска самоубийства [14, 15].

Нарушение концентрации внимания и ангедония способствуют возникновению чувства безнадёжности и утрате удовольствия, которые являются основными признаками суицидальных мыслей и предсказывают попытки самоубийства. *Бессонница и повышенный аппетит* менее напрямую связаны с СП, но могут усугубить общее состояние дистресса и негативные эмоции, косвенно увеличивая риск самоубийства [16]. Симптомы абстиненции (особенно негативные эмоции и тяга) предсказывают рецидив курения, который связан с повышенным риском попыток самоубийства и переходом от мыслей к суицидальным действиям [1]. Риск наиболее выражен у девочек-подростков с высокой НЗ, где даже лёгкие симптомы связаны с самоповреждением, а тяжёлые – с попытками самоубийства [6]. Эта связь сохраняется во всех возрастных группах, но наиболее сильна у тех, кто начал курить рано и употреблял никотин в больших количествах [18, 19]. Симптомы НЗ следует учитывать при оценке риска самоубийства, поскольку их наличие и тяжесть являются независимыми предикторами СП.

Выявление НЗ

Для выявления НЗ наиболее широко используемыми и валидизированными шкалами являются тест Фагерстрёма на НЗ (FTND) и его варианты, включая индекс тяжести курения и краткий индекс НЗ (SNDI). Эти шкалы фокусируются на таких показателях, как время до употребления первой сигареты после пробуждения и количество выкуриваемых сигарет в день, которые тесно связаны как с тяжестью зависимости, так и с риском СП [4]. Опросник поведения курильщика Гловера-Нильссона (GN-SBQ) также валидирован для оценки психологических и поведенческих аспектов зависимости [20]. Наиболее эффективными инструмен-

тами для измерения симптомов отмены никотина являются Миннесотская шкала отмены никотина (MNWS), Шкала настроения и физических симптомов (MPSS), Висконсинская шкала отмены курения (WSWS) и Шкала отмены сигарет (CWS-21) [1, 4, 20]. Шкала жалоб курильщиков (SCS) специально валидирована для острых симптомов отмены, включая аффективную и когнитивную сферы [20]. Для оценки связи с СП наиболее прогностическими являются FTND и SNDI, особенно у девочек-подростков и в психиатрических популяциях, где высокие баллы коррелируют с повышенным риском попыток самоубийства и самоповреждения [1, 20]. Включение употребления табака и зависимости от него в шкалы оценки риска самоубийства подтверждается данными метаанализа, и рекомендуется систематически проводить скрининг на НЗ в рамках оценки риска самоубийства [4]. Критерии DSM-5 для расстройств, связанных с употреблением табака [8], обеспечивают формальную диагностическую основу, но для клинических и исследовательских целей предпочтительными являются FTND, SNDI и валидизированные шкалы оценки синдрома отмены для количественной оценки риска и руководству по лечению НЗ, коморбидных ПР и СП [20].

Наиболее тесно связанными с СП пунктами теста Фагерстрёма на НЗ являются «время до употребления первой сигареты после пробуждения» и «количество выкуриваемых сигарет в день». Эти два пункта, которые вместе образуют «индекс тяжести курения», неизменно определяются как наиболее сильные предикторы тяжести НЗ, так и ее связи с психической заболеваемостью, включая СП. Высокие баллы по этим пунктам отражают большую физиологическую зависимость и связаны с повышенным риском повторных и серьёзных с медицинской точки зрения попыток самоубийства, особенно в группах населения с высокой импульсивностью. Ранний возраст начала курения, который связан с этими пунктами, также повышает риск СП [4]. Другие пункты теста Фагерстрёма, такие как курение большего количества сигарет по утрам (в первой половине дня) или трудности с воздержанием от курения в запрещённых местах, не так сильно связаны с СП по сравнению с индексом тяжести курения. В клинических и эпидемиологических исследованиях сосредоточение внимания на этих двух пунктах предоставляет наиболее важную информацию для оценки риска СП среди курильщиков [1, 4, 20].

Хроническое ТК связано с нейропсихологическими нарушениями, включая дефицит кратковременной и долговременной памяти, внимания и когнитивной гибкости, что имеет отношение к *амнестическому синдрому* [3, 4]. Курение повышает риск болезни Альцгеймера и сосудистой деменции. При этом у курильщиков наблюдается атрофия гиппокампа, уменьшение объема энторинальной коры и гипометаболизм глюкозы в головном мозге, что является ключевыми признаками амнестического синдрома [18]. Патологические механизмы, связывающие курение с выраженными нарушениями памяти, включают усиление амилоидной патологии, окислительный стресс, нейровоспаление и потерю микроструктурной целостности белого вещества головного мозга [3].

Риск СП у пациентов с амнестическим синдромом, имеющих в анамнезе ТК, повышен по сравнению с некурящими и лицами без когнитивных нарушений. ТК в настоящее время независимо связано с двукратным-трехкратным увеличением риска суицидальных мыслей, попыток самоубийства и смерти от самоубийства, как показали крупные метаанализы и национальные исследования [3, 4]. Этот риск сохраняется после корректировки с учетом сопутствующих ПР и предшествующих суицидальных наклонностей.

По оценкам, распространённость суицидальных мыслей среди курильщиков составляет от 2,6 до 4% в год, при этом попытки самоубийства происходят у 0,5 до 1% этой популяции [18]. У пациентов с нейрокогнитивными расстройствами риск дополнительно увеличивается из-за нарушенной способности к принятию решений, импульсивности и сопутствующих расстройств настроения.

В целом, пациенты с амнестическим синдромом и историей ТК подвержены значительно повышенному риску СП, и этот риск является как независимым, так и аддитивным по отношению к другим психиатрическим и когнитивным факторам риска.

Предикторы СП

В медицинской литературе выделено несколько таких прогностических показателей:

Текущий статус курения связан с повышенным риском на всех стадиях СП: у курящих в настоящее время выше вероятность суицидальных мыслей, планирования, попыток самоубийства и смерти от самоубийства по сравнению с никогда не курившими. У бывших курильщиков он также повышен, но самый высокий риск СП наблюдается у заядлых куриль-

щиков и тех, кто возвращается к курению после отказа от него [3, 4].

Интенсивность курения (количество сигарет в день) демонстрирует дозозависимую связь: у заядлых курильщиков (например, ≥ 11 сигарет в день у подростков) выше вероятность чувства грусти или безнадежности, суицидальных мыслей и планирования самоубийства, а также выше риск попыток самоубийства, чем у умеренных курильщиков [11, 12, 18].

Каждое увеличение количества сигарет на 10 в день связано с увеличением риска самоубийства (СП) на 24% [11].

Возраст начала курения является предиктором более раннего и тяжелого СП. Употребления табака с детского и подросткового возраста связано с повышенным риском суицидальных мыслей и преднамеренного самоповреждения, особенно среди женщин [18].

НЗ связана с попытками самоубийства среди курильщиков в течение последнего года, независимо от психиатрической сопутствующей патологии [8]. Однако некоторые лонгитудинальные исследования показывают, что НЗ сама по себе не всегда может предсказывать попытку самоубийства после корректировки на другие факторы [7].

Употребление сигарет без фильтра связано с более высоким риском смерти от самоубийства по сравнению с сигаретами с фильтром из-за большего воздействия никотина и токсинов (смола), что увеличивает зависимость и тяжесть синдрома отмены [11].

Употребление нескольких видов табака (сигарет и других табачных изделий) связано с повышенным риском на всех стадиях СП, при этом самый высокий риск наблюдается у пользователей нескольких видов табачных изделий, включая суицидальные мысли, планирование и попытки самоубийства [5, 18].

Марки сигарет. В медицинской литературе не выявлено конкретных марок сигарет, наиболее тесно связанных с повышенным риском СП. Связь между курением сигарет и СП является устойчивой и дозозависимой, при этом риск увеличивается в зависимости от интенсивности курения (количество сигарет в день), НЗ и использования сигарет без фильтра, но не от типа марки сигарет (табака) [2-4]. У курящих в настоящее время, особенно у заядлых курильщиков и тех, кто использует сигареты без фильтра, риск СП значительно выше по сравнению с никогда не курившими, и этот риск остается неизменным в разных популяциях и исследованиях [11, 12]. Ранний возраст начала

ТК и постоянное употребление табака ещё больше повышают риск, но в литературе не проводится дифференциация риска по маркам сигарет [18].

Курение кальяна и СП. Курение кальяна связано с повышенным уровнем стресса и грусти, которые являются психологическими состояниями, связанными с суицидальными мыслями и поведением. По сравнению с некурящими, курильщики кальяна – особенно молодые люди – сообщают о более высоком уровне стресса и грусти даже после учёта демографических факторов и курения сигарет. Однако в отличие от курения сигарет, употребление кальяна не демонстрирует последовательной прямой связи с клинической депрессией, тревогой или импульсивностью в студенческой среде [21].

Кальянщики значительно чаще употребляют несколько видов табака и одновременно употребляют психоактивные вещества (алкоголь, каннабис, другие наркотики), что усиливает риск СП. Риск наиболее высок среди людей, употребляющих несколько табачных изделий, включая кальян, сигареты и электронные сигареты. Употребление кальяна также увеличивает вероятность начала курения сигарет, что независимо связано с двукратным или трехкратным увеличением риска суицидальных мыслей и поведения. По сравнению с курением сигарет, употребление кальяна обеспечивает аналогичное или большее количество никотина и токсинов, но часто воспринимается как менее вредное и менее вызывающее привыкание, что приводит к недооценке риска. Американская кардиологическая ассоциация подчеркивает, что кальянный дым содержит вредные вещества в количествах, сопоставимых или превышающих таковые в сигаретном дыме, и рекомендует регулировать кальян аналогично сигаретам [21].

В заключение, курение кальяна связано с психологическим стрессом и повышенным риском СП, главным образом, из-за его связи с употреблением нескольких видов табака и психоактивных веществ, а также из-за облегчения начала курения сигарет. Профиль риска аналогичен, но не выше, чем у курения сигарет, и усиливается у пользователей нескольких табачных продуктов [8, 21].

Лечение НЗ и СП

Ни один метод отказа от курения не показал положительной связи с СП в рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) или крупных когортных исследованиях. Нико-

тинозаместительная терапия (НЗТ), варениклин и бупропион были всесторонне изучены, в том числе в популяциях с психиатрической коморбидностью, и ни один из них не показал повышенного риска СП по сравнению с плацебо или друг с другом [1]. Исследование EAGLES, ключевое многоцентровое РКИ, продемонстрировало, что частота умеренных и тяжёлых нейropsychиатрических побочных эффектов, включая СП, была одинаковой при применении варениклина, бупропиона, НЗТ и плацебо, даже у пациентов с ПР [4]. Наблюдательные исследования и мета-анализы подтверждают эти результаты, при этом коэффициенты риска самоповреждения и депрессии не были повышены для варениклина или бупропиона по сравнению с НЗТ [11]. Американская коллегия кардиологии рекомендует варениклин и комбинированную НЗТ в качестве терапии первой линии, отмечая отсутствие повышенного нейropsychиатрического риска. Психотерапевтические вмешательства, включая когнитивно-поведенческую и диалектическую поведенческую терапию, связаны со снижением СП как в общей, так и в психиатрической популяции. Эти подходы считаются безопасными и эффективными дополнениями к (психо)фармакотерапии.

Увеличение веса во время отказа от курения не является неблагоприятным прогностическим фактором СП у пациентов, проходящих программы отказа от ТК, и прекращение курения – даже с увеличением веса – снижает риск СП по сравнению с продолжением ТК [22]. Увеличение веса является распространённым и ожидаемым результатом после прекращения ТК, обычно в среднем на 3-6 кг, и в основном объясняется повышением аппетита и снижением расхода энергии после отмены ни-

котина. Это увеличение веса не уменьшает пользы от отказа от ТК для сердечно-сосудистой системы или общей смертности [23]. У пациентов с диабетом 2 типа недавние данные показывают, что отказ от ТК связан со снижением риска смертности от самоубийств, и эта польза сохраняется среди тех, кто набирает или поддерживает вес после отказа от курения. Примечательно, что значительная потеря веса после отказа от ТК не приводит к такому же снижению риска самоубийства [22].

Вмешательства, направленные на предотвращение увеличения веса после прекращения курения, включая физические упражнения и фармакотерапию, обладают умеренной эффективностью, но в медицинской литературе нет доказательств того, что увеличение веса после прекращения курения является неблагоприятным предиктором СП [23]. Основные психиатрические риски во время прекращения ТК связаны с симптомами никотиновой абстиненции (такими как раздражительность, тревожность и депрессивное настроение), а не с самим увеличением веса.

Заключение

Курение табака, связанное с потреблением основных видов табачных изделий, и психическая патология достоверно коррелирует со всем спектром проявлений СП. В их развитии большую роль играет возраст начала ТК, пол аддикта, интенсивность ТК, крепость сигарет и употребление нескольких видов табака, курения кальяна, электронных сигарет, устройств для нагревания табака и др. Рутинное включение скрининга на НЗ и оценку состояния психического здоровья (ПР) могут снижать риск СП во время различных вмешательств по прекращению ТК.

Литература / References:

1. Yaworski D, Robinson J, Sareen J, Bolton JM. The relation between nicotine dependence and suicide attempts in the general population. *Can J Psychiatry*. 2011 Mar; 56 (3): 161-170. DOI: 10.1177/070674371105600306
2. Li D, Yang X, Ge Z, Hao Y, Wang Q, Liu F, Gu D, Huang J. Cigarette smoking and risk of completed suicide: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Psychiatr Res*. 2012 Oct; 46 (10): 1257-1266. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.03.013
3. Poorolajal J, Darvishi N. Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016 Jul 8; 11 (7): e0156348. DOI: 10.1371/journal.pone.0156348
4. Echeverria I, Cotaina M, Jovani A, Mora R, Haro G, Benito A. Proposal for the inclusion of tobacco use in suicide risk scales: results of a meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jun 5; 18 (11): 6103. DOI: 10.3390/ijerph18116103
5. Huh Y, Cho HJ. Associations between the Type of Tobacco Products and Suicidal Behaviors: A Nationwide Population-Based Study among Korean Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan 6; 18 (2): 367. DOI: 10.3390/ijerph18020367
6. Kim JH, Lee T, Park HJ, Kim SM, Kim JW. Association between smoking status and suicidal ideation, planning, and attempts among adults in South Korea: a population-based cross-sectional survey. *Front Psychiatry*. 2025 Jun 6; 16: 1440792. DOI: 10.3389/fpsy.2025.1440792
7. Berlin I, Hakes JK, Hu MC, Covey LS. Tobacco use and suicide attempt: longitudinal analysis with retrospective reports. *PLoS One*. 2015 Apr 7; 10 (4): e0122607. DOI: 10.1371/journal.pone.0122607
8. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 TM 5th ed. Washington: American Psychiatric Association. 2013. 1924 p.
9. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М., 1999. 232 с. [Churkin AA, Martushov AN. A brief guide to the use of ICD-10 in psychiatry and addiction medicine. М., 1999. 232 p.] (In Russ)
10. Wang M, Qin A, Wei Z, Sun L. Differentiating the associations between alcohol use, cigarette smoking, and conditional suicidal behaviors among adolescents. *J Affect Disord*. 2023 Nov 15; 341: 112-118. DOI: 10.1016/j.jad.2023.08.100
11. Swann AC, Graham DP, Wilkinson AV, Kosten TR. Nicotine Inhalation and Suicide: Clinical Correlates and Behavioral Mech-

- anisms. *Am J Addict.* 2021 Jul; 30 (4): 316-329. DOI: 10.1111/ajad.13171
12. Dasagi M, Mantey DS, Harrell MB, Wilkinson AV. Self-reported history of intensity of smoking is associated with risk factors for suicide among high school students. *PLoS One.* 2021 May 13; 16 (5): e0251099. DOI: 10.1371/journal.pone.0251099
13. Malone KM, Waternaux C, Haas GL, Cooper TB, Li S, Mann JJ. Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *Am J Psychiatry.* 2003 Apr; 160 (4): 773-779. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.4.773
14. King M, Jones R, Petersen I, Hamilton F, Nazareth I. Cigarette smoking as a risk factor for schizophrenia or all non-affective psychoses. *Psychol Med.* 2021 Jun; 51 (8): 1373-1381. DOI: 10.1017/S0033291720000136
15. Güvercin E, Binbay T, Kırılı U, Targitay Öztürk B, Elbi H, Alptekin K. The Effect of Smoking Cigarettes on the Progression of Psychotic Experiences to Psychotic Disorder: Evidence From a 6-Year Follow-Up Study. *Int J Soc Psychiatry.* 2026 Jan 13: 207640251409953. DOI: 10.1177/00207640251409953
16. Lopez-Castroman J, Cerrato L, Beziat S, Jaussent I, Guillaume S, Courtet P. Heavy tobacco dependence in suicide attempters making recurrent and medically serious attempts. *Drug Alcohol Depend.* 2016 Mar 1; 160: 177-182. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2016.01.004
17. Суховская О.А. Табакокурение и суицид (обзор литературы). *Суицидология.* 2018; 9 (3): 92-97. [Sukhovskaya OA. Smoking and suicide. Review. *Suicidology.* 2018; 9 (3): 92-97.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-92-98
18. Han B, Compton WM, Blanco C. Tobacco Use and 12-Month Suicidality Among Adults in the United States. *Nicotine Tob Res.* 2017 Jan; 19 (1): 39-48. DOI: 10.1093/ntr/ntw136
19. Mouro Ferraz Lima T, Castaldelli-Maia JM, Apter G, Leopoldo K. Neurobiological associations between smoking and internalizing disorders. *Int Rev Psychiatry.* 2023 Aug-Sep; 35 (5-6): 486-495. DOI: 10.1080/09540261.2023.2252907
20. Eakin MN, Kathura H. Tobacco dependence: A comprehensive and guide to prevention. Cham (CH): Humana Press, 2023; 298 p. DOI: 10.1007/978-3-031-24914-3
21. Bhatnagar A, Maziak W, Eissenberg T, Ward KD, Thurston G, King BA, Sutfin EL, Cobb CO, Griffiths M, Goldstein LB, Rezk-Hanna M. Water Pipe (Hookah) Smoking and Cardiovascular Disease Risk: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2019 May 7; 139 (19): e917-e936. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000671
22. Jeong C, Kim B, Oh DJ, Sohn TS, Han K, Kwon HS. Effect of smoking cessation and post-cessation weight change on suicide mortality in type 2 diabetes: A nationwide cohort study. *Diabetes Res Clin Pract.* 2025 Dec; 230: 112967. DOI: 10.1016/j.diabres.2025.112967
23. Hartmann-Boyce J, Theodoulou A, Farley A, Hajek P, Lycett D, Jones LL, Kudlek L, Heath L, Hajizadeh A, Schenkels M, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Oct 6; 10 (10): CD006219. DOI: 10.1002/14651858.CD006219.pub4

SUICIDAL BEHAVIOR AND MENTAL DISORDERS CAUSED BY TOBACCO USE

A.V. Golenkov

Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Institute for Advanced Training of Physicians, Cheboksary, Russia

Abstract:

This review article examines the relationship between suicidal behavior and tobacco-related mental disorders. Current smoking status, its intensity, age of onset, the addict's gender, the severity of nicotine addiction (including withdrawal symptoms, psychotic disorders, and amnestic syndrome), heavy cigarette consumption (≥ 11 cigarettes per day or more), high-tar and high-nicotine cigarettes, unfiltered cigarettes, multiple types of tobacco, hookah smoking, and e-cigarette smoking are strong predictors of suicidal behavior. It is essential to identify and assess the severity of nicotine dependence and associated mental health conditions, and implement smoking cessation programs. These measures are effective in preventing the entire spectrum of suicidal behavior – from suicidal thoughts, planning, attempts to completed suicide.

Keywords: tobacco smoking (dependence syndrome, withdrawal state, psychotic disorder, amnestic syndrome), ICD-10, suicidal behavior, comorbid mental disorders

Information about the author:

Golenkov Andrei V. – MD, PhD, Professor (Researcher ID: C-4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736). Place of work: Professor of the Department of Psychiatric, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: 6 Pirogov Str, Cheboksary, Russia. Email: golenkovav@inbox.ru

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 03.02.2026. Принята к публикации / Accepted for publication: 24.02.2026.

Для цитирования: Голенков А.В. Суицидальное поведение и психические расстройства, обусловленные употреблением табака. *Академический журнал Западной Сибири.* 2026; 22 (1): 15-20. DOI: 10.32878/sibir.26-22-01(110)-15-20

For citation: Golenkov A.V. Suicidal behavior and mental disorders caused by tobacco use. *Academic Journal of West Siberia.* 2026; 22 (1): 15-20. (In Russ) DOI: 10.32878/sibir.26-22-01(110)-15-20