



Образовательное частное учреждение
высшего образования
«Московская международная академия»

Р.В. Бисалиев

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Монография

Москва – 2025

УДК 364.27.266-369.221.2
ББК 56.14.54.1.51.1(2)
Б12

Бисалиев Р.В. Суицидальное поведение при соматических расстройствах: Монография. Москва: ОЧУ ВО «ММА», 2025. 152 с.

Представленная монография базируется на результатах многолетних обширных исследований феномена суицидального поведения. Подробно описаны эпидемиологические, биологические, личностно-психологические, клинические и социальные детерминанты суицидального поведения у пациентов соматического профиля. Отражены характеристики суицидального поведения и их современные особенности. Скрупулезно исследуется связь между актуализацией суицидальных тенденций и развитием соматического расстройства.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в квалифицированной диагностике признаков суицидального риска и разработке единого методологического подхода при реализации программ по суицидальной превенции у пациентов соматического профиля.

Монография предназначена для психиатров, психотерапевтов, суицидологов, клинических психологов, терапевтов, организаторов здравоохранения, магистрантов, аспирантов и докторантов медико-психологического направления подготовки.

Монография будет полезна и интересна для студентов, обучающихся по специальности 030301.65 «Клиническая психология», направленность (профиль) «Патопсихологическая диагностика и психотерапия» и студентов медицинских высших учебных заведений, обучающихся по специальностям: 31.02.01 «Лечебное дело» и 31.05.02 «Педиатрия».

Автор:

Рафаэль Валерьевич Бисалиев – доктор медицинских наук, доцент кафедры «Общая и клиническая психология», Образовательное частное учреждение высшего образования «Московская международная академия»

Рецензенты:

Корчагина Галина Александровна - доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ННЦ наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Шаповалова Марина Александровна — доктор медицинских наук, профессор, и.о. проректора по последипломному образованию, заведующая кафедрой экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения РФ

Печатается по решению редакционно-издательского совета Образовательного частного учреждения высшего образования «Московская международная академия».

ISBN 978-5-904360-85-6

© Р.В. Бисалиев
© ОЧУ ВО «ММА»

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Ангиотензин-превращающий фермент - АПФ
Артериальная гипертензия - АГ
Биполярное аффективное расстройство - БАР
Болезни органов дыхания – БОД
Всемирная организация здравоохранения - ВОЗ
Вирус иммунодефицита человека - ВИЧ
Доверительный интервал - ДИ
Злокачественные новообразования - ЗНО
Сахарный диабет - СД
Сердечно-сосудистые заболевания – ССЗ
Синдром приобретенного иммунодефицита - СПИД
Суицидальное поведение - СП
Ишемическая болезнь сердца - ИБС
Хроническая обструктивная болезнь легких - ХОБЛ

ВВЕДЕНИЕ

Объективным индикатором общественного здоровья, социального благополучия и качества жизни людей является показатель частоты суицидов. Глобальный стандартизированный уровень самоубийств в 2020 году составил 10,5 самоубийства на 100 000 человек. Показатели распространенности суицидальных мыслей в течение жизни отмечаются в 9,2% случаев для суицидальных мыслей и 2,7% для других форм суицидального поведения (СП). При этом смертность по причине самоубийства фиксируется во всех возрастных категориях мировой популяции населения: 1,5% смертей в мире, или 18 место в ранжире причин смерти [157], в то время как среди лиц в возрасте 15–29 лет самоубийство является четвертой по значимости причиной смерти [136].

Что касается Российской Федерации, то по числу самоубийств на душу населения в нашей стране доля смертности от суицидов в среднем за период 2016-2020 гг. в структуре общей смертности составила 1% [23]. Хотя в отличие от Росстата, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) по-прежнему считает ситуацию со смертностью от самоубийств в России намного сложнее, чем представляется по официальным данным. То есть суицидальная смертность в России превышает среднемировые показатели более чем в два раза [212]. Возможно, это связано с тем, суициды входят в группу смертей от внешних причин, которая по-прежнему занимает третье место среди прочих [105]. Следует отметить, что в России смертность от самоубийств находится на втором месте по распространенности среди внешних причин смерти после всех видов транспортных несчастных случаев [137]. Так, например, смертность от повреждений с неопределенными намерениями в России превышает западноевропейскую в 28,5 раз у мужчин и в 16,7 раз у женщин [173]. Однако, самоубийства недооцениваются во многих странах. Смертность от повреждений с неопределенными намерениями (70–75%) в Швеции была позже классифицирована как самоубийства, в Англии 10,6% указанных смертей были отнесены к самоубийствам. В тоже время в Чили, Италии, Испании и Нидерландах эти показатели составляли 0, 0, 0,1 и 0,2, соответственно. Высказано предположение, что в этих странах неправильная классификация самоубийств как смертей с неопределенными намерениями встречается редко или вообще не встречается [376].

Согласно прогнозу глобальной смертности и бремени болезней на период с 2002 по 2030 годы наблюдается резкий сдвиг в распределении смертей от более молодых к более старшим возрастам от инфекционных, материнских, перинатальных причин и причин, связанных с питанием, к причинам, связанным с неинфекционными заболеваниями. Более того, предлагаемые риски смерти детей в возрасте до пяти лет снизятся почти на 50% к 2030 году [459]. С одной стороны, Россия имеет значимые успехи в снижении смертности детей до пяти лет. Так, например, за 2000-2020 гг. зафиксировано ее снижение в 3,5 раза, что составило 5,5 смерти на 1000 родившихся живыми. С другой стороны, отличительной чертой РФ является высокий уровень преждевременной смертности, определяемой долей смертей в трудоспособном возрасте в общем числе смертей. На этот показатель приходится более 20% всех смертей [132]. Доля причин смерти, связанных с заболеваниями (неасоциированными с алкоголем, наркотиками, травмами, убийствами, самоубийствами), составляет - $87,5 \pm 3,8\%$ у мужчин (30-74 года) и $93,9 \pm 2,3\%$ у женщин (30-49 лет) [49]. Следует отметить факт усиленной работы российских социальных институтов на повышение рождаемости, продолжительности жизни и здоровья граждан. Особенности национальных программ развития заключаются в нацеленности на результат применения самосохранительных стратегий населения, что позволяет говорить о необходимости направленного воздействия на методы оптимальных ценностных установок, модели поведения и жизненные планы в периметре субъективного здоровья граждан нашей страны [216].

Острота и сложность суицидологической ситуации объясняется нами трудностями прогноза дальнейшей динамики, определенного вклада соматической патологии, преуменьшении понимания суицидальности в целом, и, особенно в структуре соматических заболеваний, недостаточной осведомленностью и суицидологической настороженностью со стороны врачей-специалистов первичного звена и другими специалистами непсихиатрического профиля. Очевидно, что феномен суицидального поведения, связанного с формированием и развитием соматических болезней, является предметом более глубоких и мультидисциплинарных научно-практических исследований.

В целом, при изучении феномена суицида фокус направлен на изучении его психологической и психопатологической составляющих. Приводятся данные, иллюстрирующие связь между перенесенным в дошкольном возрасте домашнего физического и/или психологического насилия с формированием в молодом возрасте тревожных личностных особенностей с низкой самооценкой и склонностью к СП [160]. В контексте психоанализа в качестве аутоагрессии, рассматривается ряд бессознательных механизмов, формирующих психосоматические

расстройства [77]. Опубликовано монография по клинике суицидального поведения у больных с аддиктивными расстройствами и их родственников, находящейся в открытом доступе (<http://www.medpsy.ru/library/library165.php>) [17]. К сожалению, продолжают оставаться недостаточно изученными как факторы риска суицидального поведения, так и его клинические особенности в структуре соматических заболеваний. Хотя телесная болезнь является официально документированным государственными регистрами фактором риска суицидального поведения [108, 441]. Впоследствии, затрудняется первичная профилактика и предупреждение повторных суицидальных действий. Между тем, именно соматические заболевания обладают высоким суицидальным риском. Так из всех 1069 случаев совершенных суицидальных деяний, 18,9% указали физические страдания. Иллюстративно и то, что в каждой пятой прощальной записке, физическая болезнь названа причиной суицида, чаще пожилыми (> 65 лет) мужчинами; по 30% жертв страдали раком и/или хронической болью, 12% - болезнями легких; 12% совершали и ранее попытки суицида [269]. В зарубежных исследованиях с охватом 47 354 696 человек за 2017-2021 гг. установлено, что диагноз тяжелых соматических состояний был связан с повышенным риском смерти в результате самоубийства. В частности, через год после постановки диагноза частота самоубийств составила 21,6 на 100 000 больных раком с низкой выживаемостью по сравнению с 9,5 на 100 000 сопоставимых контрольных групп. У пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) показатель самоубийств за один год составил 22,4 на 100 000 пациентов (сопоставимый контроль: 10,6), при ишемической болезни сердца (ИБС) – 16,1 на 100 000 пациентов (сопоставимый контроль: 8,8), при дегенеративных неврологических состояниях – 114,5 на 100 000 пациентов. Увеличение суицидального риска было более выраженным в первые шесть месяцев после постановки диагноза или первого лечения [336]. Приведены результаты отечественных авторов, подтверждающих суицидогенность соматических заболеваний: в 51,5% случаев завершенных суицидов пациенты страдали при жизни одним или несколькими соматическими заболеваниями, различий по половому признаку не выявлено. Однако у мужчин-суицидентов часто причиной суицида являлись заболевания системы кровообращения (30,00 случаев на 100 завершенных суицидов), новообразования (27,77 случаев на 100 завершенных суицидов), заболевания нервной системы (6,66 случаев на 100 завершенных суицидов), тогда как у женщин с завершенными суицидами - новообразования (23,07 случаев на 100 завершенных суицидов), болезни системы кровообращения (20,50 случаев на 100 завершенных суицидов), болезни эндокринной системы (15,38 случаев на 100 завершенных суицидов) [66].

Увеличение риска смерти тела происходит через изменения поведения (на наш взгляд, речь идет о латентном самоубийстве): отказ от эффективных инвазивных вмешательств (диализ, коронарная ангиопластика, протезирование клапанов сердца), пренебрежение медикаментозным лечением соматических заболеваний, ограничение физической активности, нежелание изменить диету и другие аспекты нездорового образа жизни [411]. Высказано мнение, что отношения между физической болезнью и самоубийством являются, вероятно, косвенными и сочетаются с множеством других факторов риска, включая коморбидные расстройства психики, функциональные ограничения и социальную изоляцию [178]. Однако, несмотря на столь высокую частоту соматической патологии, непосредственно заболевание могло быть причиной суицидальной активности лишь у 21,6% мужчин и 34,4% женщин. Соответственно у остальной части больных соматический недуг не оказывал значимого влияния на добровольный уход из жизни [197]. Дополняя и усиливая предположение о связи суицидального поведения с соматическими заболеваниями, приводим следующие современные данные, а именно: из 27 262 человек, умерших в результате самоубийства в Дании в период с 1981 по 2006 год, 63,5% были госпитализированы по поводу физического заболевания по сравнению с 44,5% в контрольной группе сравнения. Среди случаев самоубийств лица с физическими болезнями значительно чаще умирали от отравления (38,1%) по сравнению с лицами, у которых не было зафиксировано соматических расстройств [466]. В то же время проводятся исследования по выявлению специфических биологических маркеров суицидальности у соматических больных. Определение суммарного содержания глюкозы и лактата в периферической крови проведенного от 20 трупов людей, причиной смерти которых явилась механическая асфиксия в результате сдавления органов шеи петлей (суицид), а также от 12 трупов, скончавшихся в результате сердечной патологии (контрольная группа) показало, что процент отсутствия глюкозы в этих группах составил более 80%. Тогда как в 60% случаев глюкоза отсутствует в стекловидном теле глаза людей, скончавшихся в результате сердечной патологии. В группе людей, скончавшихся в результате травм, отсутствие глюкозы выявлено в 45% случаев [2].

Помимо завершенных суицидов остаются высокие показатели по суицидальным мыслям и попыткам среди детей и подростков, между которыми имеются взаимовлияния и взаимозависимости. До 81,1% подростков реализуют суицидальные попытки в течение 12 месяцев после первичного возникновения мыслей о самоубийстве. В то же время количество попыток суицида среди несовершеннолетних за последние три года увеличилось на 13% (с 3253 до 3675 случаев), а число повторных

случаев – на 92,6% (со 188 до 362 случаев) [368]. Распространенные в подростковом возрасте несуицидальные самоповреждения являются существенным фактором риска для актуализации и проявления различных форм суицидального поведения [268].

Обращает на себя внимания факт связи суицидального поведения и соматических заболеваний у детей и подростков. В Бурятии отмечаются высокие показатели детской смертности, которые выше, чем по стране и варьируют от 6% до 22,7%. Однако предельно высоким остается удельный вес детей, умерших от так называемых немедицинских причин: суициды (от 14,1% до 30,8%), транспортные травмы (от 5,5% до 22,5%), механические асфиксии (от 9,9% до 26,4%), утопления (от 10,9% до 23%), отравления угарным газом (от 5,4% до 15,5%) [11]. Иными словами, речь идет как о прямых, так и скрытых формах самоубийства. Так, число несовершеннолетних, совершивших самоубийственные акты (удавление, удушение, падение с высоты, самоповреждение огнестрельным оружием и режущими предметами, намеренное падение под железнодорожный транспорт) имели общесоматические проблемы в 26,4% случаев, причем среди них преобладали физически ослабленные дети, включенные педиатрами в так называемую категорию «часто болеющий ребенок». Из них в 10,7% случаев было зарегистрировано обращение за психиатрической (как правило, оно носило однократный характер) помощью при этом обращение к психиатру было без повторных приемов и динамического наблюдения. В 12,5% случаев родственники приводили несовершеннолетних на прием к психологу [186]. Повышение суицидального риска у подростков обусловлено активацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы при воздействии стресс-фактора. Иными словами, в кровь выбрасывается большое количество стресс-гормона адреналина, что приводит к общей неуравновешенности подростка, тем самым повышая риск суицидального поведения [40].

Соматические заболевания как фактор формирования суицидальной активности помимо лиц трудоспособного возраста, также находят свое подтверждение среди пациентов пожилого и старческого возраста. Предполагается, что страны с различным (высоким, низким) уровнем прироста темпа населения будут иметь высокие показатели уровня самоубийств среди пожилых людей [472]. Тревожность показателя суицидальной активности среди пожилых лиц (опасность совершения самоубийства возрастает после 60 лет, достигая максимума в 85 - 90 лет) усиливается и тем обстоятельством, что соответствующий суицидальный тренд фиксируется в следующих поколениях [65]. Другими словами, новые поколения пожилых людей совершают попытки самоубийства чаще, чем их прародители в том же возрасте [423].

Суицидальный риск у пожилых пациентов, имеющих соматические заболевания (вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита - ВИЧ/СПИД, эпилепсия, болезнь Хантингтона и рассеянный склероз, почечная и язвенная болезни, болезни сердца и легких, травмы спинного мозга и системная красная волчанка) находится в диапазоне от полутора до четырех раз выше [435]. Думается, что риск самоубийства будет возрастать как в связи с продолжительностью жизни, так и в связи количеством соматических расстройств. Тем более есть исследования, где у пациентов в возрасте от 65 лет с тремя физическими заболеваниями, предполагаемый относительный суицидальный риск был примерно в три раза выше по сравнению с испытуемыми, без диагноза, в то время как у пожилых людей, у которых было семь или более заболеваний, риск самоубийства был выше примерно в девять раз выше [449]. Не исключается сложность диагностики соматических симптомов депрессии у пожилых пациентов (нарушение сна, снижение аппетита, тягостные и болевые ощущения), так как вследствие хронических заболеваний затрудняется психопатологическая квалификация соматических жалоб пациентов [146]. Тем более что депрессивные расстройства чаще сопровождают сахарный диабет, сердечно-сосудистых заболевания (например, состояния после перенесенного инфаркта миокарда), патологии щитовидной железы, неврологические расстройства (например, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз) [177]. Справедливо отмечено, что для обеспечения восстановления соматического и поддержания психического здоровья больных, пожилых стационарных пациентов важна разработка многогранного подхода, направленного на купирование детерминант суицидальных мыслей, желания умереть и снижения риска суицидальных попыток, а также изучение факторов, коррелирующих с суицидальным поведением – депрессией, неполноценностью и бессонницей [37].

Следует критично относиться к статистическим данным по суицидальной смертности и суицидальных намерений в виду их некоторого несоответствия реальной действительности (чаще официальные сведения ниже реальных). Как правило, учитываются видимые или так называемые прямые суициды, хотя саморазрушающее поведение находит свое проявление в виде латентных форм аутоагрессии; у пожилых людей - это чаще в виде отказа от еды и намеренного несоблюдения предписаний врача [65, 437]. Более того, несмотря на высокий удельный вес суицидальных актов (55 - 84%) среди соматических пожилых пациентов, следует интерпретировать эти данные с осторожностью, так как сама по себе соматическая патология у них априори имеет широкое распространение [454, 463].

Обобщая вышеизложенное, и, к сожалению, следует акцентировать внимание на тот факт, что среди медицинских работников распространено мнение, что диагностика и предотвращение суицидального поведения относятся исключительно к компетенции специалистов в области психического здоровья. Безусловно, роль психиатров и медицинских психологов в предотвращении суицидов нами не оспаривается. Более того, активно обсуждаются вопросы гражданской и уголовной ответственности психиатров в случае самоубийств пациентов. Вместе с тем давление социума на специалистов настолько сильное, что в некоторые государства (включая Бельгию, Голландию, Испанию и Канаду) рассматривают самоубийство, в определенных случаях, как акт самоопределения. Например, в канадском законодательстве самоубийство может быть тщательно обдуманым выбором, а право на совершение самоубийства включает также право на невмешательство со стороны других [365]. Тем не менее, обращаемость людей с психологическими проблемами и психическими расстройствами значительно чаще к врачам терапевтического профиля. С одной стороны, у населения присутствует недопонимание психологической сущности проблем. С другой стороны, возникает страх или стеснение, либо опасения посещать психиатра и/или психотерапевта. Это, несмотря на то, что до 45-70% посещают врача терапевтического профиля за две недели до суицида или попытки. Кстати, в среднем, врач общей практики сталкивается с суицидом среди своих пациентов каждые три с половиной года и с двумя суицидальными попытками ежегодно [102]. Кроме того, отсутствуют четко сформированные теоретико-методологические аспекты, включающие единые подходы в отношении диагностики, клиники, реабилитации и профилактики суицидального поведения пациентов соматического профиля.

Цель настоящего исследования

Проведение теоретического анализа современных данных по проблеме суицидального поведения в структуре соматических заболеваний.

Методология исследования

Настоящий анализ данных проводился в соответствии с поставленной целью исследования: поиск высококачественных систематических обзоров, касающихся распространенности суицидального поведения в структуре соматических болезней в сравнительном аспекте, то есть с общими популяционными показателями суицидальности. Для более тщательного и корректного отбора материала, мы следовали рекомендациям, однако с акцентом на соответствие методологии касательно проведения литературных обзоров [461], чтобы обеспечить и точное представление результатов. Рекомендации включают основные положения:

- непредвзятость, полнота представленных результатов других авторов, четкое формулирование темы, проблемы, вопроса, описание всех источников информации (например, базы данных с датами охвата);
- описание процесса отбора исследований;
- описание характеристик, по которым были извлечены данные (например, объем исследования, период наблюдения);
- цитирование или ссылки на источники;
- создание общей интерпретации результатов в контексте других фактических данных;
- описания источников финансирования обзора и другую поддержку (например, предоставление данных) и роль спонсоров систематического обзора.

Нами проведен анализ 496 источников отечественных и зарубежных авторов. Мы исключили дублирующие материалы (134 источников) во время обработки данных после прочтения названия и аннотации каждой статьи. Поиск осуществлялся в специальных медицинских ресурсах, а именно: RusMed, Medline, PubMed, и Web of Science. Кроме того, были задействованы электронные библиотеки, такие как eLIBRARY.RU, КиберЛенинка и Библиотека диссертаций и авторефератов России dslib.net. Во время подготовительного изучения литературы ключевое слово «суицид» появилось в качестве термина, который обычно использовался для обозначения изучаемой проблемы. В дальнейшем это привело нас к принятию формулы поиска: «суицид» и «соматические заболевания».

Отбор материала осуществлялся по следующим критериям:

- статьи, которые, согласно их аннотациям, касались главным образом взаимосвязи между суицидальным поведением и соматическими расстройствами, то есть суицидальностью и другими связанными с ней явлениями: стадия суицидального процесса (идея самоубийства, попытка самоубийства, завершённое самоубийство, риск самоубийства с клиническими характеристиками соматических расстройств: стадия и тяжесть течения, длительность болезни, влияние иных факторов на развитие заболевания и актуализацию суицидального поведения (стресс, эмоциональный статус, качество жизни, отношение к болезни и проводимому лечению, половая принадлежность);
- статьи, тезисы которых были доступны в любой базе данных.

Исключены публикации с недостаточным объемом данных, а также статьи, не имеющие полного текста.

Нами использовались методы теоретического анализа: аналитическое сравнение, систематизация и обобщение научно-исследовательских и научно-методических отечественных и зарубежных работ по проблеме суицидального поведения при соматических расстройствах.

Нелишним будет отметить, что данная работа не требует этического одобрения, так как концепция и изложение материала были основаны на опубликованных в рецензируемых журналах исследованиях.

ГЛАВА 1. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В СТРУКТУРЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Общеизвестно, что ведущей высокой смертности от **заболеваний сердечно-сосудистой системы**. Неутешительные данные по смертности от болезней системы кровообращения среди трудоспособного населения. В частности, по прогнозам экспертов, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) будет возрастать главным образом за счет потерь в трудоспособном возрасте - от 20 до 29 лет. В 2030 г. в основном от болезней сердца и инсульта, умрут около 23,6 млн человек [217]. По данным ВОЗ за период 2023 года ССЗ как причина смерти фиксировались в 32% всех случаев смерти, что эквивалентно 17,9 миллионам жизней. Львиная доля составляла инфаркт миокарда (ИМ) и инсульт - 85%. В РФ в 2022 году удельный вес смертей, связанных с болезнями системы кровообращения (ИБС, инсульт и гипертоническая болезнь) был более 47% [25]. При этом внутрибольничная летальность при хронической сердечной недостаточности составляет 2-20%, тогда как ранняя постгоспитальная летальность (в течение 30 дней после выписки из стационара) — 11,3% [60]. Данные процессы сопряжены с экономическим бременем. За период с 2015 по 2019 гг. экономический ущерб от ССЗ в РФ составил 8,7 трлн. рублей, что составляет 9,2 ВВП за указанный период [14].

Проведенный анализ летальных исходов у лиц молодого и среднего возраста с 2015 по 2019 гг. показал, что наибольший вклад вносит внезапная смерть – 62,5% всех случаев, внезапная сердечная смерть чаще развивается у лиц молодого возраста до 40 лет (68,8% всех случаев) и в 53,1% случаев внезапной сердечной смерти по данным аутопсии не выявляется структурная патология сердечно-сосудистой системы, верифицируемая современными средствами диагностики, и отсутствуют экстракардиальные причины смерти [82]. Приводятся весьма убедительные доказательства многолетних исследований (2001–2015 гг.): 212206 пациентов с хронической сердечной недостаточностью, 178894 – с острым инфарктом миокарда, 64173 – с имплантацией кардиостимулятора. Достоверно установлена причина смертности от суицида на 100 000 человеко-год в следующих статистических сочетаниях: 59,6:44,6:20,3. Показательно то, что пик суицидальной смертности отмечался на ранних стадиях заболеваний после постановки диагноза, и имел тенденцию к увеличению у пациентов с хронической сердечно-сосудистой недостаточностью. У этих пациентов стандартизированный коэффициент смертности достигал своего максимума на второй год после

установления заключительного диагноза [484]. Не менее масштабное проведенное исследование (7 298 002 человека – 3 640 632 мужчины и 3 657 370 женщин в возрасте от 15 лет и более, проживающих в Дании в 1980–2016 годах) показало существенную связь между заболеваниями сердца и развитием суицидального поведения. В частности, с повышенным риском самоубийства связаны ряд специфических расстройств системы кровообращения (в порядке очередности): сердечная недостаточность, кардиомиопатия, острый инфаркт миокарда, фибрилляция и трепетание предсердий, стенокардия и желудочковая тахикардия. При этом более высокий уровень самоубийств констатировался в первые шесть месяцев после постановки диагнозов указанных расстройств [349]. На аналогичный период (первые шесть месяцев) приходился пик суицидальной активности у пациентов с острым коронарным синдромом. В исследовании, проведенном на Тайване, где за период с 2000 по 2012 гг. от суицида умерло 41 050 человек в возрасте от 35 лет и старше. При этом суицидальный риск оставался и на последующие четыре года после постановки диагноза острого коронарного синдрома [431]. При ожидаемой очевидности роста суицидальности у пациентов с тяжелым течением ССЗ с соответствующим выраженным алгическим синдромом, обнаруживается противоречивость устоявшимся точкам зрения. В работах зарубежных авторов получены результаты по смертности кардиологических пациентов. Примерно 14/382 пациентов (3,6%) умерли из-за преднамеренного самоповреждения, по крайней мере, 12 были подтвержденными самоубийствами (12/382; 3,1%). Примечательно что, что уровень самоубийств, обнаруженный в этом исследовании, намного выше, чем 0,56% доля самоубийств, обнаруженная среди всех случаев смерти в датской когорте пациентов с ИБС. Тем не менее, требуются дальнейшего изучения для достоверности полученных данных [395].

Артериальная гипертензия (АГ), являясь глобальной проблемой общественного здравоохранения, может быть одной из основных причин развития сердечной недостаточности, инсультов и хронической болезни почек, приводя к повышению преждевременной смертности и инвалидизации населения [10]. В мире гипертония становится причиной ежегодной смерти приблизительно 7,5 миллионов случаев [225]. Результаты 51 исследований, опубликованных в период с 2015 по 2022 гг. с общим числом участников 45 273 показали, что риск суицидальных мыслей и суицидального поведения увеличивается в связи с наличием гипертонической болезни, а также мигрени, туберкулеза, ВИЧ и нарушения сна [22]. Исследованиями китайских коллег установлено, что из 3911 пациентов с гипертонической болезнью, суицидальные мысли были зафиксированы у 767 обследованных или у 19,6%. Авторами работы обнаружено, что психологический стресс оказал наиболее

сильное влияние и прямое воздействие на активизацию суицидальных мыслей у этих пациентов [439]. Существенных различий по распространенности суицидальных мыслей среди пациентов с ишемической болезнью сердца и гипертонией не выявлено в исследованиях других зарубежных авторов. Удельный вес суицидальных мыслей составил 14%. Кроме того, с помощью двухфакторного анализа определена связь между суицидальными мыслями и более высокими уровнями тяжести депрессии, тревоги, отягощенности соматическими симптомами, болью в груди, одышкой, негативным восприятием болезни, снижением качества жизни, связанного со здоровьем, и более высокой вероятностью жизни в одиночестве (все $p < 0,001$) [452]. Имеются исследования, хотя не однозначные, но подтверждающие в определенной степени связь между гипертонической болезнью и суицидами. Так в исследовании, проведенном в 152 муниципалитетах Швеции, использование ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) пациентами с гипертонией, в отличие от блокаторов кальциевых каналов, не было связано с повышением уровня самоубийств. Однако незначительное повышение стандартизированного коэффициента смертности для самоубийств среди пациентов, принимавших ингибиторы АПФ было обнаружено в исследовании, в котором использовались данные пятилетней датской когорты, состоящей из 58529 субъектов, получавших бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов или ингибиторы АПФ [362].

Одна из форм суицидальной активности в структуре ССЗ – это самоотравление кардиотропными препаратами. Следует отметить, что по уровню летальности суициды при самоотравлениях находятся на втором-третьем месте, значительно уступая самоповешениям и самоубийствам с использованием огнестрельного оружия, доля преднамеренных отравлений лекарственными препаратами составляет более 2/3 всех случаев [422]. Другими словами, ежегодно в результате нарушения дозировки и кратности приема (в том числе суицид, криминальные случаи) гипотензивных средств увеличивается доля отравлений, чаще регистрируются интоксикации от средней до крайне тяжелых форм, которые составляют до 5% всех отравлений [222]. Очевидно, что при постоянном или одновременном приеме лекарственных средств, воздействующих на сердечно-сосудистую систему, может наблюдаться их синергизм - любое действие одного токсиканта под влиянием другого. Степень синергизма может определяться простой суммой эффектов каждого из них или их взаимозависимым потенцированием [69].

Актуальность проблемы преднамеренных самоотравлений отражена в Международной классификации болезней 10-го пересмотра: «Преднамеренное самоотравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими

веществами» (Х64). Помимо препаратов, влияющих на сердечно-сосудистую систему, в эту рубрику включены средства, преимущественно влияющие на гладкую и скелетную мускулатуру и дыхательную систему, анестезирующие средства (общего и местного действия), также гормоны и их синтетические заменители системные и гематологические средства антибиотики системного действия, другие противомикробные средства, газы терапевтического назначения, препараты местного действия, вакцины вещества, влияющие на водный баланс, и лекарственные средства, влияющие на минеральный обмен и обмен мочевой кислоты [143]. Более того, тревожные данные по самоотравлениям среди детей достигают 89,5%; удельный вес передозировок антигипертензивными средствами составил 3,5% [59]. Суицидологическая настороженность в отношении детей и подростков обусловлена повышенным риском самоубийства и преждевременной смерти в последующее десятилетие после преднамеренных отравлений. Это подчеркивает важность постоянных профилактических усилий [252]. В целом случаи отравления кардиотропными препаратами, в том числе с суицидальной целью, встречаются очень редко, хотя именно они наиболее опасны и могут привести к внезапной смерти ребенка [148].

Доступность медикаментозных средств определяет выбор метода самоубийств, например, прием кардиотропных препаратов (эналаприл, кордафлекс, нитроглицерин) с суицидальной целью в виду их высокой суицидогенности, они находятся на втором месте после психотропных препаратов. В 28,9% суицидентов привлекает клофелин вследствие его усиливающего действия в сочетании с алкоголем [178]. Следует оговориться, что для больных с патологией сердечно-сосудистой системы особенно драматичной и парадоксальной выглядит ситуация, когда назначение кардиотропных средств оказывает на них депрессогенное действие, а антидепрессанты усугубляют клинику основного заболевания, провоцируют проявления сердечно-болевого синдрома, нарушений ритма и проводимости сердца, («пируэтные» тахикардии, атриовентрикулярные блокады, блокады ножек пучка Гиса), синдрома удлиненного QT-интервала, электромеханическую диссоциацию – очень редкое и опасное осложнение психофармакотерапии, характеризующееся отсутствием механической активности сердца при наличии электрического возбуждения [1]. Проблема фармакогенных депрессий все еще остается дискуссионной, уже существуют классификации депрессивных состояний, индуцированных лекарственными препаратами, среди которых львиную долю составляют кардиотропные средства [386]. Доказано, что фармакологические меры по коррекции холестерина статинами в программах снижения риска ИМ и связанной с ней смертностью с лихвой компенсируются высоким риском суицида [1].

Анализ литературных данных за последние 10 лет показал, что клопидогрел на сегодня для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы занимают одно из первых мест на рынке лекарственных препаратов. Вместе с тем, это сопровождается распространенными случаями суицидальных отравлений (моно-, и поливалентные отравления). Описаны случаи преднамеренных передозировок клопидогрела более 1650 мг с развитием аномалии агрегации тромбоцитов, легочного кровотечения, острого гемоторакса и геморрагического шока [4].

Указывается, что в ряде случаев прием гипотензивных средств представляет собой вид суицидального поведения, то есть самоотравление носит характер не нарушения предписанного режима приема, а выступает способом суицида. Бета-адреноблокаторы со средним и высоким содержанием липидорастворимых рецепторов также повышают риск самоубийства [474]. Кроме того, удельный вес психических расстройств составляет 80%, тогда как соматических заболеваний – 60%. Оба эти феномена сами по себе связаны с риском возникновения и хронификации депрессии и суицидального риска. А по характеру употребляемых гипотензивных и антиаритмических препаратов, пациенты распределились следующим образом: в 56% случаев для самоотравления были использованы β -адреноблокаторы, в 33,9% — антагонисты кальциевых каналов, а в 9,7% — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. Авторы также относят β -адреноблокаторы к средствам повышающих риск развития депрессивных состояний и суицида. В этих случаях важными мотивами суицидальных самоотравлений являются интерперсональные трудности и конфликты (66%) [204]. Вместе с тем, в зарубежных сравнительных исследованиях (пациенты с ССЗ по сравнению с группой без ССЗ) получены противоположные результаты. То есть у людей с заболеваниями системы кровообращения вероятность наличия какого-либо стрессора (за исключением медицинского) до смерти от самоотравления была ниже, чем у людей без данной патологии [444]. Из 136 (женщин – 95 (69,9%), мужчин – 41 (30,1%) в возрасте от 18 до 98 лет) проанализированных случаев отравлений антигипертензивными и антиаритмическими препаратами (бета-блокаторами, блокаторами кальциевых каналов, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента), у 44,9% больных были зафиксированы отравления только одним препаратом, в 55,1% случаях интоксикация была смешанной, включала другие лекарственные средства или психоактивные вещества. В подавляющем большинстве случаев (86,8%) прием препаратов был с суицидальной целью. Тяжесть отравлений варьировала от умеренной до крайне тяжелой. Причинами смерти являлись кардиогенный шок и вторичная резистентность к терапии острой респираторной недостаточности [183]. В канадском Торонто специалисты

столкнулись с многочисленными случаями смерти, вызванными преднамеренным приемом нитрита натрия или нитрата натрия, хотя данный метод самоубийства является относительно редким. То есть за 2019-2020 гг. непосредственно перед смертью употребили нитрит натрия 15 человек и 8 человек - нитрат натрия. Общее количество смертельных случаев от метгемоглобинемии составило 28 [293]. К сожалению, значимыми факторами в распространении нитрита натрия в качестве средства для самоубийства являются средства массовой информации [193]. В этом контексте интерес вызывает мнение некоторых авторов о наличии маскированных (скрытых, социально приемлемых) вариантов суицидального поведения в виде создания ситуации невозможности оказания помощи при увеличении физической нагрузки. Однако эти признаки ранее не были описаны в литературе как характерные пациентам с хронической ИБС. Безусловно, такое поведение пациентов необходимо выявлять для оказания своевременной специализированной помощи и предотвращения случаев смерти [103].

С большей долей вероятности можно предположить, что существенный вклад всех групп риска самоотравлений гипотензивными препаратами (пациенты пожилого возраста, пациенты с сердечно-сосудистыми и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами) вносят психосоциальные факторы и роль психологического дистресса, опосредующего связь между стрессовыми жизненными обстоятельствами и активизацией суицидального поведения. Следствием этого, фиксируются недостаточное выявление и учет симптомов аффективных расстройств и признаков суицидального риска [145]. То есть имеется потребность выделения специфических мишеней профилактики. Кстати, ограничение доступа и сокращение наличия медикаментов, обычно используемых в целях самоубийства, зарекомендовали себя в качестве эффективных профилактических мероприятий [143].

Спектр суицидальных действий у соматических пациентов весьма разнообразен. Имеются ранние сведения, когда в клинике внутренних болезней суицидальные попытки совершались пациентами абсолютно неожиданно для персонала больницы, они выпрыгивали из окна или в пролет лестницы, совершали самоповешание, принимали токсические дозы лекарств (чаще всего - доступных в быту снотворных средств). Примечательно то, что при оценке психического статуса больных присутствие грубой, продуктивной или дефицитарной симптоматики, заставляющей обращаться за специализированной психиатрической помощью, выявлено не было [152]. К сожалению, автором работы не указан перечень соматических заболеваний, диагностируемых у пациентов. Поэтому условно нами не исключаются пациенты кардиологического профиля.

Серьезную проблему здравоохранения для большинства стран мира по своим социальным, медицинским и экономическим последствиям представляют **болезни органов дыхания** (БОД). В России доля БОД от всех причин смерти в 2020 г. по сравнению с 2019 г увеличилась почти в 2 раза (без учета COVID-19). Доля респираторной патологии в структуре смертности с учетом COVID-19 увеличилась почти в 3 раза. Минимальный вклад БОД + COVID-19 в различных регионах составил 6% (в Липецкой области), максимальный - 23% (в республиках Ингушетия и Дагестан, чуть меньше - в Чеченской Республике - 21%) [50]. БОД также выступают в качестве суицидоопасных состояний. Так, например, проведенный мета-анализ показал, что вероятность совершения суицидальных попыток у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в 1,9 раза выше, чем у людей без данной патологии [458].

Вывод о наличии потенциальной связи между бронхиальной астмой и смертностью от самоубийств, суицидальными идеями и попытками получен на основе анализа специальной литературы за период с 1990 по 2014 годы [427]. Некоторые авторы считают, что у пациентов с бронхиальной астмой чаще всего преобладают суицидальные мысли, в том числе без сочетанного течения этого заболевания с депрессивным синдромом [451]. В подтверждении вышеизложенному, имеются описания суицидального синдрома у больных бронхиальной астмой. Во время приступа учащенного дыхания у пациентов отмечается фиксация на дыхательной функции, на своих ощущениях и переживаниях с пессимистической оценкой выздоровления, постоянным самоанализом болезненных ощущений и назойливыми жалобами. У некоторых пациентов не исключается представление, что они больны туберкулезом или раком. Как следствием этих психологических процессов, у них нарастает тенденция к самоизоляции. При тяжелом течении заболевания появляются выраженные вегетативно-сосудистые и астенические проявления с колебаниями настроения от суицидальных мыслей на высоте приступа до эйфории после него [419]. В то же время, в других современных исследованиях установлено: а) результаты показали значительную связь между астмой и суицидальными мыслями с попытками, то есть не только суицидальные мысли; б) данные не подтвердили идею общности социально-демографических факторов в происхождении различных суицидальных форм; в) хотя сопутствующие психические расстройства, курение и никотиновая зависимость объясняли некоторую связь между астмой и суицидальными мыслями с попытками, вместе с тем, независимая и статистически значимая связь сохранялась даже после учета этих факторов. Иными словами, бронхиальная астма может быть ассоциирована с более тяжелой формой суицидального поведения [433]. Дополнительно следует отметить, что у детей и подростков (9–17

лет), страдающих бронхиальной астмой, частота мыслей о самоубийстве была повышена втрое (контроль сопутствующих психических расстройств результат не менялся), более чем четырехкратное увеличение риска попыток самоубийства [64]. Нельзя не согласиться с мнением, что для получения более окончательного ответа о клинической связи СП с бронхиальной астмой необходимы исследования с более объективными показателями, учитывающими широкий спектр факторов, включая медикаментозное лечение, измерение всех исходов, связанных с самоубийством, и различных уровней воздействия (тяжесть астмы), а также с учетом последовательности постановки диагноза [446].

Что касается заболевания: «Хроническая обструктивная болезнь легких», то оно также сопряжено с суицидальным риском. Проведенный мета-анализ данной проблемы, убедительно показал положительную связь между ХОБЛ и самоубийством. Более того, у человека с ХОБЛ вероятность совершения самоубийства на 90% выше, чем у человека без ХОБЛ [429]. В одних исследованиях декларируется преобладание женщин с ХОБЛ с суицидальным поведением [429], в других (международные литературные данные) – у лиц мужского пола [448]. У этих пациентов чаще обнаруживались суицидальные мысли или суицидальные попытки, совершившие в прошлом. В работах зарубежных авторов было установлено, что пациенты с ХОБЛ в 73% случаев больше думают о смерти после болезни, 28,6% пациентов желают умереть и 13,9% испытывают тревожность смерти [389].

Обращает на себя внимание весьма солидное исследование по взаимосвязи острого респираторного дистресс-синдрома и суицидального поведения, проведенное в течение десяти лет (2010–2019 гг.). Из 27,889 случаев, зафиксированных в отделении реанимации, 7175 пациентов умерли во время госпитализации, и 9928 пациентов были включены в анализ как выжившие после этого синдрома. Смертность от всех причин в течение первого года наблюдалась у 5021 выжившего после выписки из больницы, и 186 человек (1,9%) умерли в результате самоубийства в течение первого года после постановки диагноза острого респираторного дистресс-синдрома. Существенными факторами высокой вероятности суицидальной смертности являлись: членовредительство в анамнезе или попытка самоубийства, сопутствующие психические заболевания (злоупотребление психоактивными веществами и депрессия), частота искусственного дыхания. Совершенно становится понятным, что знание факторов, связанных с самоубийствами, обусловит более раннее вмешательство, потенциально снижая смертность от самоубийств среди выживших после острого респираторного дистресс-синдрома [476]. Вместе с тем, количество работ по описанию клиники суицидального поведения у пациентов с дистресс-синдромом

существенно недостаточно, что определяет вектор научного направления для специалистов соответствующего профиля.

В качестве индикаторов социального неблагополучия широко используются эпидемиологические параметры самоубийств и туберкулеза. В 2022 году туберкулезом заболели примерно 10,6 миллиона человек, то есть уровень заболеваемости составил 133,0 на 100 000 населения. В этом же году туберкулез стал причиной 1,30 миллиона смертей во всем мире [407]. Современные исследования по связи СП и туберкулеза рассматриваются сквозь призму психосоциального стресса. Очевидным и общепринятым считается роль стрессов как важный и ведущий механизм суицидогенеза, но в отношении туберкулеза традиционно главенствующее значение в смертности от него придается развитию заболевания с формированием полиорганной недостаточности, связанной с прогрессированием заболевания. Основной причиной смерти от туберкулеза является туберкулез органов дыхания, который превышает показатель смертности от туберкулеза пациентов с внеторкальными локализациями в 5,6 раза [219]. В этом контексте, следует обратить внимание, что, с одной стороны, подчеркивается роль психосоциальных механизмов в развитии туберкулеза, значимость фактора культурного и духовного неблагополучия [74]. С другой стороны, указанные факторы являются признаками суицидального поведения [16]. Несмотря на малоизученность взаимосвязи между уровнем фоновых стрессогенных влияний и тяжестью течения туберкулеза [199], тем не менее, думается, что в генезе самоубийств и в генезе туберкулеза представляется обоснованным выстраивание общей этиопатогенетической цепочки между стрессогенным воздействием на организм туберкулезной болезни и развитием суицидоопасных механизмов с формированием и манифестацией суицидальных форм поведения. Сам факт раскрытия диагноза: «Туберкулез», формирует у 9% пациентов случаев суицидальные мысли [15]. Например, раннее исследование, проведенное в 16 центрах первичной медико-санитарной помощи в Замбии, показало, что 30,9% из 231 больных туберкулезом имели суицидальные наклонности, а 3,4% пытались покончить жизнь самоубийством, по крайней мере, один раз. Доказательством правильности предположения являются теоретические предпосылки и эмпирические данные, которые указывают на существование связи между суицидом и смертностью от туберкулеза, как на индивидуальном, так и на популяционном уровнях. То есть на индивидуальном уровне связь между суицидом и туберкулезом подтверждается результатами наукометрического (библиометрического) анализа, свидетельствующего о публикационной активности работ (с 1946 по 2016 гг.), представляющих видение туберкулеза как психосоматического заболевания [75], то есть подчеркива-

ется стрессовая обусловленность, ведущая к снижению иммунитета. Более того, у больных туберкулезом легких формируется устойчивое негативное самоотношение, в то время как факторы позитивного самооценивания оказываются подавленными. Они в сравнении со здоровыми лицами подчеркивают наличие внутренней неустроенности и снижение самоуважения. Это рассматривается как индикатор формирования новой идентичности больных, центрированной на болезни. Негативные самоописания фиксируют утрату значимости прежних социальных ролей и отказ от активности [421]. Популяционный уровень указанной связи иллюстрируется статистическими данными (с 1990 по 1995 гг.), где в 15 странах Восточной Европы уровень суицидов положительно коррелировал с уровнем смертности от туберкулеза [150]. Безусловно, опубликовано множество работ, определяющих взаимосвязь между суицидом и туберкулезной болезнью. Однако это не исключает внимательного отношения к трактовке полученных результатов, так как суицидальное поведение может выступать как самостоятельный феномен, так и в структуре психических расстройств, формирующихся в клиническом течении туберкулезной болезни.

Как указывалось ранее, одной из форм суицидального поведения являются передозировки медицинскими препаратами. Описан клинический случай преднамеренного самоотравления изониазидом — противотуберкулезным препаратом первого ряда; в клинике преобладала симптоматика острой интоксикации препаратом: судорогами, угнетением сознания и ацидозом [121]. Приводятся исследования, что активизация суицидального поведения связана с применением препарата циклосерина. То есть случаи суицидальных попыток подтверждаются ролью глутаматергической системы мозга в формировании аффективных расстройств у пациентов, получающих циклосерин. Нежелательные эффекты прекращались вслед за отменой циклосерина [125].

Психоаналитическое видение связи туберкулезной болезни и суицидального феномена рассматривается сквозь призму завуалированных форм саморазрушения. В частности утверждается, что пациентам свойственен высокий уровень аутоагрессии, хотя зачастую она (аутоагрессия) у больных туберкулезом не проявляется в качестве сознательных суицидальных мыслей и действий. Вместе с тем, их поведение проявляется в виде не соблюдения режим нахождения в стационаре, будучи информированными об опасности употребления алкоголя и наркотиков, курения, пропуска в приеме лекарств, они не соблюдают никакие ограничения, чем значительно сокращают срок собственной жизни, у них фиксируется большое количество травм и аддикций, пациенты чаще вовлечены в неблагоприятные жизненные ситуации (например, тюремные заключения, бездомность). Исходя из особенностей поведе-

ния больных туберкулезом, акцент в психологическом консультировании должен быть смещен на формирование приверженности к проводимому лечению, а значит и на увеличение продолжительности жизни пациентов [172]. В свою очередь проведение психологического консультирования с данными пациентами сопровождается снижением частоты и интенсивности у них суицидальных мыслей [175].

Существенный рост распространенности суицидального поведения произошел в период пандемии COVID-19. В авторитетных источниках упоминалась суицидогенность пандемии и пандемических ограничений [206]. Так, в проведенном исследовании по распространенности несуицидальных самоповреждений (особый вид аутоагрессивного поведения) [43, 209] была обнаружена интересная тенденция, в/до пандемический период (2011 и 2014 гг.) самоповреждения отмечались у 7,2% против 17,7%, соответственно, тогда как во время пандемии данные существенно увеличились, достигая уровня 27,6% случаев [487]. Аналогичный тренд по росту самоповреждений в период пандемии подтвердился в другом масштабном исследовании (охват 10 стран) зарубежных авторов Согласно полученным результатам, доля детей и подростков, причинивших себе вред, увеличилась с 50% в 2019 году до 57% в 2020 году, но не было никакой разницы в доле участников с серьезным членовредительством. Отметим, что в выборке подростков с членовредительством доля детей и подростков с эмоциональными расстройствами увеличилась с 58 до 66% [462]. Сохраняя стратегию доказательств суицидоопасности COVID-19, приведем также сравнительное исследование. В частности, были изучены сообщения о членовредительстве и суицидальных мыслях лиц от 10 до 24 лет. В период до COVID (с 2015 г. по февраль 2020 г.) доля обращений по поводу самоповреждений была в пределах 8,4% в год, в то время после COVID (с марта 2020 г. по июнь 2021 г.) отмечена тенденция к росту – до 19,2% случаев членовредительства в год из-за увеличения количества обращений женщин в возрасте 13–17 лет (47,1%) [442].

Выявлены некоторые особенности суицидального поведения у пожилых людей (от 65 лет и более). Так, у жертв самоубийств пожилого возраста, связанных с атипичной пневмонией в качестве основных причин суицидальных действий были страхи заразиться этой болезнью, они также испытывали страх перед разлукой. Мотивами самоубийств среди смертей, среди них были связанные со стрессом из-за опасений стать обузой для своих семей во время негативного воздействия эпидемии. Социальная изоляция, стресс и тревога во время эпидемии атипичной пневмонии среди определенной группы пожилых людей привели к исключительно высокому уровню самоубийств. Авторы рекомендуют предупреждать членов семьи об уязвимых лицах, которые

подвергаются потенциальному риску из-за своих болезней или тревог [486]. Интересные результаты опроса были получены британскими исследователями. Цель опроса заключалась в изучении закономерностей членовредительства и мыслей о самоубийстве в течение первого месяца ограничений COVID-19. Согласно его данным 9% респондентов сообщили о физическом или психологическом насилии, Следует отметить, что 60% людей, которые сообщили о членовредительстве и 40% тех, у кого были мысли о самоубийстве и самоповреждении смогли получить доступ, по крайней мере, к одному какому-либо медицинскому вмешательству [304].

В связи с выдвинутой большинством авторов гипотезой о повышении количества самоубийств и возрастании рисков возникновения суицидального поведения в эпоху COVID-19, в России в 2019 году – до пандемии и в 2020 году (период карантина) проведено исследование на материалах пяти административных субъектов Российской Федерации, характеризующихся различным географическим положением и разными уровнями частоты суицидов. Регионы были поделены в соответствии с критериями ВОЗ: Забайкальский край и Удмуртия – зона высокого уровня суицидов, Башкортостан и Белгородская область – зона среднего уровня и Краснодарский край – зона низкого уровня суицидов. Ожидаемый всплеск суицидальной активности в первый месяц введения в стране режима самоизоляции показал обратное: парадоксальное снижение количества случаев завершённых суицидов практически во всех изучаемых регионах. Сложившаяся ситуация в период пандемии объяснялась авторами описанным ранее феноменом «эффект мобилизации» укрепляющего социальную связанность [53], а также комплексом государственных мероприятий по предупреждению заражения коронавирусом [83]. Вывод об отсутствии на мировом уровне существенных изменений в динамике суицидального поведения в связи с COVID-19 и возможный рост суицидальной активности в отдалённом периоде после пандемии был получен в результате анализа литературных данных некоторыми отечественными исследователями [202]. Не подтвердился рост числа завершённых суицидов и суицидальных попыток в период пандемии и в других исследованиях. Однако выявлены изменения структуры попыток самоубийства (личностных смыслов и мотивов суицидальных попыток). То есть изменения проявлялись в увеличении удельной доли среди совершивших суицидальные попытки такого личностного смысла суицидального поведения, как протест, а в качестве социальных мотивов суицидального поведения, выступали материальные и бытовые трудности [124]. Обобщая разрозненные международные данные по суицидальной активности во время коронавирусной инфекции, отечественные авторы пришли к заключению, но-

сящий многоаспектный характер. Иными словами, внезапное и быстрое распространение инфекции обострило множество социальных проблем в обществе. Это способствовало к повышению внимания к проблемам психического здоровья социума, включая проблему самоубийств. В тоже время появление новой информации, увеличение количества публикаций, касающихся психического здоровья людей и психических нарушений у пациентов с атипичной пневмонией, позволило по-иному анализировать феномен самоубийства, повысилось качество научных суицидологических исследований. Отсутствия роста суицидальных случаев смертности в период пандемии объясняется актуализацией витальных тенденций и уходом на второй план антивитальных. Происходила своего рода общность социума перед масштабной угрозой человечеств [155].

Безусловно, представленные данные свидетельствуют о наличии суицидогенного потенциала коронавирусной инфекции (SARS-CoV). Вместе с тем, требуется проведение углубленных лонгитюдных исследований с последующей оценкой произошедших изменений, в виду недостаточной изученности как патогенеза, так клинических проявлений этой инфекции. Имеется пробел исследований по психическим нарушениям, включая суицидальное поведение у пациентов, зараженных коронавирусной инфекцией. Думается, требуется обязательное внедрение в протоколы лечения скрининга на риск самоубийства.

Таким образом, изучение феномена суицидального поведения в структуре болезней кровообращения и болезней органов дыхания имеет значение для общественного здоровья, представляет научно-практический интерес для специалистов в области психического здоровья, а также для врачей-терапевтов.

ГЛАВА 2. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В СТРУКТУРЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ

Согласно данным официальной статистики, смертность от болезней органов пищеварения в Российской Федерации в последнее десятилетие стабильна и варьирует от 65,4 до 67,2 на 100 000 населения [93], где среди причин смерти они занимают четвертое место, смертность более выражена, чем для других стран мира (шестое место в глобальном масштабе и в Европейском регионе) [130]. Эти заболевания входят в перечень предотвратимых причин смертности в трудоспособном возрасте [339], однако их высокая медико-социальная значимость сохраняется. Обращает на себя внимания факт устойчивой, на протяжении последних тридцати лет неблагоприятной динамики в России. Болезни органов пищеварения занимают четвертое место в структуре причин смертности у мужчин и третье — у женщин, уступая только болезням органов кровообращения и новообразованиям [95]. Вероятно, это связано с недостаточной организацией профилактической помощи, хотя, например, смертность от заболеваний печени, в структуре которых преобладают фиброзы и циррозы, сопоставима со смертностью от инфаркта миокарда [167]. Показательно и то, что более 60% случаев смертельного исхода от болезней органов пищеварения приходится на лиц в возрасте до 60 лет [46].

Приводятся эпидемиологические данные по распространенности болезней кожи и подкожной клетчатки. Кожные заболевания являются четвертой по распространенности причиной всех заболеваний человека, поражая почти треть населения мира, однако их бремя часто недооценивается, несмотря на их заметность [271]. В РФ в настоящее время насчитывается 8,0-8,8 млн больных каким-либо дерматологическим заболеванием, тогда как смертность от болезней кожи и подкожной клетчатки не снижается и составляет 1,3 на 100 000 населения [142].

Иная драматическая ситуация складывается, когда речь идет о пациентах-суицидентах с соматическими расстройствами. Некоторые авторы прямо указывают на наличие соматических и неврологических расстройств, ассоциированных с риском суицидального поведения [131]. Не отрицая, что случаи смерти от самоубийств изучены недостаточно, мы также считаем, что соматические симптомы и связанные с ними расстройства ассоциированы с повышенным риском суицидальных мыслей и попыток самоубийства. В зарубежных работах отмечено, что от 24% до 34% сообщали о текущих активных суицидальных мыслях и 13-67% — о предыдущих попытках самоубийства [391]. Суицидальная

активность при болезнях органов пищеварения находится в пределах от 8,3 до 80% [97, 485], при болезнях кожи и подкожной клетчатки – от 0,94 до 39,9% [236, 284, 380].

Между тем в практике уделяется недостаточное внимание проблеме суицидального поведения и феномену суицида в структуре соматических расстройств. В свою очередь, это может иметь большое значение для выбора тактики ведения соматических пациентов, а соответственно, в разработке и реализации лечебно-реабилитационных и профилактических программ. Другими словами, требуются исследования в определении связи соматического заболевания и суицидальной активности. Особого внимания в этом плане заслуживают болезни органов пищеварения и кожная патология.

Суицидальное поведение и болезни органов пищеварения.

Язвенная болезнь имеет психосоматическую основу, в которой также прослеживаются аутоагрессивные составляющие. Другими словами, язвенная болезнь развивается у реагирующих лиц, имеющих склонность к чрезмерной зависимости, вытесненной склонностью к самоповреждению [130, 413]. Пациенты вынуждены подавлять агрессивно звучащие реакции разочарования во избежание развития страха дальнейшего лишения объекта. Эти защитные фрустрационно-агрессивные желания, в свою очередь, приводят к стимулированию секреции желудочного сока и переносу состояния равновесия между агрессивными и защитными факторами в область желудочно-дуоденальной слизистой оболочки [89]. Более того, приводятся факты реализации попыток суицида среди 2619 пациентов, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, желудка и язвенной диспепсией без язвы, выявляемой рентгенологически. Общим для этих заболеваний является то, что не было никакой разницы в процентах попыток суицида и самоубийств среди трех групп с язвенной болезнью или между полами. Особенности лишь коснулись статуса пациента (оперированного и не оперированного). Наблюдалось статистически значимое превышение числа попыток суицида среди прооперированных пациентов, по сравнению с не оперированными пациентами [396]. На наш взгляд, само по себе оперативное вмешательство – дополнительный стресс для индивида, что возможно послужило фактором актуализации суицидальных форм поведения.

Не менее важное медико-социальное значение имеет печеночная патология ввиду ранней инвалидности и высокой смертности. В структуре смертности, по данным мировой статистики, на различные заболевания печени приходится около двух миллионов летальных исходов в год, среди которых около одного миллиона связано с осложнениями цирроза печени [192]. Психологический статус пациентов с хроническими заболеваниями печени характеризуется резким уменьшением физи-

ческой и социальной активности, падает эмоциональный статус, значительно понижаются субъективные оценки эмоционального состояния, настроения и в целом общего состояния здоровья. Однако уровень суицидального риска был различен: в группе пациентов с хроническим вирусным гепатитом С у 40% выявлен средний уровень суицидального риска, 60% пациентов имели низкий уровень данного показателя; в группе обследуемых с циррозом печени у 11,7% пациентов был выявлен высокий уровень суицидального риска, у 80% – средний уровень, у остальных наблюдался низкий уровень суицидального риска (8,3%) [97]. Анализируя данные показатели, следовало ожидать противоположных результатов, а именно преобладания высокого уровня суицидальной активности, так как клиническую картину и тяжесть течения заболеваний печени определяет поражение психической сферы, оказывающей дезадаптирующее влияние на пациентов. В этом контексте подчеркивается, что концепция дезадаптации для объяснения суицидального поведения является парадигмой большинства работ отечественных авторов [32]. Кроме того, в клинической практике врача психологические факторы лечебной работы до сих пор считаются малозначительными и, как правило, в стационарах компетенцией психиатра-консультанта традиционно являются лишь острые психические состояния больных [134]. В то же время обнаруженное преобладание среднего и низкого уровня суицидального риска объясняется адекватной и своевременной медицинской и социальной реабилитацией этих пациентов, а также профилактическими мерами, направленными на снижение частоты трансформации хронического гепатита в цирроз [97].

Другие болезни органов пищеварения также коррелируют с суицидальным риском. Популяционный ретроспективный анализ (население 53,5 миллиона человек) в Англии и Уэльсе (3,0 миллиона человек), госпитализированных в экстренных случаях, показал преобладание трех заболеваний с высокой смертностью от самоубийств в обеих странах: запор, гастрит и кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [357]. В этом контексте незамеченным и весьма внушительным в доказательной части являются 28 исследований с участием 1 047 755 пациентов всех возрастных категорий с воспалительными заболеваниями кишечника. Общая распространенность суицидальных мыслей у этих пациентов составила 17,3%. Одновременно наблюдалась связь с повышенным риском суицидальных попыток и смертей от самоубийств, по сравнению с контрольной группой (лица без заболеваний кишечника). Наибольший риск представляли пациенты с болезнью Крона. Особенностью было и то, что кратковременность течения заболеваний кишечника коррелировала с высоким риском самоубийства [485].

Один из наиболее распространенных способов самоубийства – использование различных предметов и химических веществ как психически больными, так и здоровыми людьми. Суициденты проглатывают колющие и режущие предметы. У таких пациентов обычно находят швейные иглы, гвозди, куски металла, камни и другие предметы. Описан случай завершённого суицида, в котором наблюдаемый пациент, 21-летний военнослужащий, за один месяц проглотил 32 железных гвоздя длиной 15 см, которые прошли через пищевод и скопились в желудочно-кишечном тракте [116]. Заглатывание инородных тел с суицидальной целью выявлено у лиц, находящихся в заключении. В структуре суицидальных форм поведения преобладало заглатывание шурупов-саморезов и сапжных гвоздей. Среди других инородных тел, принятых внутрь с суицидальной целью, были металлическая производственная стружка, осколки стекла лампочки накаливания и мелкие кусочки лезвия бритвы. Они тщательно готовились, так как размер саморезов и гвоздей, как правило, не превышал двух сантиметров с целью меньшей травматизации слизистой желудочно-кишечного тракта и большей легкостью проглатывания. Для этого последственные спиливали острие шурупов и гвоздей и связывали их тонкой резинкой по 2-3-4 шт., располагая шляпками в противоположные стороны. Проглоченная в таком виде «капсула», поступив в желудок, должна была распаться при разрушении резинки под действием желудочного сока [98]. Безусловно, некоторые из выявленных особенностей суицидальных проявлений у представителей исследуемого контингента нуждаются в более детальном и углубленном изучении, так как знание данных особенностей имеет значение для разработки дифференцированных подходов к профилактике самоубийств у пациентов с болезнями органов пищеварения.

Суицидальное поведение и болезни кожи. Ситуация приобрела актуальность, когда специалистами-дерматологами было обнаружено повышение количества случаев по поводу членовредительства. В специальной литературе имеются сведения, указывающие на повышенный риск самоубийства у пациентов с псориазом, атопическим дерматитом и акне, причем более высокий суицидальный риск имеется у пациентов, у которых состояние кожи связано с клинически значимым эмоциональным расстройством, изменениями образа тела, трудностями в близких отношениях и нарушением повседневной деятельности [350]. Удельный вес дерматологических пациентов, подверженных риску самоубийства, колеблется в пределах 9-15% [401]. Некоторые авторы отмечали низкий уровень суицидальных мыслей в дерматологических клиниках. Кроме того, большинство дерматологов (82%) знали, что их часть пациентов подвержены более высокому риску самоубийства, а 60% участников также полагали, что для них скорее не будет про-

блемой распознать суицидальные мысли. Специалистами предложены рекомендации пациентам с суицидальным поведением: направление их к специалисту в области психиатрии или беседа об этом. Наиболее сложными проблемами, связанными с суицидом, была нехватка времени и знаний. Дерматологи также были заинтересованы в сотрудничестве с психиатрами и во внедрении новых стратегий профилактики (например, учебных программ, связанных с суицидом) [352].

Предложена классификация самоповреждающего поведения, то есть преднамеренного ущерба, причиняемого собственному телу, направленного на уменьшение невыносимых эмоций или связанного с ощущением невозможности действовать или чувствовать, где кроме других выделены татуировки, пирсинг, ряд навязчивых действий: онихотилломании (разрушение ногтей и околоногтевых валиков), онихофагии (обкусывание ногтей и околоногтевых валиков), онихохейлофагии (обкусывание ногтей, околоногтевых валиков и губ), аутодепиляции, трихотилломании (выдергивание волос, синдром Галлопо) с возможной дальнейшей трихофагией (поедание волос), дерматотилломании (щипание кожи), кусание рук и других частей тела (чаще губ, языка), царапанье кожи, расчесывание ран, язв, швов, родимых пятен, самопорезы, перфорация частей тела с помещением в отверстие инородных предметов, уколы (булавками, гвоздями, проволокой, пером ручки и др.), самоожоги (чаще сигаретой), неполное самоудушение (без желания усиления полового возбуждения или достижения сексуального удовлетворения) [414]. Как видно из представленного перечня проявлений, вектор суицидальности направлен на повреждение кожи и подкожной клетчатки. Следует отметить, что акты самоповреждения встречаются как при нормальном, так и при нарушенном психическом развитии, при различных формах психических расстройств и соматических заболеваний [213]. Выделены способы самоповреждающего поведения, один из которых – соматический способ, подразумевающий самоповреждения, наносимые собственным телом (расчесывание, укусы, выдергивание волос, удары по телу) и инструментальный, когда используются инструменты (порезы бритвой или ножом, проколы острыми предметами). Обращает на себя внимание факт отсутствия специфической связи с возрастом для соматических самоповреждений, в то время как для инструментальных самоповреждений пик отмечался в возрасте от 16 до 18 лет [143]. Тесная связь суицидального поведения с заболеваниями кожи подтверждается и исследованиями биологического направления. Так, например, изучение описательных признаков дерматоглифики стоп погибших по причине самоубийства показало значительное отличие строения гребешковой кожи самоубийц от контрольной группы (умерших от различных причин, при которых достоверно исключалась возможность самоубийств).

В топографии главных подошвенных линий А, В, С, Е было установлено достоверное увеличение окончаний типа «Х». Узорность ногтевых фаланг пальцев в группе самоубийц отличалась упрощением рисунков. Гребневой счет в исследованной группе на большинстве пальцев увеличен. Выявленное наличие определенных уклонений дерматоглифики в группе самоубийц, по мнению авторов, указывает на существование генетических основ феномена суицидального поведения [210]. Определенные различия также выявлены при проведении сравнительного анализа отпечатков пальцев рук и ладонной поверхности в основной группе (суициденты) и группе контроля (умершие скоропостижно). В данном случае обнаруженная совокупность элементов дерматоглифической картины позволяет рассматривать ее в качестве маркера индивидуальной предрасположенности к суицидальному поведению [159].

Говоря об атопическом дерматите, следует отметить, что характерными особенностями этого кожного заболевания являются хроническое рецидивирующее течение, многообразие и тяжесть клинических проявлений. Это, безусловно, оказывает серьезное негативное влияние на качество жизни пациентов и членов их семей, а также является причиной значительного экономического бремени в большинстве стран мира [117]. В зарубежных работах с охватом 310 681 пациентов с атопическим дерматитом обнаружен высокий удельный вес (44%) лиц с суицидальными мыслями и 36% обследованных, предпринявших попытку самоубийства [363]. На настоящий момент работ по изучению феномена суицида у пациентов с атопическим дерматитом весьма мало. Между тем депрессии при данном заболевании диагностируются в среднем у 55-80% больных, при этом усиливаются субъективные и объективные проявления кожного заболевания – зуд, нарушается привычный образ жизни, качество жизни заметно снижено, особенно при тяжелых формах дерматоза. Учитывая тот факт, что результаты исследования депрессии и тревоги у пациентов, представленные в современной литературе, преимущественно основываются на тестовых методиках, проводятся в основном дерматологом (или совместно с психологом) [184]. Тем не менее, высокий популяционный риск возникновения суицидальных идей и попыток суицида у людей с расстройствами настроения и депрессией оценивается в 51% и 44%, соответственно и анализом медицинской документации депрессивных эпизодов по завершенным суицидам – в 60% случаев [138].

Психосоциальный стресс приводит к развитию суицидального поведения и несмертельного членовредительства у пациентов с псориазом. Отметим, что среди 56 961 и 876 919 пациентов с псориазом и без него наблюдалась высокая распространенность злоупотребления алкоголем в анамнезе, биполярного расстройства, депрессии, тревожных

расстройств, членовредительства и назначения психотропных препаратов. Однако в период отмены алкоголя или психотропных препаратов показатель риска самоубийства был более низкий. Он варьировал в зависимости от возраста: был ниже у людей с псориазом, диагностированным в возрасте более 40 лет, тогда как в риске самоубийства у людей с псориазом, диагностированным в возрасте до 40 лет, не было различий. Думается, что коморбидность псориаза с психическими расстройствами являлась ключевым фактором риска членовредительства, однако связь суицидальности и псориаза не столь очевидна [346].

Среди заболеваний кожи можно отметить экзему – заболевание, ассоциирующееся с суицидальным риском. За 21-летний период (1994-2014 гг.) были зафиксированы 18 441 случай самоубийств, сопоставимый с 36 882 контрольными случаями. Персистирующая экзема имела место в 174 (0,94%) случаях самоубийств и в 285 (0,77%) контрольных группах. В дальнейшем это привело к увеличению риска суицида, связанного с экземой на 22%. При этом две трети пациентов с экземой, умерших в результате самоубийства, посещали врача за месяц до смерти. Среди способов ухода из жизни преобладали прыжки и самоотравления. Иными словами, у врачей-дерматологов была возможность осуществить вмешательства с целью предотвращения самоубийства [263].

Незаслуженно мало внимания уделяется проблеме суицидального поведения при акне, хотя работы по этому направлению опубликованы в 90-х годах прошлого столетия. В одной из них описаны случаи (7 из 16) завершённых самоубийств молодых людей (средний возраст 20,4 лет) [258]. Прямо указывается о высокой суицидальной смертности при акне у подростков, так как в течение всей жизни количество суицидальных мыслей и попыток составляло 22,5% и 5,2%, соответственно в возрасте 18 лет [270]. Кроме того, определена связь между суицидальным поведением и использованием изотретиноина – эффективно-го средства лечения тяжелых и узловато-кистозных проявлений акне [231]. Современное исследование «случай-время-контроль» с участием 443 814 пациентов с акне, получавших изотретиноин в 2019 году, продемонстрировало более низкую частоту самоубийств, по сравнению с контрольной группой [263]. Иными словами, исследования не выявили доказательств того, что использование изотретиноина связано с повышенным риском депрессии, самоубийства или других психических расстройств. В некоторых случаях изотретиноин, наоборот, улучшал показатели депрессии, которые считались вторичными по отношению к уменьшению угревой сыпи. Следует оговориться, что есть работы без убедительных доказательств повышенного риска случаев завершённых самоубийств с болезнью кожи акне [401].

За «кадром» научных исследований в контексте суицидального риска остается заболевание кожи – алопеция, хотя имеются описания случаев самоубийств среди мужчин с очаговой алопецией. Ни у кого из них ранее не было психических расстройств до постановки диагноза, чаще речь шла о социальной замкнутости и избегании школы. На момент смерти все они находились под наблюдением психолога или психиатра [374]. В 90% случаев больные производили аутодеструкцию волос на коже волосистой части головы, из которых 10% – в сочетании с травматизацией бровей и ресниц, у 10% наблюдалась изолированная экстракция бровей и ресниц [158]. Психологически пациент находится в хронической психотравмирующей ситуации. В дальнейшем на формирование хронического стресса наслаивается и негативная реакция пациента на усиленное внимание окружающих к его косметическому недостатку, что сопровождается развитием депрессивных расстройств. Иными словами, данные пациенты являются уязвимой группой суицидального риска. Вместе с тем, как нам видится, психопатологические механизмы суицидогенеза нуждаются в уточнении, однако стрессогенные факторы, по-видимому, являются ключом к пониманию того, как стресс может актуализировать различные формы суицидального поведения. На наш взгляд, профилактика СП должна осуществляться комплексно: с использованием различных средств, форм и методов; охватывать лиц, склонных к суицидальному поведению; предполагать взаимодействие между различными органами и службами (дерматологическая, психиатрическая, психологическая).

Общеизвестно, что один из способов реализации суицидального или самоповреждающего поведения является повреждение кожных покровов. В частности, представлены пять случаев завершенных самоубийств, в которых травмы были нанесены в частях тела, измененных болезнью, или в областях, связанных с медицинским лечением. Анализ показал, что физическое заболевание было определено как важный фактор риска самоубийства и суицидального поведения. В данном случае некоторая особенность СП заключается в том, что противодействие соматическому заболеванию проявляется локализацией и характером суицидальных травм. Символизм в этих случаях иллюстрирует стремление пациентов купировать стресс и фрустрации посредством тела, то есть происходит снижение возможности контролировать собственную жизнь [18].

Обращает на себя внимание феномен невротических экскориаций, которые в популяции, по данным разных авторов, варьирует от 3,8 до 22%, на дерматологическом приеме аутодеструктивные дерматозы составляют около 2% от всех кожных заболеваний [162]. В дерматологии самоповреждения кожи обозначаются терминами «патомимии»,

«артифициальные дерматозы» – искусственные повреждения кожи и ее придатков, вызываемые самим больным с целью эмоциональной разрядки и ослабления тягостных ощущений или имитации какого-либо известного дерматита; «дерматотлазии» – это самоповреждения кожи путем растирания, разминания, раздавливания ее, что может приводить к тяжелым соматическим последствиям. Кроме того, пациенты травмируют кожу ногтями, срывают уже образовавшиеся корочки, нередко используют острые предметы, химические вещества раздражающего действия (кислоты, щелочи, уксусную эссенцию, раствор чистотела). Патомимии, несмотря на их кажущуюся легкость, рассматривают как одну из форм «частичного самоубийства», так как они довольно часто становятся опасными для здоровья и жизни [8]. Как правило, пациенты с самоповреждениями вначале попадают в поле зрения не психиатров. Однако при лечении соматических последствий самоповреждений привлечение психиатров крайне необходимо. Тем более патомимия психиатрами рассматривается как психопатологический синдром и патологические симптомы, в данном случае на коже, воспроизводятся осознанно, но не умышленно (в некоторых случаях самоповреждающие действия осуществляются из-за рентных установок или симуляции). В этом контексте существенным для психиатров является разграничение суицидальных и несуйцидальных форм аутоагрессии [223]. С одной стороны, подобного рода самоповреждения кожи чаще обусловлены психической патологией, с другой стороны, психиатр обладает знаниями в определении мотивационной и других сторон аутоагрессивного поведения. Вместе с тем, опубликованы работы по самоповреждению кожных покровов у лиц без психической патологии. Так, 16% призывников сообщили, что совершали в прошлом порезы кожи режущими предметами (нож, лезвие, осколки стекла). Клинически определялись раневые повреждения кожи в виде сформировавшихся рубцов с локализацией на предплечьях, плечах, реже – на бедрах, голени и теле. Самоожоги преимущественно осуществлялись с помощью сигареты или тлеющих материалов (ткань, бумага). Средний возраст совершения самоповреждений в исследуемой группе призывников составил $16,2 \pm 1,5$ года за период от нескольких месяцев до пяти лет [55]. Тем не менее, установлена не только связь между модификациями тела и самоповреждающим поведением, но и продемонстрирована высокая частота суицидальных мыслей и даже наличие попыток самоубийства у подобного контингента молодых людей [292]. Думается, что бдительность специалистов обусловлена тем, что две формы самоповреждений (суицидальные попытки и самоповреждения) могут взаимно перекрываться. Индивиды, совершающие суицидальные попытки, могут также демонстрировать несуйцидальное самоповреждающее поведение и, наоборот [41]. Однако

в настоящее время крайне важен вопрос своевременного реагирования на подобные поведенческие проявления с целью минимизации последствий и планирования превентивных мер. В условиях хирургического стационара у больных аутодеструктивное поведение (на наш взгляд, завуалированное саморазрушение) проявляется в самостоятельном и преждевременном снятии швов после проведенной операции и «ревизии» раны [199]. При описании клинического случая пациента с не-суицидальными самоповреждениями кожи век и окружающих тканей глаз, отечественными авторами сформировано заключение о том, что хирургическое лечение больных, страдающих не-суицидальными самоповреждениями, не представляется в должной мере эффективным без предварительной психиатрической коррекции медикаментами и/или терапией [144].

Таким образом, на основе проведенного фактологического анализа по проблеме суицидального поведения при заболеваниях органов пищеварения и болезней кожи, получен вывод о том, что суицидальная активность в структуре болезней органов пищеварения и болезней кожи и подкожной клетчатки колеблется в широких пределах: от 0,94 до 80%.

ГЛАВА 3. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ являются острой медико-социальной проблемой современности. Темпы прироста заболеваемости и смертности отмечаются на протяжении многих последних лет. Из 6265 пациентов (9,7% от всех медицинских обращений) были госпитализированы с различными эндокринными заболеваниями. Наиболее частой эндокринной причиной госпитализации был сахарный диабет (86,0%), за которым в порядке уменьшения частоты следовали заболевания щитовидной железы (7,7%) и другие заболевания (1,4%). Общий уровень смертности от эндокринных заболеваний составил 16,7% [364]. В структуре мировой смертности среди неинфекционных заболеваний сахарный диабет (СД) занимает пятое место, тогда как причиной смертности при этом заболевании являются сердечно-сосудистые заболевания (от 65 до 80%) [340]. В России, согласно данным федерального регистра по сахарному диабету, в 2020 г. зарегистрировано 143323 случая смерти пациентов, из них: СД 2 типа – 96,2%, СД 1 типа – 2,7%, другие типы СД – 1,1%. В некоторых регионах страны смертность от сахарного диабета с 2018 по 2022 г. увеличилась от 92,8 до 96,0% [185]. Тогда как всего в РФ больных СД около 10 млн человек, то есть в рейтинге стран по количеству людей с этим диагнозом Россия находится на четвертом месте [181].

Нелеченная болезнь Кушинга имеет плохой прогноз, поскольку уровень смертности при отсутствии лечения в 1,7-5 раза выше, чем в общей популяции, а пятилетняя выживаемость оценивается всего в 50% [3]. Повышенная смертность при болезни Кушинга в основном вызвана макрососудистыми заболеваниями (инфаркт миокарда и инсульт), но плохо контролируемый сахарный диабет и инфекции также могут играть определенную роль [285].

Йододефицитные заболевания также являются крайне актуальной медико-социальной проблемой. Значимость этой группы эндокринных заболеваний заключается в развитии тяжелых последствий как мертворождения, самопроизвольные аборты, возникновение врожденных аномалий у плода, репродуктивные нарушения, так и специфические заболевания щитовидной железы, такие как гипотиреоз и тиреотоксикоз, функциональная автономия (токсический узловой, многоузловой зоб). Кроме того, хронический йодный дефицит приводит к развитию умственной и физической отсталости детей, кретинизму, а

также существенно увеличивает риск радиационно-индуцированного рака щитовидной железы в случае ядерных катастроф [410]. На территории нашей страны выявлен статистически значимый рост распространенности различных форм зоба, тиреотоксикоза, синдрома йодной недостаточности, значимый рост заболеваемости тиреотоксикозом. Также продемонстрирован рост распространенности тиреоидита, рост заболеваемости гипотиреозом, вероятно, подходы к йодной профилактике недостаточно эффективны [194]. Несмотря на то, что по данным историй болезни у всех умерших отсутствовали клинико-лабораторные и анамнестические данные, свидетельствующие о наличии поражения щитовидной железы, тем не менее, в большинстве же ее препаратов (71,9%) обнаружены патологические изменения, наиболее часто (65,7%) – узловые образования. В подавляющем большинстве случаев морфологическая картина узловых образований была характерна для узлового коллоидного зоба (66,6%); в 78,5% случаев в щитовидной железе обнаружен был коллоидный узел. Коллоидные узлы выявлялись почти в два раза чаще у лиц мужского пола ($p = 0,033$) [111].

Многочисленными последними исследованиями определена связь между избыточной массой тела и смертностью, а, опираясь на результаты длительного проспективного наблюдения (10625 411 участников в Азии, Австралии, Новой Зеландии, Европе и Северной Америке; 3951 455 человек никогда не курили и не имели хронических заболеваний на момент набора, которые прожили пять лет, из которых 385879 умерли), можно с уверенностью отметить, что ожирение уменьшает продолжительность жизни здорового некурящего человека на 9,44 года [279]. В другом зарубежном исследовании (1967–2010 гг., 2,3 миллионов израильских молодых людей) выявлена связь избыточной массы тела на последующую сердечно-сосудистую смертность, что наблюдалось как среди мужчин, так и среди женщин [480]. В отечественном 27-летнем проспективном когортном исследовании показан вклад избыточной массой тела и ожирения в показатели общей и сердечно-сосудистой смертности. Среди мужчин ожирение двукратно увеличивало риск смерти от болезней кровообращения. Для лиц молодого возраста (20–39 лет) ожирение оказалось значимым фактором риска, увеличивая риск общей смертности в 1,8 раза, а кардиоваскулярной – в 3,4 раза. Обнаружена прямая зависимость между индексом массы тела и смертностью от кардиологических болезней и всех причин. Установлено, что особенностью полученных результатов является то, что для женщин избыточная масса тела и ожирение имеет худшее прогностическое значение, чем для мужчин [67]. По существующим оценкам, стандартизованное отношение смертности при синдроме пищевых эксцессов равняется 1,5-1,8. Эти показатели отражают независимое влияние

данного синдрома на смертность, так как получены после коррекции на ожирение и ассоциированные с ним многочисленные заболевания, которые сами по себе повышают смертность. Также следует отметить, работ по изучения смертности при синдроме пищевых эксцессов все еще крайне мало [179].

Другим объективным индикатором общественного здоровья, социального благополучия и качества жизни людей является показатель частоты суицидов. По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения, более половины всех смертей от суицидов (58%) приходится на возрастную категорию моложе 50-ти лет [188].

Как правило, связь между суицидальным поведением и эндокринными заболеваниями рассматривается сквозь призму стрессовой теории (напряженности в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе) [416]. Важно отметить, что помимо того, что ряд эндокринных заболеваний сопровождается специфическими изменениями психики, само по себе наличие этих заболеваний может являться психотравмирующим фактором, с которым может быть связано развитие психического расстройства, прежде всего невротического. Так, осознание неизлечимости соматического заболевания относится к числу факторов риска по суициду. Поэтому схема лечения эндокринных заболеваний должна включать назначения анксиолитиков, предупреждающих формирование риска суицидального поведения, и снимающих идеомоторную заторможенность [5]. В более ранних работах исследователи акцентировали свое внимание на целесообразности повышенного контроля ко всем лицам, склонным к депрессии и суициду, независимо от того, есть у них заболевания этих эндокринных систем или нет [467].

В судебно-медицинском исследовании, в случаях завершённых суицидов (при наступлении смерти от странгуляционной асфиксии) изучались эпифиз, аденогипофиз, надпочечники. При определении морфофункционального профиля областей надпочечников у суицидентов получены достоверные отличия, свидетельствующие о перестройке коры и мозгового вещества надпочечников, последствиями которой могли явиться взаимодействие с иными структурами нейроэндокринной системы, что могло привести к особой поведенческой реакции человека [417]. Измерение концентрации инсулина в спинномозговой жидкости у 74 лиц, пытавшихся покончить с собой, показало более высокий уровень инсулина в спинномозговой жидкости у пациентов с насильственной попыткой самоубийства, чем у пациентов с ненасильственной попыткой (самоповреждения без цели самоубийства). Это позволило сделать вывод, что определение уровня инсулина в спинномозговой жидкости может отражать вероятность риска самоубийства [483]. Проведенный мета-анализ случайных эффектов показал, что уровни тире-

отропинстимулирующего гормона, лептина и дегидроэпиандростерона сульфата были связаны с попытками самоубийства, тогда как уровни прогестерона были связаны с суицидальными мыслями. С одной стороны, прослеживается специфичность уровня гормонов в крови и формами суицидального поведения, что, очевидно, может быть важным маркером выявления лиц с попытками самоубийства и суицидальными мыслями. С другой стороны, необходимы крупные проспективные исследования для дальнейшего выяснения роли гормонов в суицидальном поведении [400].

Также и относительно спорными являются работы, иллюстрирующие связь между уровнем кортизола и тестостерона и самоубийствами. Имеются сведения, свидетельствующие о низком уровне кортизола у лиц с завершёнными суицидами и у тех, кто пытался совершить попытку самоубийства, по сравнению с выжившими и теми, кто не пытался покончить свою жизнь добровольно [301]. Обнаружено, что у молодых мужчин, пытающихся покончить с собой, уровни ликвора и тестостерона в плазме крови были выше, чем у здоровых добровольцев мужского пола соответствующего возраста. Кроме того, соотношение тестостерон/кортизол ликвора показало значительную положительную корреляцию с импульсивностью и агрессивностью у мужчин, пытающихся покончить с собой [475]. Хотя в некоторых исследованиях сообщалось об отсутствии связи между тестостероном и попытками самоубийства [465]. Во всех вышеупомянутых исследованиях, изучающих роль тестостерона в суицидальном поведении, измерялся уровень тестостерона в плазме. Употребление анаболических андрогенных стероидов также было сопряжено с попытками самоубийства у мужчин в возрасте от 21 до 33 лет, в анамнезе которых было текущее или прекращённое их употребление [480].

С целью определения связи перименструальных фаз у фертильных женщин с риском попытки самоубийства, и изучения уровня эстрадиола и прогестерона в генезе СП, были обследованы 431 женщины, совершившие суицидальные попытки за последние 24 часа. Из них 281 – фертильная женщина (средний возраст = 30,8) с регулярными менструальными циклами (средняя продолжительность менструальных циклов = 28,8 дней и средняя продолжительность менструаций 4,5 дня, составляющий 15,8% менструального цикла. Остальные 150 женщин находились в менопаузе (n = 97), страдали аменореей (n = 18) или использовали оральные контрацептивы (n = 35). Среди фертильных женщин попытки самоубийства чаще происходили во время менструации (26%), чем в фолликулярную, среднюю и лютеиновую фазы менструального цикла. У женщин, которые пытались покончить с собой во время состояний (менструальная фаза, аменорея и менопауза), отмечался низкий уро-

вень содержания эстрадиола/прогестерона. То есть низкий уровень половых гормонов может составлять ключевой фактор в нейробиологической основе суицидального поведения [229]. Однако есть работы, в которых подчеркивается значимость в реализации суицидальных попыток лютеиновой фазы (62,2%) и 37,8% – фолликулярной фазы с высоким содержанием прогестерона [322]. Неоднозначность в интерпретации результатов, как нам видится, связана с разнонаправленностью проводимых исследований. В одних исследованиях связь между СП и менструальным циклом не выявлена [387], в других – суицидальные попытки чаще фиксировались в пременструальной фазе [272] или в фазе менструального кровотечения [229]. Как правило, исследования фокусированы на менструальных фазах цикла, где методом исследования является в своем большинстве клиническое интервью, в меньшей мере – биохимические методы, такие как измерение уровня гормонов в биологических жидкостях. Справедливо указывается, что результаты посмертного гистологического исследования эндометрия не могут быть беспристрастными, поскольку о некоторых самоубийствах сообщается как о несуйцидальных. Работам по изучению СП в этом направлении уделяется незаслуженно мало внимания, то есть ранг суицидальной попытки не является важной переменной в большинстве исследований [322].

Взаимосвязь между деятельностью эндокринной системы и суицидальным поведением подтверждается исследованиями, в которых у женщин, использующих гормональные контрацептивы, обнаруживался высокий уровень суицидального риска. Установлено, что среди почти полумиллиона женщин, за которыми наблюдали (1996–2013 гг.) в среднем в течение 8,3 лет (3,9 миллиона человеко-лет) со средним возрастом 21 год, было выявлено 6999 первых попыток самоубийства и 71 завершенных суицидов. При этом по сравнению с женщинами, которые никогда не использовали гормональные контрацептивы, относительный риск среди нынешних и недавних пользователей составил 1,97 (95% ДИ=1,85–2,10) для попытки самоубийства и 3,08 (95% ДИ=1,34–7,08) для самоубийства. Оценки риска попытки самоубийства составили 1,91 (95% ДИ=1,79–2,03) для пероральных комбинированных препаратов, 2,29 (95% ДИ=1,77–2,95) – пероральных препаратов, содержащих только прогестин, 2,58 (95% ДИ=2,06–3,22) для вагинального кольца и 3,28 (95% ДИ=2,08–5,16) для исправления. Связь между использованием гормональных контрацептивов и первой попыткой самоубийства достигла пика через два месяца применения. По результатам данного крупного исследования, получены доказательства причинно-следственных связей суицидального поведения и применение гормональных средств. Вслед за авторами, придерживаемся мнения о необходимости распространения медицинскими работниками информации о возмож-

ных последствиях воздействия экзогенных женских половых гормонов на настроение и актуализацию суицидальной активности [375]. Суицидогенность гормональных контрацептивов была подтверждена и в других последних международных исследованиях: в 2013 году в США, 2018 – Дании, 2019 – Корею, 2020 – Швеции [399]. Как правило, максимальный суицидальный риск наблюдался в первый месяц после начала применения комбинированных оральных контрацептивов, и снижался с увеличением длительности применения, но оставался высоким не менее одного года [109]. Хотя в отдельных случаях их прием способствовал улучшению психического состояния. Результаты шведского исследования (n=23029, возраст участниц 15–52 года), в котором женщины получали контрацептивы по поводу предменструального синдрома, показали снижение количества случаев суицидального поведения (но не случаев суицида) независимо от наличия/отсутствия сопутствующих психиатрических заболеваний [402].

Известно, что сахарный диабет является серьезным заболеванием, сопровождающимся многочисленными осложнениями, ранней инвалидизацией и преждевременной смертностью. Однако по данным Федерального регистра сахарного диабета суицид как причина смерти у пациентов с сахарным диабетом первого типа констатировалась у 0,4%, у пациентов со вторым типом диабета – у 0,2% [44]. Также следует отметить, что активизация суицидальности может наблюдаться в разные возрастные периоды. В частности, распространенность суицидальных мыслей среди подростков с инсулинозависимым типом СД (91 амбулаторных пациента) наблюдалась пожизненно у 26,4%; полученные показатели выше, по сравнению с общей численностью населения, но частота попыток самоубийства была сопоставима с таковой среди населения в целом. Особенностью проявлений суицидальных мыслей у них была связь с несоблюдением режима лечения [440]. В одном из исследований установлено, что 66,7% женщин имели суицидальное поведение. При этом у большинства пациентов обнаруживался низкий образовательный статус, в 33% случаях суицидальное поведение сочеталось с депрессивным синдромом, у 15,8% были суицидальные мысли, у 14,4% была попытка самоубийства и 15,1% планировали свое самоубийство [276].

Пациенты с диабетом демонстрируют некоторые особенности попыток самоубийства. Как правило, ими довольно часто используется инсулин. Эта особенность объясняется легкой доступностью потенциально смертельного средства самоубийства как инъекционный инсулин [470]. Из всех жертв самоубийств (n = 2489: мужчины – 2030, женщин – 459) суицидальное поведение было у больных с СД первого типа – 34,6%, второго типа – 65,4%. Большая часть суицидентов с СД первого

типа выбрали яд в качестве метода самоубийства, и этот показатель был примерно в два раза выше, чем у жертв самоубийства без диабета; самоотравление также было более распространенным у пациентов с диабетом второго типа, по сравнению с контрольной группой. Передозировка инъекционным инсулином использовалась в половине случаев самоотравления среди больных первой группы, тогда как только у пациентов второй группы в 13% случаев и ни у одного пациента контрольной группы (без диабета). Ситуация усложнялась тем, что во время самоубийства половина жертв с СД первого типа находилась в состоянии алкогольного опьянения. Общеизвестно, что чрезмерное употребление алкоголя увеличивает риск развития гипогликемической комы [457]. В качестве дополнения, описаны пять случаев, в которых испытуемые пытались покончить с собой с помощью высоких доз перорального антигипергликемического препарата метформина [425]. Исследования по данной проблеме немногочисленны и отличаются порою противоречивостью. Вероятно, сахарный диабет сам по себе, по-видимому, не связан с суицидальным поведением. Однако суицидальные мысли более распространены среди пациентов с СД, чем у лиц без такового, и эта распространенность связана с депрессивными симптомами и тяжестью заболевания, такими как продолжительность диабета, несоблюдение или невыполнение в полной мере гликемического контроля, использование инсулина в терапии [434]. Заниженные показатели самоповреждающего и суицидального поведения при СД объясняются недостаточно точной идентификацией самоубийств. А программы по снижению по снижению уровня самоубийств и самоповреждений являются важными вследствие рискованных форм применения инсулина. Предлагаются следующие методы вмешательства и меры профилактики СП и намеренного самоповреждения: выявление случаев заболевания, понимание потребностей в поддержке, выявление факторов риска и раннее вмешательство для лиц, находящихся в группе риска. Думается, что данные программы профилактики должны охватывать весь период течения сахарного диабета, так как высокий уровень злости, депрессии и одиночества, а также нарастание уровня стресса и недовольства своей жизнью продолжается на протяжении двух лет с момента выявления пролиферативной диабетической ретинопатии [13]. Игнорирование опасных для жизни ситуаций в литературе рассматривается как форма скрытого суицидального поведения у лиц психосоматическими заболеваниями. Например, пациент с сахарным диабетом употребляет большое количество сладкого, оперируя соображениями введения больших доз инсулина, или больной с перенесенным инфарктом миокарда настойчиво требует выписки из реанимационного отделения на второй день после психосоматической катастрофы [91].

Заслуживают внимания работы по изучению суицидального поведения у больных с тиреоидитом Хашимото. Так, в общенациональном датском регистровом исследовании (период – 1995–2012 гг.), включавшем 111 565 участников, сообщалось, что смертность от самоубийств была увеличена (0,10% против 0,07%, $p \leq 0,001$) у пациентов с данным заболеванием, по сравнению с сопоставимыми контрольными группами. То есть, выдвинута гипотеза о возможной роли тиреоидита Хашимото в патофизиологических механизмах суицидального поведения. Более того, авторы работы делают акцент о необходимости специалистам общего профиля проявлять бдительность, сталкиваясь с проявлениями суицидальных мыслей или признаками и симптомами членовредительства, в качестве первого шага к профилактике [289]. Несмотря на то, что у пациентов с суицидальным поведением обнаружены низкие уровни свободного трийодтиронина и общего уровня тироксина по сравнению с контрольной группой, окончательные выводы еще являются преждевременными. Данные в этой области скудны и имеют значительную неоднородность. Соответственно, требуется проведение крупных исследований, чтобы выявить специфическую связь гипотиреоза/гипертиреоза с СП [390]. Вместе с тем, в крупном проспективном когортном исследовании женщин с дисфункцией щитовидной железы, в котором изучался риск смертности от конкретных причин после почти 30-летнего наблюдения, ни гипертиреоз, ни гипотиреоз не были связаны с более высокими показателями самоубийств. Однако они имели повышенный риск смертности от сахарного диабета [302].

При изучении социально-психологических особенностей 105 суицидентов, имеющих эндокринные нарушения, обнаружено, что фактор прогрессирования заболевания является более значимым для суицидального риска, чем его тяжесть или потеря трудоспособности. Так, у пациентов с гипотериозом отмечалась замедленность всех психических процессов в виде апатии, у пациентов с гипертиреозом – лабильностью настроения, вплоть до возбудимости. Больные вынуждены приспосабливаться к реалиям социума, это напряжение ведет к формированию эндокринного психосиндрома. В таком состоянии наблюдается искаженное восприятие действительности, она воспринимается однообразной, утомительной и безрадостной. Прогрессирование состояние обуславливает формирование и развитие суицидальных мыслей до реализации попыток самоубийства импульсивного характера. Импульсивность возникает вследствие гиперфункции щитовидной железы [415]. Поддерживая точку зрения отечественных авторов, считаем, что причины изменений психики нельзя рассматривать как следствие одного лишь изолированного эндокринного заболевания, так как психические нарушения, включая суицидальное поведение, при эндокринных или

других заболеваниях являются следствием действия целого ряда различных факторов [215].

Обобщающее мнение ведущих международных институтов здоровья заключается в предупреждении повышенного риска преждевременной смерти пациентов, страдающих ожирением, она (смертность) на 50–100% больше, чем у обычного человека [201]. На настоящий момент 95% страдающих ожирением людей прямо или опосредованно умирают от причин, связанных с ним, вследствие прогрессирования множественной полиорганной патологии, приводящей к повышенному на 50–100% риску преждевременной смерти по сравнению с людьми с нормальной массой тела, в результате чего продолжительность жизни, в зависимости от возраста развития ожирения, сокращается на 10–20 лет [27]. В Российской популяции ожирение наиболее тесно ассоциируется со злоупотреблением алкоголем, повышенным уровнем глюкозы, нарушениями липидного обмена и особенно сильно с артериальной гипертензией, факторами, частота которых с возрастом увеличивается. Бремя этих тесно связанных между собой факторов риска на систему здравоохранения будет нарастать в связи с увеличением доли пожилого населения в стране [9]. Согласно данным официальной статистики, в России от ассоциированных заболеваний и осложнений ожирения ежегодно умирает около 100 тыс. человек. Растет смертность от сахарного диабета второго типа, поскольку и заболеваемость диабетом в России постоянно увеличивается [164]. С одной стороны, проблеме смертности при ожирении уделяется повышенное внимание. С другой стороны, в международной статистике причин смерти ожирение до сих пор является редкой причиной смерти (как основной, так и способствующей смерти), а в России не учитывается в статистике в качестве самостоятельной (отдельной) причины смерти [52]. К тому же в реальной клинической практике врачами терапевтического профиля взаимосвязи между метаболическими и психическими нарушениями, как правило, упускаются в виду недостаточной осведомленности о патогенетических механизмах и рисках, связанных со сферой психического здоровья [220]. Не следует сбрасывать со счетов так называемое ятрогенное ожирение. Чаще оно наблюдается у лиц, находящихся на глюкокортикоидной терапии (свыше 40 мг преднизолона в сутки или частый прием дексаметазона на протяжении более шести месяцев), приеме антидепрессантов [123].

Что касается ожирения, то обнаружена положительную взаимосвязь между суицидальным поведением, попытками самоубийства и ожирением. Анализы показали, что у участников с крайним ожирением (Индекс массы тела $\geq 40,0$) уровень распространенности суицидального поведения составлял 33% у респондентов женского пола и 13% у ре-

спондентов мужского пола, а уровень попыток самоубийства составлял 27% у респондентов женского пола и 13% у мужчин, соответственно. По половому признаку существенных различий не обнаружено [481].

К сожалению, суицидологическая настороженность относительно пациентов с ожирением, остается весьма низкой. Хотя, совершенно очевидно, что пациенты испытывают трудности адаптации и подвергаются буллингу со стороны окружающих. Дополнительным фактором сниженного настроения с вероятным развитием антивитальных переживаний или суицидальных мыслей является фокусирование больных на косметическом несоответствии своего тела. На наш взгляд, акцент на профилактике аффективных нарушений и суицидального риска должен быть приоритетным у данного контингента пациентов.

Таким образом, суицидальная активность в структуре заболеваний эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ остается весьма высокой и колеблется в широких пределах: от 0,10 до 65%.

ГЛАВА 4. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Общепризнанным считается, что злокачественные новообразования (ЗНО) являются одной из самых распространенных причин заболеваемости и смертности. Фиксируется тренд увеличения показателей заболеваемости раком в мире. Опираясь на данные Международного агентства по изучению рака, можно отметить, что ежегодно в мире регистрируется более 12 миллионов новых случаев рака и около 6,2 миллионов смертей от него. Ежегодный темп прироста ЗНО составляет примерно 2%, что превышает на 0,3–0,5% рост численности населения мира. Эксперты к 2050 г. прогнозируют рост онкологической заболеваемости до 24 миллионов случаев во всем мире, а смертность — до 16 миллионов ежегодно регистрируемых случаев [38]. Самые высокие показатели смертности у мужчин наблюдались в Восточной Европе — 171,0 на 100 тысяч населения. Наименьшее количество смертельных случаев среди мужчин зарегистрировано в Центральной Америке — 67,4 на 100 тыс. Высокая смертность у женщин отмечена в Меланезии — 120,7 на 100 тыс. населения, а самая низкая — также в Центральной Америке (64,2 на 100 тыс.) [110].

Что касается эпидемиологической ситуации в России, то в 2022 г. впервые в жизни выявлено 624 835 случаев злокачественных новообразований (в том числе 283 179 и 341 656 у пациентов мужского и женского пола, соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2021 г. составил 7,6% [218]. Ежегодная смертность от раковых заболеваний в России составляет более 278 тыс. больных ЗНО (278992 в 2021 г.). За последние 20 лет (с 2000 по 2021 гг.), абсолютное число умерших и величина показателя уменьшились более чем на 5%. Еще больше снизилась смертность среди мужского населения (–29,22%). Стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований для женского населения был в два раза меньше, чем для мужского. Общее снижение смертности объясняется за счет проводимых онкологами противораковых профилактических мероприятий и современных методов диагностики и лечения [114].

Менее драматична ситуация наблюдается среди детей и подростков. В 2019 г. в России было зарегистрировано 3759 случаев ЗНО среди детского населения (0–17 лет), в том числе 3182 случая среди детей (0–14 лет) и 577 случаев среди подростков (15–17 лет). В этом же году в стране умерли всего 842 ребенка (0–17 лет), среди детского населения (0–14 лет) — 715, среди подростков (15–17 лет) — 127. В 2020 г. учтены 3173 ребенка (0–14 лет), то есть на 586 меньше, чем в предыдущем (–15,5 %) [115].

Медико-социальная составляющая проблемы общественного здравоохранения ЗНО обусловлена смертностью от суицида. Исследователи подчеркивают, что суицидальная смертность при онкопатологии не является основной причиной, однако стандартизированный коэффициент смертности от самоубийств у онкологических больных в 1,5–1,7 раза выше, чем в общей популяции [241, 259]. Это подтверждается ретроспективными популяционными исследованиями, охватывающими суммарно миллионы человек с катамнезом несколько десятков лет и включающими различные социо-демографические показатели (раса, пол, возраст, диагноз, соотношение смертности от суицидов онкологических заболеваний). Установлено, что риск суицида у больных ЗНО вне зависимости от пола в два-четыре раза выше, чем вся совокупность населения 10 стран Европы, Австралии, Японии, США [358]. Следует дополнить, что злокачественные новообразования, как правило, ассоциируются среди населения со страхом смерти, инвалидизацией, болью и беспомощностью, порождая серьезные психологические проблемы. В динамике развития заболевания это может приводить к повышению психической напряженности, длительным и тяжелым психическим расстройствам, изменениям личности и актуализации суицидального поведения [100]. В целом суициды среди больных со злокачественными новообразованиями составляют 15–18% от общего числа случаев суицидальной аутоагрессии среди населения. В динамике онкологического расстройства в прогрессирующей и терминальной фазе ЗНО, намеренное желание умереть или ускорить смерть составляет 17% [92].

Несомненно, важным и актуальным является теоретический анализ проблемы суицидального поведения у пациентов с онкологическими заболеваниями. Он позволяет выявить существенные факторы, влияющие на формирование суицидального поведения, клинические особенности, способы и специфичность СП в отношении формы ЗНО. Кроме того, полученная информация может быть использована при разработке профилактических программ суицидального поведения у этого контингента больных.

Несмотря на то, что больные онкологическими заболеваниями (онкопатология — единственная хроническая соматическая болезнь, связанная с повышенным риском суицида мужчин и женщин) относятся к одной из наиболее суицидоопасных категорий, тем не менее, статистика и феноменология суицидальности у этого контингента лиц остаются малоизученными. Вероятно, этим объясняется широким разбросом эпидемиологических данных. Так, уровень смертности вследствие самоубийств в Западной Европе и США колеблется в пределах 0,2–0,32% [63, 108, 259], при этом суицидальные мысли у онкологиче-

ских пациентов вне зависимости от пола и без психиатрической патологии фиксировались от 0,8 до 71,4% по сравнению с зарегистрированной распространенностью суицидальных мыслей в общей популяции, составляющей от 1,1 до 19,8% [358]. Уровень суицидов пациентов со злокачественными новообразованиями статистически выше на 100–1100%, чем в сопоставимой группе населения [108].

Суицидальная активность обнаруживается при различной локализации или вида онкологического расстройства. Наибольший риском СП обладают рак легких и бронхов, ротовой полости и глотки, пищевода, желудка и поджелудочной железы, головы и шеи, саркома Капоши ВИЧ-позитивных [108]. Так, например, трехлетний период (1992–2009 гг.) наблюдения за 46 309 пациентами и 107 736 участниками исследования, не страдающих раком, показал, что произошло 146 попыток самоубийства и 63 завершенных самоубийств. При этом риск завершеного самоубийства был выше в 3,5 раза среди пациентов с миеломой и в 1,9 раза среди пациентов с лимфомой, но достоверно не увеличился среди пациентов с лейкемией вне зависимости от половой принадлежности обследуемых. Наличие в анамнезе предраковых психических расстройств повышало риск самоубийства в 15–30 раз, но высокие суицидальные риски также наблюдались среди пациентов без такого анамнеза [436]. Также проведено ретроспективное популяционное исследование с использованием национальных репрезентативных данных программы эпиднадзора, эпидемиологии и конечных результатов за 1973–2014 гг. Среди 8 651 569 онкологических больных 13 311 совершили самоубийство; частота самоубийств составила 28,58 на 100 000 человеко-лет. Самые высокие показатели стандартизированного коэффициента смертности были у пациентов с диагнозами рака легких, головы и шеи, яичек, мочевого пузыря и лимфома Ходжкина. У пациентов в возрасте младше 50 лет большинство самоубийств связано с гематологическими опухолями и опухолями яичек, у людей более 50 лет — с раком предстательной железы, легких и колоректальным раком [405]. В ходе многочисленных исследований было выявлено, что мужчины в возрасте 65 лет и старше с раком легких, поджелудочной железы, головы и шеи или предстательной железы подвергаются особенно высокому суицидальному риску [228]. Связь суицидального поведения с разновидностью рака проиллюстрирована в зарубежных исследованиях. Обследованы 9300812 онкологических больных (48,8% женщин) в возрасте от 0 до 80+ лет (6 417 560 — 69,0% были старше 60 лет) в период между 1975 и 2016 гг. В результате самоубийства выявлены у 14 423 пациентов, что составляет 0,26% всех смертей. Наибольшие показатели смертности были обнаружены у пациентов с раком дыха-

тельной системы, за которыми следовали пациенты с диагнозами «Рак полости рта и глотки», «Миелома», «Рак костей и суставов, пищеварительной системы», а также «Рак головного мозга» и другие виды рака нервной системы. Однако наибольший риск самоубийства наблюдался у пациентов с раком гортани в первые два месяца после постановки диагноза; за этот период времени риск у этих пациентов был в 15,8 раз выше по сравнению с общей популяцией (что соответствует 33,54 дополнительным смертям на 10 000 человеко-лет с риском) [455]. Думается, что локализация рака действительно имеет важное клиническое значение для прогнозирования возможности развития риска и тяжести самоубийства.

Отличия выявляются по выбору средства суицида. Среди лиц неонкологического профиля в 70–80% случаев с суицидальной целью применяются лекарственные средства, пополняемые этот список уксусной кислотой, фосфорорганическими соединениями и другими химическими веществами. У онкологических больных в динамике заболевания доля самоотравлений с помощью медикаментов увеличивается, достигая, особенно среди женщин, практически 100% [256]. Современные исследования иллюстрируют предпочтения пациентами использования самоотравлений (64,5%), среди которых доминируют женщины (85,5%). Сообщается о частом использовании в качестве средства самоубийства назначенных больным психотропных и болеутоляющих, в том числе наркотических средств. Ими используются все классы анальгетиков (баралгин, пенталгин, трамал и др.), психотропные препараты (обычно феназепам и amitriptилин), а также те средства, которые назначаются им для коррекции того или иного синдрома, обусловленного опухолью (спазмолитики, гипотензивные препараты и др.). Применение сразу нескольких классов препаратов ведет к более быстрому развитию и тяжелому отравлению, что значительно снижает возможности детоксикационной терапии [63]. Оправданным считаем мнение некоторых авторов по внедрению надежных и доступных психосоциальных программ онкологии для поддержки психического здоровья данной категории пациентов [337]. Рекомендуются при лечении онкологических заболеваний осуществлять регулярную оценку факторов суицидального риска [275].

Особенно следует отметить, что самоубийство у больных со злокачественными новообразованиями редко является спонтанным поступком. Так как планирование по возможной реализации попытки самоубийства осуществляется в течение достаточно продолжительного времени. До совершения суицидальных действий около 80% пациентов посещали врача-онколога, и о своих суицидальных намерениях они косвенно или открыто сообщали членам семьи. Кроме того, врачи, как пра-

вило, знают о депрессивном состоянии своих пациентов, но склонны преуменьшать степень дистресса онкологических больных [92]. Думается, требуется внедрение методов активного выявления суицидальных тенденций у пациентов онкологического профиля, как специалистами высшего звена, так и медицинскими сестрами.

Повышенный риск самоубийства ассоциируется с наличием диагноза **рака мозга**. В частности, анализ 87 785 пациентов с раком головного мозга, диагностированным в период с 2000 по 2016 гг. в Национальном институте рака США показал, что 29 пациентов (0,03%) умерли в результате самоубийства и 33 993 (38,7%) — от рака и других причин в течение первого года после постановки диагноза. Пациенты с ЗНО, умершие от самоубийства, были мужчинами (27 — 93,1%) старше 44 лет (24 — 82,8%), были белыми (26 — 89,9%) и имели глиобластому (18 — 62,1%) [360]. В работах зарубежных авторов указывалось, что четырехкратный риск самоубийства по сравнению с населением в целом и двукратный риск по сравнению с другими онкологическими заболеваниями обнаружен при опухолях мозга и шеи [345]. В литературе представлен клинический случай, в котором пациент страдал злокачественной глиомой головного мозга. Пациентом были совершены членовредительские акты (многочисленные раны груди, глубина которых достигала 7 см) в виду манифестации психотической симптоматики [264]. Некоторые авторы подчеркивали, что повышенная склонность к суициду может быть основана на проводящих путях мозга, затронутых локализацией опухоли и хирургическими путями [278]. Так или иначе, опухолевый процесс неизбежно затрагивает деятельность мозговых нейротрансмиттеров. Изменения в структурах и функциях мозга, такие как уменьшение количества нейронных клеток, плотности и размера, а также уменьшение толщины коры и изменения в синаптических цепях, могут быть связаны с большим депрессивным расстройством, стрессом и суицидальным поведением [344]. Высказано предположение, что на актуализацию суицидальных мыслей и попыток могут влиять гистопатологические опухолевые процессы. Например, диагноз глиобластомы чаще связан с повышенным риском самоубийства, чем другие виды опухолей [321]. Оперативное вмешательство пациентов с низкоккачественной глиомой было обусловлено высоким риском развития суицидальных мыслей [236]. Хотя причина развития суицидальных форм неясна, можно предположить, что суицидальность при онкологических заболеваниях сохраняет свою актуальность в последующие периоды жизни. Считается, что пациентам со злокачественными новообразованиями чаще свойственны суицидальные мысли, чем суицидальные попытки или завершённые самоубийства. При этом основная проблема

для пациентов с раком головного мозга заключается в том, что заболевание приводит к физическому, психическому и духовному напряжению личных ресурсов. Эти факторы накладываются на предрасполагающие личностные характеристики и могут привести к депрессии и самоубийству [318]. Не нашли своего подтверждения предположения о риске суицида с опухолевым поражением лобных долей [409], что, вероятно, связано с организацией и реализацией методов исследования.

Рак легких также является диагнозом, сопровождающимся высоким риском суицидального поведения. Иными словами, уровень самоубийств у больных раком легких выше, по сравнению с населением в целом, но также он (риск) почти в два раза выше, чем при других локализациях рака, вместе взятых [290]. Чаще всего уровень суицида фиксировался у мужчин в странах Европы. Как правило, этот риск был связан с табакокурением и пьянством, хроническими гепатитами В и С, преморбидными психическими проблемами [335]. Кроме того, установлено, что частота суицидальных мыслей была выше у представителей мужского пола, чем у женщин. Суицидальные попытки совершали лица, имеющие психические нарушения [385], они чаще реализовали brutальные формы суицида (самоповешение) [255]. Вместе с тем имеются работы, иллюстрирующие более высокий уровень СП при раке легких у женщин (особенно суицидальных мыслей) по сравнению с мужчинами [226]. При этом показано, что с прогрессированием заболевания увеличивается частота суицидальных мыслей. Превалирование суицидальных мыслей у женщин объясняется тем, что они обладают более высокой стрессоустойчивостью к негативным проявлениям и событиям жизни [403]. Суицидальные мысли в какой-то мере являются специфическим признаком СП при раке легких. У больных раком легких частота суицидальных мыслей выше, чем у больных другими видами онкологических заболеваний [398] и составляет 22,68% [403]. С одной стороны, тяжесть заболевания и его симптомы (одышка, усталость, боль и тошнота, снижение массы тела и аппетита) способствуют повышению риска суицида [379]. С другой стороны, высокий уровень самоубийств также отмечен среди больных раком легких с благоприятным прогнозом [354]. К сожалению, имеются лишь ограниченные сведения причинах, способствующих повышенному риску самоубийства среди больных раком легких. Предполагается, что причиной повышенной суицидальности у больных раком легких является отсутствие психологической поддержки и эмпатического общения со стороны медицинских работников, возможно, из-за временных ограничений рабочего времени и кадрового дефицита специалистов. Не исключается низкий уровень знаний о конкретных факторах риска самоубийства [294].

Опасность риска самоубийства возрастает при наличии диагноза рака желудка. Согласно данным официальной статистики, риск самоубийства у пациентов с раком желудка примерно в четыре раза выше, чем у населения США в целом. Также обнаружено, что у женщин с раком желудка уровень самоубийств в восемь раз выше, чем у населения соответствующего пола [235]. В то же время у пациентов с раком желудка обоих полов в возрасте от до и 50 лет и старше лет вероятность совершения самоубийства была высокой [266]. При этом риск самоубийства наиболее высок в течение первых трёх месяцев после постановки диагноза [382]. Причиной возникновения суицидальных мыслей при раке желудка является психологическое напряжение в преодолении фрустрирующих ситуаций [406]. Однако есть утверждения, что психологический аспект проблемы недостаточно изучен ввиду малого количества научных исследований [248]. В других работах выявлено, что у 131 из 378 выживших после рака желудка (34,7%) наблюдались суицидальные мысли. Они в значительной степени ассоциировались с доходом пациентов, сопутствующей патологией, курением и общим состоянием здоровья. Доказана связь суицидальных мыслей с симптомами заболевания (усталостью, тошнотой, рвотой, одышкой, потерей аппетита, запорами, диарей, ограничениями в еде, беспокойством, сухостью во рту, выпадением волос и экзистенциальностью) [251]. Так как подавляющее большинство самоубийств у пациентов с раком желудка происходит в течение первого года после постановки диагноза, раннее выявление и лечение людей из группы риска имеет первостепенное значение [235].

Несомненно, определение научно обоснованных факторов риска, связанных с суицидом среди пациентов с раком желудка, является ключевым моментом в разработке скринингового инструмента и стратегии психофармакотерапевтического и психотерапевтического вмешательства. А целенаправленный и улучшенный скрининг, выделение пациентов с раком желудка в отдельную группу по факторам суицидального риска, позволит существенно снизить частоту самоубийств у данного контингента больных.

Исследователи полагали, что самоубийство у пациентов с **раком предстательной железы** является распространенным состоянием, которое может наступить даже через много лет после постановки диагноза (мужчины подвержены риску суицида через 15 лет и более с момента диагностирования рака предстательной железы). Иными словами, риск самоубийства на самом деле может сместиться от вторичного психологического воздействия диагноза «рака» (краткосрочного) к, возможно, долгосрочным побочным эффектам или страданиям в резуль-

тате лечения или общего процесса старения. Поэтому на всех этапах диспансерного наблюдения и лечения необходимо брать во внимание предикторы суицидальной смертности, особенно у лиц с увеличением возраста, не состоящих в браке, без хирургического лечения и имеющих метастатическое заболевание. До 5–12% пациентов с этим диагнозом может иметь суицидальные наклонности, идеи. Авторы упомянутого исследования подкрепляли свои выводы тремя популяционными исследованиями. Одно из них отражает распространенность СП при различных злокачественных новообразованиях мочеполовой системы. В частности, суицидальный риск был значительно выше у пациентов с раком предстательной железы высокой степени злокачественности (с аденокарциномой по шкале Gleason от 8 до 10), местнораспространенным раком (стадия T3 и T4 по классификации TNM) и отдалёнными метастазами. В дальнейшем риск самоубийства был связан с особенностями лечения, ухудшающимся соматическим статусом, прогрессирующей анемией и хроническим болевым синдромом. На основании полученных данных, авторы пришли к заключению, что более высокий риск суицида выявлен у мужчин с раком предстательной железы по сравнению с населением в целом [84]. Следует отметить, что метастатические формы рака простаты позволяют пятилетнее дожитие около 28%, а при раннем выявлении рака простаты пятилетняя выживаемость составляет приблизительно 100% [306].

Суицидальное поведение также чаще, чем у населения в целом, фиксируется у пациенток с **гинекологическим раком**. В частности, среди 252 235 больных, наблюдавшихся в течение 1 207 278 человеко-лет, уровень самоубийств составил 8,3 на 100 000 человеко-лет при стандартизованном коэффициенте смертности 1,4 (95% доверительный интервал 1,2–1,7; $p < 0,001$). Высокие показатели различных форм суицидального поведения были обнаружены у пациентов с раком яичников и в течение первого года после постановки диагноза. Риск самоубийства был связан с более молодым возрастом на момент постановки диагноза, высокой степенью тяжести заболевания и отсутствием хирургического вмешательства [317]. Приводятся данные, в которых СП зависит от вида гинекологического рака. Женщины с раком яичников имели более высокий риск самоубийства и смерти в результате несчастного случая, чем группа без рака. Кроме того, к группе повышенного суицидального риска отнесены пациенты с эпителиальным раком яичников II типа, пациенты с диагнозами «Высокодифференцированный неметастатический рак» и «Экзентерация тазовых органов» [249].

Таким образом, проведенный теоретический анализ научных исследований показал значительный уровень распространенности суицидального поведения у пациентов онкологического профиля.

Следует отметить, что к настоящему времени не существует конкретных научно обоснованных руководств по профилактике самоубийств и суицидальных мыслей среди пациентов онкологического профиля. Более того, в практической деятельности врач проводит опрос, касающийся тревоги, сниженного настроения, употребления психоактивных веществ. Диагностика суицидального риска осуществляется в исключительных или явных (неотложных) случаях. Вместе с тем известно, что у пациентов онкологического профиля вероятность возникновения суицидальных тенденций в два раза выше, чем в популяции в целом.

ГЛАВА 5. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛИЦ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

Согласно научным данным в США количество пациентов с диагнозом «ВИЧ» за период 2009–2018 гг. снизилось, однако за аналогичный период количество пациентов с этим диагнозом в возрасте 25 – 34 лет увеличилось [383], то есть эта инфекция максимум охватывает молодое население. Мировое здравоохранение предпринимает глобальные усилия по борьбе с ВИЧ/ СПИД. Однако в 2020 г. в мире произошло 1,7 млн новых случаев заражения ВИЧ, а от связанных с ВИЧ-инфекцией заболеваний умерло более 600 тыс. человек [139].

Что касается подрастающего поколения, то мировая статистика свидетельствует об актуальности проблемы в масштабах общественного здоровья. Так, смертность детей по причине ВИЧ-инфекции достигает 20-28% [166].

В настоящее время РФ столкнулась с вызовом сокращения трудоспособного населения, при этом высокий уровень смертности этой возрастной группы по сравнению с развитыми странами мира особенно ярко выражен среди мужчин. К сожалению, сверхсмертность данной категории граждан является одной из характерных особенностей российской модели смертности [214], несмотря на то, что в большинстве случаев смертность трудоспособного населения обусловлена предотвратимыми причинами (к таковым относят вирус иммунодефицита человека). То есть теми, которые могут быть частично или полностью устранены усилиями современных медицинских и организационных технологий [163]. Так, по данным официальной статистики, наибольший уровень смертности во всех возрастных группах зафиксирован в Кемеровской области. При этом смертность от ВИЧ в данном регионе в 2021 г. больше, чем от всех отравлений алкоголем, самоубийств, убийств, утоплений и ДТП вместе взятых [165]. Справедливо отмечено, что такое заболевание, как ВИЧ-инфекция, во многом определяется уровнем сформированности культуры самосохранительного поведения у населения (в том числе сексуального поведения) [214].

Общее количество смертей ВИЧ-инфицированных в России с момента регистрации первого случая и до 2021 года включительно составляло 424 974 [221]. ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита оказывают очевидное влияние на психику, сопровождаясь высоким уровнем суицидальной активности, так как суицидальное поведение в виде суицидальных мыслей и действий часто сопутствует ВИЧ-инфекции и является главенствующим феноменом в жизни этих пациентов, имеющим место в любой период течения заболевания,

вне зависимости от его прогрессирования [207]. Риск СП у пациентов со СПИДом выше в 24–36 раз, чем в общей популяции [64]. В зарубежных исследованиях сообщается о трехкратном превышении показателя суицидов у данных пациентов по сравнению с популяцией в целом [310]. Обращает на себя внимание факт преобладания выраженных идей самообвинения и риска самоубийства у пациентов в возрасте 18-27 лет с высокой вирусной нагрузкой [372]. Иными словами, суицидальная активность среди пациентов с ВИЧ/СПИДом остается весьма высокой, что и определило проведение теоретического анализа по указанной выше проблеме современной психиатрии.

Как указывалось ранее, уровень самоубийств среди ВИЧ-больных выше по сравнению с населением в целом. Согласно статистическим данным глобального масштаба, совокупная частота завершенных суицидов среди пациентов с ВИЧ/СПИДом во всем мире составила 10,2 на 1000. Этот показатель в 100 раз выше показателя общемировых завершенных самоубийств (0,11 на 1000,33). Иными словами, на каждые 10 процентных пунктов увеличения доли людей, живущих с ВИЧ, риск завершения суицида увеличивается – 34 на 1000 человек. Распространенность суицидальных мыслей у этих больных была 228,3 на 1000, что существенно больше по сравнению с общепопуляционными показателями, так как в мире суицидальные мысли наблюдались у 9% населения. Распространенность суицидальных попыток у пациентов с ВИЧ-инфекцией находилась на уровне 158,3 на 1000, тогда как глобальная распространенность попыток самоубийства в течение всей жизни не превышает 3% среди населения в целом [464]. В 43 исследованиях за период с 2010 по 2021 г. в шести регионах: Африканский регион, регион Северной и Южной Америки, регион Юго-Восточной Азии, Европейский регион, регион Восточного Средиземноморья и Западно-Тихоокеанский регион было установлено, что распространенность суицидальных мыслей среди пациентов с ВИЧ-инфекцией составила 22,3%, однако общая распространенность попыток самоубийства была 9,6% [392]. Несколько иные результаты были получены китайскими исследователями. Так, частота суицидальных мыслей у пациентов с ВИЧ/СПИД составила 30,6% (n = 6174). При этом у пациентов с диагнозом ВИЧ более одного года суицидальные мысли наблюдались у 28,4%, тогда как у пациентов с этим диагнозом менее одного года – у 27,6% [312]. Суицидальность у пациентов с ВИЧ-инфекцией на разных стадиях заболевания также подтверждается результатами патологоанатомических вскрытий. В частности, 9,4% умерших лиц совершили самоубийство; при жизни намеренно нанесли себе вред примерно 20% обследованных; суицидальные мысли фиксировались у 23,1–26,9%, самоубийство планировали 22,2% обследуемых и 14,4% сообщали о желании умереть (на наш взгляд, ан-

тивитальные переживания) [243]. Вне зависимости от методов оценки суицидального риска среди пациентов с ВИЧ-инфекцией распространенность СП (мысли, планирование, попытки) остается высокой и варьирует от 6,5 до 33,7% [348]. Данные были получены из официальных реестров и из свидетельств о смерти (базы данных о причинах смерти человека и записей о госпитализациях в связи с самоубийством) [227]. То есть можно предположить, что показатели суицидальной смертности среди пациентов с ВИЧ/СПИДом значительно выше, чем данные официальной статистики. Тем более что лишь 76 стран – членов ВОЗ, на долю которых приходится 28% всех самоубийств в мире, предоставляли информацию о количестве случаев и способах самоубийств [72].

Актуализация СП у пациентов с ВИЧ/СПИДом обусловлена влиянием различного рода факторов. Так, например, из-за низкой осведомленности населения о заболевании и дискриминации в социальной среде, стигматизации пациентов с ВИЧ у последних развиваются напряженность, тревога, снижается настроение, что приводит к формированию суицидальных мыслей с последующими суицидальными попытками [456]. Более широкий список по факторам суицидального риска представлен в зарубежных работах. К ним отнесены: признание наличия определенных тяжелых оппортунистических инфекций, преодоление связанных с ними болей, вирусная нагрузка, а также безработица, стигматизация [356]. Другие авторы добавляют такие факторы риска СП, как отсутствие детей, внутривенное употребление наркотиков в анамнезе, злоупотребление алкоголем и депрессия или попытки самоубийства в анамнезе, в то время как возраст, пол, страна рождения, положительная серологическая реакция, стадия СПИДа, использование комбинированной антиретровирусной терапии, а также вирусная нагрузка не были значимо связаны с риском смерти от самоубийства [291]. Мета-анализ перекрестных исследований попыток самоубийства в течение жизни показал, что среди ВИЧ-инфицированных риск был выше у представителей нетрадиционной сексуальной ориентации, чем у гетеросексуальных индивидов. Весьма высокий риск самоубийства выявлен у гомосексуальных и бисексуальных мужчин [307].

В глобальном масштабе мужчины совершают самоубийства в 1,8 раза чаще, чем женщины [72]. У пациентов с ВИЧ/СПИДом по гендерному фактору риска самоубийства частота самоубийств у лиц мужского пола также выше по сравнению с женщинами, закончившими летально (7,0 в сравнении с 1,8%). При этом стадии начальных проявлений чаще регистрировались у женщин – 36,4% ($p < 0,05$), а стадии вторичных заболеваний – у лиц мужского пола – 36,2% ($p < 0,05$). На момент летального исхода каждая вторая женщина имела стадию вторичных заболеваний, что было реже, чем у мужчин ($p < 0,05$). Полученные результаты

специалисты интерпретировали особенностями модели социального поведения. Мужчины характеризовались большей уверенностью, однако они чаще впадали в депрессию, что подтверждалось более высоким по сравнению с женщинами процентом суицидов, послуживших причиной летального исхода [147]. Косвенно суицидальность мужчин подтверждается психологическими исследованиями сквозь призму экзистенциализма. То есть за фасадом демонстрируемой бравады и низкой вовлеченностью ВИЧ-инфицированных мужчин в терапевтический процесс скрываются тревога, депрессивное настроение или безразличие. Данное поведение является следствием экзистенциального вакуума как глубинного переживания отсутствия смысла в жизни и скрываемого страха перед смертью [7]. Более того, самоуважение у мужчин при естественном течении заболевания падает при его длительности более семи лет по причине в первую очередь ухудшения соматического состояния. Показательно то, что самоуважение находится на низком уровне с дебюта заболевания в отсутствие клинически выраженной патологии даже на фоне своевременно назначенной антиретровирусной терапии [196]. С большой долей вероятности можно предположить развитие заниженной самооценки с последующей актуализацией суицидальности у этих пациентов. Женщины, в отличие от мужчин, чаще обращались за помощью и были склонны преувеличивать количество и серьезность своих проблем. Имеются работы, иллюстрирующие больший суицидальный риск у женщин, страдающих ВИЧ/СПИДом, чем у мужчин с аналогичными заболеваниями [348, 353]. Более того, женщины в два раза чаще, чем мужчины, вовлекаются в высокорискованное сексуальное поведение, практикуют незащищенные половые контакты, зачастую продолжают практиковать рискованное поведение после того, как узнают о диагнозе ВИЧ, подвергая опасности свое здоровье, а близких – заражению ВИЧ половым и перинатальным путем [169]. Общеизвестно, что проявлениями саморазрушения являются аддиктивное или зависимое (курение, употребление алкоголя и наркотиков) и рискованное поведение (виктимное поведение, случайный секс) [70]. Так или иначе, представители обоих полов являются группой риска по СП. Кстати, распространенность смертей от самоубийств не была статистически значимой между мужчинами и женщинами, страдающих ВИЧ/СПИДом [445]. Думается, что риск суицида у обоих полов с диагнозом ВИЧ/СПИД в большей мере обусловлен причинно-следственными связями между психопатологическими проявлениями в структуре инфекции и суицидальностью. Обнаружены исследования, подтверждающие наши предположения. Терапия психических нарушений у пациентов с ВИЧ/СПИД сопровождалась снижением у них распространенности суицидальных мыслей на 63,9%, распространенности плана самоубийства на 84,2%

и распространенности риска самоубийства на 63,4%. Нефатальное суицидальное поведение потенциально может снизиться среди пациентов, получающих антивирусное лечение [230].

Имеются работы, обнаруживающие повышение уровня депрессии и суицидальности от применения антиретровирусных препаратов, например эфавиренза [334]. В то же время отсутствие лечения также сильно влияет на риск суицида [393]. Тем не менее, применение антиретровирусной терапии способствует снижению суицидальной смертности пациентов с ВИЧ/СПИДом [227, 397]. Кроме того, установлено, что депрессивные симптомы и использование эфавиренза являются независимыми факторами, связанными с наличием суицидальных мыслей. Поэтому для предотвращения самоубийств и улучшения результатов лечения ВИЧ/СПИДа предлагалась замена эфавиренза другими схемами антивирусной терапии [343].

Сообщается, что у некоторых пациентов с ВИЧ/СПИДом преобладает склонность к СП. Однако ее актуализация может варьировать в зависимости от стадии заболевания. Так, у 83,1% пациентов с положительным результатом теста на ВИЧ риск суицидальных мыслей составил 20,5% через 72 часа, а через шесть недель после этого он увеличился до 28,8%. У ВИЧ-отрицательных пациентов не возникло суицидальных мыслей после того, как им сообщили об их серонегативном статусе [366]. Иными словами, ВИЧ статус играет существенную роль и как фактор развития СП, и как фактор риска самоубийства.

Что касается способов самоубийства у больных ВИЧ/ СПИДом, то их реализация также зависит от множества факторов, например от географического положения страны. Так, в исследовании с охватом 729 189 человек из 49 стран и анализом публикаций за последние 33 года (с 1988 по 2021 г.) установлено, что наибольшее количество ВИЧ-инфицированных с суицидальными мыслями выявлено в США, Англии, Австралии и России. Высокий уровень суицидальных попыток фиксировался в Соединенных Штатах, Австралии, Испании и Южной Африке; завершенных самоубийств – в Дании, за ней следовали Таиланд и Франция [393]. Повешение и отравление пестицидами часто применялись в западных странах [313]. С одной стороны, высказано предположение, что высокий уровень суицидальных форм связан с наличием либерального законодательства по эвтаназии или контролю оружия в этих странах. Не исключаются роль социально-экономических преобразований и давление социума. С другой стороны, это связано с влиянием культурных и религиозных особенностей, а не только географическими закономерностями [355]. В другом зарубежном исследовании получены следующие результаты: в пригородных районах Нигерии суицидальные мысли зафиксированы у 7,6% ВИЧ-положительных

пациентов, что было ниже, чем в Лондоне – 31%, Эфиопии – 33,6%, Бенине – 43%, Австралии – 52%, Илорине – 56,7% [348]. Суицидальные попытки отмечены (от наименьшего к большему): у пациентов Уганды – 3,9%, Эфиопии – 20,1% и Франции – 23% [234].

Антивитаальные переживания, суицидальные мысли, суицидальные намерения без конкретной разработки способов самоубийства были обнаружены у 18,4% женщин и у 12% мужчин после выявления у обследуемых антител к ВИЧ. Конфликтная ситуация, вызванная сообщением об инфицированности, порождала тягостные эмоциональные переживания, связанные с мыслями об отсутствии эффективной терапии и неблагоприятном прогнозе заболевания. Самоубийство рассматривалось ими как способ избежать боли, беспомощности, позора. Дальнейшее катamnестическое обследование 213 лиц, инфицированных ВИЧ, показало, что суицидальные попытки совершили 11 человек: восемь – самоотравление, один – падение с высоты, один – воздушная эмболия, один – самопорезы. По механизму суицида: трое – реакция эгоцентрического переключения, двое – подведение отрицательного баланса, двое – психалгия, один – совершение в остром психотическом состоянии, трое – демонстративно-шантажные [412]. В группе 258 больных с гемоконтактными инфекциями (ВИЧ, гепатиты В, С) были зафиксированы: колото-резаные ранения конечностей, в том числе с повреждением сосудов, нервов, сухожилий (n = 102, 39,5%); колото-резаные ранения шеи, груди, живота, в том числе с глубокими проникающими ранениями (n = 99, 38,3%); другие самоповреждения (n = 57, 22,1%), в том числе преднамеренные падения с высоты (n = 18, 6,7%), странгуляционная асфиксия (n = 18, 6,7%), введение инородных тел в желудочно-кишечный тракт (n = 9, 3,4%), самоповреждение пламенем (n = 7, 2,7%), самоутопление (n = 5, 1,93%) [141].

Заслуживает внимания проблема завершенных самоубийств у ВИЧ-пациентов. По данным зарубежных исследователей (обследовано 770 656 человек с диагнозом ВИЧ, 763 287 из которых были в возрасте 15 лет и старше), смертность составила 142,8 смерти от самоубийств на 100 тысяч человеко-лет, что составило 2% [247]. В других работах показатели завершенных самоубийств в сочетании с несчастными случаями варьировали от 9,4 до 21,5% [246, 281]. При анализе свидетельств о смерти, отчетных форм Росстата «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией» (форма № 61), а также данных о численности населения по полу и возрасту ВИЧ-инфицированных пациентов внешние причины смерти были разделены на три группы: преднамеренное самоповреждение (X60–X84), нападение (X85–Y09), повреждение с неопределенными намерениями (Y10–Y34). При этом показатели суицидальной смертности были весьма высокие. В частности, на преднамеренные

самоповреждения приходилось $45,8 \pm 13,6\%$, на повреждения с неопределенными намерениями – $46,3 \pm 11,0\%$. Автор исследования акцентирует внимание на субъективной стороне интерпретации данных, так как характеристика преднамеренности или непреднамеренности самоповреждения, указываемая в медицинском свидетельстве о смерти, зависит в основном от формулировок в письменно оформленном специальном задании на проведение судебно-медицинской экспертизы [30]. Иными словами, для объективизации полученных статистических данных требуется разработка конкретных четких критериев суицидальной смертности. В других отечественных работах суицид как причина смерти у ВИЧ-инфицированных отмечен в 3,5% случаев. Также причинами смерти были следующие: отравления, преимущественно поверхностно-активными веществами (5,8%), холодовая травма в виде общего переохлаждения (0,9%), термический ожог пламенем (0,4%), травмы – дорожно-транспортные происшествия (1,5%) [307]. Указанные выше причины смерти рассматриваются нами как латентные формы саморазрушающего поведения [16] ввиду того, что при скрытом СП преобладает страх перед осознанием неизбежности наступления скорейшего летального исхода, а не прямое желание умереть, что зачастую присутствует в психологическом статусе ВИЧ-инфицированных пациентов. Это, в свою очередь, ведет к чувству отчаяния, рискованным формам поведения, такие люди становятся жертвами несчастных случаев, аварий, непредвиденных травм, ожогов, переохлаждений [119]. Некоторые авторы акцентируют внимание на том, что вследствие стигматизации и самостигматизации ВИЧ-пациенты чувствуют себя «заживо погребенными» и реагируют на это различными аутоагрессивными формами поведения, вплоть до самоубийства [420]. Думается, что хронификация психосоциального стресса приводит к развитию тяжелых форм СП с высокой вероятностью реализации опасных для жизни действий и суицидальных попыток.

Таким образом, проведенный теоретический анализ свидетельствует о высокой актуальности проблемы суицидального поведения у пациентов с ВИЧ/СПИДом, что определяет важность ее дальнейшего изучения. Кроме того, отсутствует достоверная статистика случаев суицидов, не сформированы система учета и принципы суицидологической помощи таким пациентам, не организовано их наблюдение на всех этапах терапии заболевания, хотя суицидальная активность пациентов с ВИЧ/СПИДом выше в два раза и более по сравнению с общепопуляционными данными.

ГЛАВА 6. ДЕПРЕССИЯ, СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

В настоящее время внимание исследователей привлекает проблема депрессии, ассоциированной с соматическими заболеваниями – как вследствие высокой смертности от них, так и от смертности, связанной с суицидами. Становится очевидным, что взаимовлияние депрессии и соматических расстройств приводит к изменению клинической картины, как основного заболевания, так и сопутствующего, способствует росту осложнений и их тяжести, усложняется диагностика, выбор тактики и средств лечения, снижается эффективность терапии, качество жизни и ухудшается прогноз [171]. Отметим, что смертность от соматических болезней варьирует от 1,1% до 93,5% [26, 182]. Вместе с тем, соматические расстройства являются потенциально суицидоопасными состояниями, а суицидальная активность в структуре соматических болезней остается весьма высокой и колеблется в широких пределах: от 1,9 до 90% [17, 18].

Что касается депрессии, то по данным Всемирной организации здравоохранения от депрессии страдает 264 млн. человек [56]. При этом продолжительность жизни пациентов с депрессией в среднем на 20-30 лет меньше, чем в общей популяции, вне зависимости от сопутствующей соматической или психической патологии [80]. Депрессия сама по себе является смертельной и дезадаптирующей формой психопатологии в связи с высоким риском самоубийств, включая повторные попытки суицида. Предложенное определение хронического суицидального поведения, подразумевающее устойчивые повторяющиеся аутоагрессивные действия, выступающие в виде способов совладания с аффектом, сильными негативными эмоциями: грустью, одиночеством, гневом, недовольством собой, самоуничтожением, на наш взгляд, содержит основные или патогномоничные симптомы депрессии [187]. При сочетанном течении депрессии и соматического заболевания частота суицидальных тенденций фиксировалась в 30,7% случаев [138].

На настоящий момент депрессивные состояния, особенно сочетанные с соматическими болезнями, остаются нераспознанными. Об этом свидетельствует тот факт, что более половины пациентов проходят лечение у специалистов непсихиатрического профиля, хотя среди постоянно наблюдающихся пациентов, процент данного заболевания достигает 80%. Возможно, это связано с тем, что депрессивная симптоматика перекрывается обилием соматических симптомов, тем более, что депрессивные расстройства являются одним из наиболее частых проявлений (до 50-60%) психосоматических патологий, а имен-

но: ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, синдрома раздраженного толстого кишечника, бронхиальной астмы и, в особенности, вегето-сосудистой дистонии [76]. Другими словами, депрессивное состояние часто может имитировать наличие соматической болезни. В то же время реальное соматическое заболевание может быть пусковым фактором развития депрессивного расстройства, или присоединяться к уже текущей депрессии, усложняя ее картину [151]. Можно утверждать, что в генезе суицидального поведения играют психические расстройства. Тем более, что более 90% совершивших самоубийства имели психическое заболевание. Однако некоторые авторы придерживаются мнения о том, что психические заболевания слабо коррелируют с суицидальным поведением, гораздо больший процент самоубийств происходит при отсутствии психического заболевания [122, 430].

Определенной парадоксальностью характеризуется современное состояние проблемы суицида. С одной стороны, очевиден рост исследовательского интереса к этой проблеме. Так, например, в 2022 году феномену суицидального поведения, в том числе в связи с соматическими и психическими заболеваниями, было посвящено 15000 научных публикаций [283, 373, 447]. Более того, разработаны и продолжают разрабатываться методы ранней диагностики суицидального поведения, превентивные и профилактические программы международного и национального уровня, ориентированные на различные целевые группы, включая пациентов соматического профиля. С другой стороны, данные по распространенности различных форм СП (суицидальные тенденции, мысли, намерения, планы, попытки, завершённые суициды) неоднозначны. В частности, обсервационные исследования с участием более 65 миллионов человек показали, что совокупный годовой уровень самоубийств составил 4,9 случаев на 100 000 в течение 2020 года, что соответствует статистически значимому увеличению на 10% по сравнению с 2019 годом. Распространенность суицидальных мыслей составила 17% среди населения в целом, 36% – среди лиц, находящихся в психиатрических учреждениях и 2% – в отделениях неотложной помощи [233]. В работах других авторов сообщалось, что последние десятилетия характеризуются снижением показателей суицидальной смертности на 36%. При этом положительная динамика была отмечена практически во всех регионах ВОЗ – от снижения относительных цифр суицидов на 17% в Восточном регионе до 47% в Европейском. Максимальными показателями самоубийств отмечена возрастная когорта 75+, при этом она все же демонстрирует снижение с 27,67 до 20,46 на 100 000 населения [131]. Преобладание максимальных значений в возрастной группе лиц 75 лет и более можно объяснить как нарастанием количества сопутствующей патологии, так и депрессии и суицидальности.

Следует упомянуть другие две проблемы: создания унифицированных методов диагностики СП и взаимодействия врача и пациента. Так, уровень обращения за медицинской помощью до самоубийства остается высоким – до 95,0%, а уровень обращения за неделю до самоубийства – 43,5% [295]. Тем не менее, суицидальность у таких пациентов остается нераспознанной. Можно предположить, что такая ситуация складывается ввиду отсутствия четких критериев диагностики суицидальных тенденций у пациентов соматического и психиатрического профиля в целом, и у пациентов с полиморбидностью, в частности. Зарубежные авторы акцентируют внимание на том, что одним из способов диагностики суицидальных мыслей являются прямые вопросы о них; такие вопросы не усиливают дистресс и не повышают вероятность суицидальных мыслей или суицидального поведения в целом [287].

Двойственность проблемы взаимодействия врача и пациента прослеживается в боязни докторов говорить с пациентами на тему самоубийства. Зачастую специалисты не чувствуют в себе достаточно компетенций и навыков для подобного рода бесед, они испытывают палитру неприятных переживаний при общении с суицидальными пациентами. Это свидетельствует о необходимости внедрения специфических программ обучения, а также методов психологического развития. Обратная сторона проблемы – это сокрытие фактов наличия суицидальных тенденций и совершенных попыток пациентами. Анализ почти 100 научных зарубежных работ на общем материале более миллиона человек показал, что менее половины испытуемых (45,9%) делились своими мыслями и планами с другими, то есть пациенты лишались возможности получить психиатрическую помощь [287]. В России суициденты чаще (58%) скрывали информацию по суицидальным мыслям и попыткам. Они на каком-то этапе своей жизни диссимулировали суицидальные тенденции и оставались незамеченными профессионалами. При этом причины закрытости пациентов в отношении суицидального поведения и в России, и за рубежом были аналогичными: стигматизация, чувство стыда, боязнь оказаться отвергнутыми или получить отказ в психологической поддержке, нежелание возлагать свои проблемы на других и уверенность в том, что решения проблемы нет. Кроме того, особенно выраженным являлись беспокойство о последствиях раскрытия такой информации в виде госпитализации или нежелательного лечения. Ситуация усугубляется тем, что стигматизация и сокрытие сведений о суицидальности чревато повышением риска самоубийства [211].

Нет никаких сомнений в необходимости последующих усилий, направленных на проведение теоретического анализа и уточнение клинико-психопатологических и клинико-динамических особенностей депрессивных состояний и суицидального поведения, ассоциированных с соматическими расстройствами.

Известно, что при сочетанном течении соматического заболевания и депрессивного расстройства частота суицидов более высока, чем в общей популяции. Однако негативное влияние депрессии во многом связано не только с ухудшением качества жизни и суицидами, но и с сопутствующими соматическими проблемами. Для сравнения в популяции уровень депрессии достигает 5%, возрастает до 10% в случаях лиц, обратившихся за помощью по различным причинам, а 20% уровень депрессии связан с наличием тяжелых соматических расстройств. Также следует отметить, что формально психиатрический диагноз выставляется не в каждом отдельном случае наличия соматического заболевания [129]. Патоморфоз депрессивных расстройств при соматических заболеваниях заключается в доминировании маскированных или стертых форм, когда у пациентов преобладают алгические или соматические симптомы. Это, в свою очередь, существенно затрудняет диагностику как соматического заболевания, так и самой депрессии. Например, треть пациентов с депрессией обнаруживают жалобы психологического характера. При этом выявляемость депрессии у них может составлять 90%, а в случае наличия соматических жалоб выявление составляет в среднем около 47% [61].

Многочисленными исследованиями доказано наличие депрессивных расстройств в структуре заболеваний органов кровообращения. В частности, при ишемической болезни сердца, депрессивные расстройства констатировались от 40% до 54,4%, а риск смерти при наличии депрессии увеличивался в два раза. При этом у мужчин высокие показатели смертности ассоциировались с низкой самооценкой, нерешительностью и неудовлетворенностью, тогда как у женщин – с усталостью и наличием суицидальных мыслей. На наш взгляд, выявленные особенности вне зависимости от пола являются факторами суицидального риска [127]. При исследовании атипичической депрессии в структуре ИБС установлены высокие показатели (более 40%) психопатологической отягощенностью (алкогольная зависимость, расстройства настроения, случаи смерти в результате суицидов и несчастных случаев). Особенности поведения этих пациентов были маскированные (скрытые, социально приемлемые) варианты суицидального поведения. Авторы обратили внимание на латентные формы суицида, проявляющиеся в виде создания ситуации невозможности оказания помощи при увеличении физической нагрузки. То есть, данное поведение пациентов необходимо выявлять для оказания своевременной специализированной помощи и предотвращения случаев смерти [103]. В других работах отечественных авторов, ссылающихся на опыт зарубежных исследователей, приводятся интересные данные, свидетельствующие о высоком риске ранней смерти от ИБС у пациентов моложе 40 лет с де-

прессией и суицидальными попытками в анамнезе (в 3,7 и 7,1 раза, соответственно). Исследование может рассматриваться как валидное в виду наблюдения за больными в течение 15 лет [79]. Повышенный риск смерти в результате самоубийства отмечен у пациентов (анализировались медицинские документы больниц в сопоставлении с записями о регистрации смерти, охватывающими 47 354 696 человек в Англии) с впервые установленным диагнозом хронической ишемической болезни сердца. Частота самоубийств через шесть месяцев после постановки диагноза составила 11,0 на 100 000 человек, в то время как годовой уровень самоубийств составил 16,1 на 100 000 пациентов по сравнению с 8,8 на 100 000 соответствующих контрольных групп (суициденты без диагноза ИБС). Как указывалось выше, высокий риск самоубийства был в первые несколько месяцев, однако он был аналогичен таковому в контрольной группе на втором году после постановки диагноза [336]. Волнообразное течение суицидальной готовности можно объяснить острой реакцией на стресс, не исключая депрессивные и суицидальные состояния.

Депрессию рассматривают как часто встречаемое коморбидное состояние в структуре артериальной гипертензии, так как ее распространенность приближается к уровню распространенности АГ и варьирует в пределах от 5% до 57%, именно наличие депрессивной симптоматики в клинике гипертонической болезни обуславливает визиты к терапевтам – не менее 10% обращений [104]. Наряду с депрессивными симптомами и заниженной самооценкой у пациентов с легочной артериальной гипертензией также определялся высокий уровень риска самоубийства [308]. В целом заболевания органов кровообращения имеют наибольший суицидальный риск, сохраняющийся на протяжении длительного времени [79].

При сахарном диабете первого типа, сочетанном с депрессивной симптоматикой, суицидальные идеи и попытки фиксируются чаще, чем в общей популяции и среди больных другими хроническими соматическими заболеваниями [80]. Так, эпидемиологическое исследование в Швеции показало, что вероятность самоубийства у пациентов с сахарным диабетом в 3,4 раза выше по сравнению с населением в целом. Также установлено, что суицидальные действия чаще совершаются среди лиц с сахарным диабетом 1-го типа по сравнению с пациентами с диабетом 2-го типа [370]. Чаще больным с сахарным диабетом первого типа, коморбидным с депрессией, свойственен вид самоубийства в виде самоповреждающего поведения и злоупотребления (передозировки) инсулином [232]. Особенность сахарного диабета второго типа, сочетанного с депрессией, проявляется минимальной физической активностью, несоблюдением диеты, увеличением потребления сигарет,

меньшей приверженностью в приеме сахароснижающей терапии, гипотензивных и липидемических препаратов. Более того, большей выраженностью депрессивных симптомов при сахарном диабете второго типа обусловлено возникновение коматозных состояний, как гипо-так и гипергликемических кризов [39]. На наш взгляд, описанные выше модели поведения при сахарном диабете второго типа, могут рассматриваться как формы латентного суицидального поведения. В целом между сахарным диабетом и депрессивными состояниями существует двунаправленная связь. Другими словами, у пациентов с диабетом развивается депрессия из-за стресса, связанного с лечением заболевания. И, наоборот, депрессия обуславливает развитие сахарного диабета из-за психологических и психосоциальных последствий заболевания, микрососудистых поражений головного мозга, более высокого уровня глутамата, плохого гликемического контроля и несоблюдения режима лечения. Во всех случаях подчеркивается распространенность депрессии и риска самоубийства среди пациентов с сахарным диабетом обоих типов [224].

В 2020 году мировая общественность столкнулась с новой коронавирусной инфекцией, сопровождавшейся высоким уровнем депрессии и самоубийств у представителей разных возрастов и пола. В частности, обследование подростков в США показало, что среди 222 668 обращений 115 627 подростков (средний возраст 15,7, 50% женщины) риск депрессии и самоубийств увеличился в ранний период пандемии по сравнению с предпандемическим периодом (2,9 и 4,8; / 1,7, и 3,8). Риск депрессии вернулся к исходному уровню в конце пандемического периода, в то время как риск самоубийства оставался несколько повышенным (0,4, и 1,7) [228]. В то же время среди взрослых, риск самоубийства увеличивался не только за счет депрессии, большое значение также придавалось социально-экономическим факторам. Так канадскими исследователями установлено, что вероятность возникновения суицидальных мыслей была в 1,526 раза выше среди тех, кто сообщил о продолжающихся негативных последствиях социальной изоляции. Вероятность возникновения суицидальных мыслей после пандемии коронавирусной инфекции также была выше у тех, у кого ранее была диагностирована депрессия и в 1,627 раза выше для тех, у кого перед пандемией COVID-19 было диагностировано тревожное расстройство [277]. Другое крупное исследование показало, что тяжесть депрессивных расстройств позитивно коррелировала с одиночеством, женским полом, низким уровнем дохода, сопутствующими хроническими соматическими заболеваниями, повторным позитивным тестом на SARS-CoV-2, однако не были выявлены какие-либо взаимосвязи с возрастом. Вместе с тем, зафиксированы четыре случая незавершенных попыток

самоубийства пожилых людей, у которых были обнаружены тяжелые степени депрессии и тревоги [203]. Суицидальные самоповреждения, идеи, планы и попытки максимально проявлялись в период пандемии новой коронавирусной инфекции. При этом характерные составляющие для COVID-19 – чувства одиночества, страха, безнадежности, отчаяния, состояния тревоги, депрессии и стресса демонстрируют независимую связь с высоким риском самоубийства [311].

Большое внимание уделяется помощи людям, инфицированным вирусом иммунодефицита человека ввиду наибольшей распространенности у них депрессивных и суицидальных состояний, затрагивающих пациентов разных возрастных (чаще лица молодого возраста) категорий. При обследовании 1469 ВИЧ-инфицированных в возрасте 16-25 лет обнаружено, что симптомы тревоги, депрессии и потенциального суицидального поведения/членовредительства имели 33,1%, 44,3% и 15,0%, соответственно [237]. При этом в других работах у подобных пациентов отмечается более высокий удельный вес суицидальных мыслей (54%) в сочетании с депрессивными расстройствами. К настоящему времени программы профилактики суицидального поведения у больных с ВИЧ-инфекцией не разработаны. Однако наличие суицидальных мыслей свидетельствует о развитии иных форм СП. Более того, около 70% таких пациентов разными способами раскрывают свои суицидальные мысли перед совершением суицидальных действий. Авторами сообщалось, что депрессия и тревога прямо или косвенно потенцируют и усиливают суицидальные мысли у ВИЧ-инфицированных людей [404]. В свою очередь, суицидальные мысли, являясь предиктором последующих попыток суицида и завершеного самоубийства, увеличивают риск их реализации. Несмотря на то, что суицидальные мысли у данной категории больных фиксируются чаще, чем попытки и завершённые суициды, тем не менее, именно депрессия, с одной стороны, играет посредническую роль между суицидальными мыслями и суицидальными попытками. С другой стороны, повышение риска попыток суицида обусловлено депрессией, которая является ведущей причиной их актуализации. Рассматриваемое исследование является весьма глубоким, так как его охват составил 729 189 участников из 49 стран мира. Также нельзя не согласиться с мнением авторов работы, что изучение суицидального поведения с использованием широкого спектра глобальных научных исследований имеет значение для специалистов первичной медико-санитарной помощи, для последующего планирования тактики терапии, раннего выявления признаков СП и разработки профилактических стратегий предотвращения самоубийств [393].

Возрастающее число самоубийств ряд авторов связывают с заболеваниями кожи и коморбидными депрессивными состояниями. Подоб-

ные состояния наблюдаются в 30% случаев. Например, ламеллярный ихтиоз, атопический дерматит, акне в силу тяжелых поражений кожи лица и заметных частей тела сопровождаются потерей уверенности, чувством стыда, застенчивостью, низкой самооценкой, социальной изоляцией и дискриминацией, а также расстройствами эмоциональной сферы. Известно, что в случаях, в которые вовлечены социально-демографические и семейные факторы, а также психические состояния или заболевания, влияющие на внешний вид людей, соотношение совершенных суицидов к суицидальным попыткам составляет 1:10. Так, например, обнаружено, что депрессия сильно коррелировала с суицидальными мыслями и риском суицида у пациентов с ламеллярным ихтиозом по сравнению с контрольной группой (14,4 и 5,89 соответственно). При других кожных заболеваниях, уровень суицидального риска также был связан с депрессией. При гнойном гидрадените наблюдается повышенный риск завершеного самоубийства (1,4/1000), однако в большинстве случаев самоубийство связано с длительным периодом преднамеренности, а умеренный или высокий риск самоубийства имеют 21%. При этом суицидальные мысли у пациентов с акне фиксировались в 8,6–12,9% случаев. Депрессия у пациентов с атопическим дерматитом, помимо повышения уровня суицидальных мыслей, также увеличивала количество попыток суицида по сравнению с общей популяцией. При этом суицидальность в виде суицидальных мыслей, в частности при акне, атопическом дерматите и псориазе также выявлялась у детей и подростков [238, 257]. Кстати, распространенность суицидальных мыслей у детей и подростков, обусловленных депрессивными расстройствами, составляла от 0,45% (псориаз) до 67% (дисморфическое расстройство тела), суицидальных попыток – от 0,08% (псориаз) до 21,9% (акне). Суицидальный риск при кожных заболеваниях среди детей и подростков является сложным и мультифакториальным. При этом, что особенно важно, суицидальный риск сохраняет свою остроту вне зависимости наличия или отсутствия депрессивной симптоматики [231].

Отдельно стоит упомянуть проблему злокачественных новообразований в формировании и актуализации депрессивных расстройств и суицидального поведения. Уровень суицидальных мыслей среди людей, живущих с онкологическими заболеваниями, колеблется от 12,8% до 71,4%; частота попыток самоубийства – от 0,4% до 14,6%. При этом депрессия в структуре ЗНО отмечается в 50% случаев, а диагностируется лишь в 6,4% случаев [333]. У пациентов онкологического профиля в 25,9% случаев возникновение суицидальных мыслей было связано не только с депрессией, но и с феноменом деморализации, чувством одиночества и поздней стадией рака [315]. В период пандемии, у онкологических больных (обследовано 5670 человек) с депрессией и враж-

дебностью суицидальные мысли обнаруживались у 13,3%, суицидальные попытки – у 4,7% [316]. Как видно, ожидаемый рост суицидальности у онкологических пациентов во время пандемии коронавирусной инфекцией не подтвердился.

Сравнительное исследование показало (среди пациентов с раком простаты 3813 ранее страдали депрессией), что риск самоубийства был самым высоким в течение первого года после постановки диагноза, при этом у пациентов с раком простаты риск был в 1,70 раза выше по сравнению с мужчинами, не страдающими раком. Взаимосвязь депрессивных состояний с развитием суицидального поведения подтверждается тем, что мужчины с раком простаты и предшествующей депрессией имели в три раза повышенный риск самоубийства по сравнению с пациентами с раком простаты без депрессии в анамнезе (1,82–4,45) [273]. Пациенты с раком предстательной железы требуют глубокого и длительного контроля со стороны психиатров ввиду длительности сохранности депрессивности и риска суицидальной смертности. Было обследовано 180 189 мужчин с раком простаты. Озабоченность вызывает тот факт, что свыше 80% и имели высокий риск формирования и развития депрессии и более чем в два раза больший уровень смертности в результате самоубийства по сравнению с мужчинами без диагноза рака простаты. При этом главным является то, что указанные выше риски оставались высокими на протяжении 10 лет и более после постановки диагноза ЗНО. Другими словами, риски депрессии и самоубийства сохранялись вне зависимости от методов лечения и сроков диагноза рака простаты, а уровень смертности от самоубийств имел тенденцию к увеличению, коррелируя с продолжительностью течения заболевания [260]. Однако в другом крупном исследовании (37 527 мужчин) не было выявлено какой-либо статистической разницы в кумулятивной частоте самоубийств между больными раком простаты и мужчинами, не страдающими раком. Не было отмечено никакого влияния предыдущей депрессии на риск самоубийства. Тем не менее, риск самоубийства был самым высоким в течение первого года после постановки диагноза, при этом суицидальный риск у пациентов с раком простаты был выше в 1,70 раза по сравнению с мужчинами, не страдающими раком (1,11–2,59). Кроме того, авторы также констатировали, что мужчины с раком простаты и предшествующей депрессией имели в три раза более высокий риск самоубийства по сравнению с пациентами с раком простаты без депрессии в анамнезе [273]. По последним данным, распространенность депрессии и суицидальных мыслей среди пациентов с раком желудочно-кишечного тракта в 1,5–3 раза выше по сравнению с пациентами, страдающие другими видами ЗНО. Отмечено, что накопление депрессии и суицидальности происходит в связи с продолжительностью

ракового заболевания [254]. То есть наибольшие показатели депрессии и СП наблюдались у пациентов пожилого возраста, что, на наш взгляд, согласуется с концепцией коморбидности. Таким образом, прогрессирование заболевания, нарастание тяжелых соматических и психических нарушений, повышение показателей смертности, в том числе суицидальной, находится в реципрокных отношениях с возрастом пациентов.

Утверждается, что уровень депрессии и самоубийств высок среди людей, переживших рак молочной железы. Однако, как правило, самоубийство при раке молочной железы часто классифицируется как «другие причины смерти». До 20% депрессивных и деморализованных пациентов имели высокий риск самоубийства. Они также имели худшее качество жизни и качество сна, чем пациенты без депрессии [244]. Некоторые авторы акцентируют свое внимание на том, что наибольшим суицидальным риском обладают рак легких, желудка и головного мозга. Риск суицида у онкологических пациентов самый высокий в первые годы сразу после постановки диагноза рака, но он остается повышенным в течении более чем 15 лет по сравнению с показателями суицидов среди населения в целом. Доказанным считается, что смертность выше на 25% у пациентов с депрессивными симптомами, и на 39% выше у пациентов с диагностированными большим депрессивным расстройством или легкой депрессией. Однако подобная связь большого депрессивного расстройства с худшей выживаемостью была обнаружена не только среди онкологических больных, но и среди пациентов с другими соматическими заболеваниями, в особенности, с сердечно-сосудистыми [21]. Иными словами, группа онкологических пациентов является наиболее суицидоопасной, характеризующаяся пролонгированными депрессивными и суицидальными состояниями, и, соответственно, требует пристального внимания и мультидисциплинарного подхода.

Проведенный теоретический анализ проблемы депрессии и суицидального поведения, ассоциированного с соматическими заболеваниями, показал ее актуальность. В тоже время работ в этом направлении недостаточно. Остаются не до конца ясными механизмы суицидогенеза в связи с депрессивными состояниями пациентов соматического профиля.

Депрессии и суицидальное поведение, ассоциированные с соматической патологией, являются неспецифичными и обнаруживают психопатологическую и клиническую неоднородность и мультифакториальную обусловленность. При этом клиническая картина депрессии и суицидального поведения находится в зависимости от возраста, пола, вида заболевания, его стадии и продолжительности течения. Патоморфоз депрессивных расстройств при соматических заболеваниях заключается в доминировании маскированных или стертых форм.

Депрессия является состоянием, влияющим на повышение показателей смертности и смертности от суицидов в структуре соматических расстройств. При сочетанном течении депрессии и соматического заболевания частота суицидальных тенденций варьирует от 0,4% до 67%.

Таким образом, требуется дальнейшее изучение вопросов диагностики, клинико-психопатологических и клинико-психологических особенностей депрессии и суицидального поведения, а также терапии и оценки эффективности профилактических программ по превенции депрессивных и суицидальных состояний, ассоциированных соматическими заболеваниями.

ГЛАВА 7. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И КОМОРБИДНЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В последнее время отмечается широкое распространение и рост коморбидной соматической патологии, которая существенно меняет классическую клиническую картину, характер течения, сопровождается увеличением количества осложнений, снижением функциональных возможностей и качества жизни пациентов и ассоциируется с повышенным риском смертности [471]. Феномен коморбидности (нам импонирует точка зрения, рассматривающая коморбидность как любую отдельную нозологическую форму/единицу, существовавшую, существующую или которая может появиться в ходе клинического течения индексного (исследуемого) заболевания у пациента) является повседневной клинической реальностью, определяющий необходимость глубокого детального изучения [51]. Коморбидные состояния варьируют в пределах от 3% до 82%. При этом у лиц в возрасте от 40 до 64 лет распространенность составляет 30%, от 64 до 85 лет - 65% и в группе от 85 лет и старше - 82% [473]. Известно, что риск смерти у пациентов с двумя заболеваниями равен 5 - 10%, с пятью и более — возрастает до 70 - 80% [170]. Так, например, среди пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, сочетанной с сердечной недостаточностью, летальность, включая и другие причины, возрастает на 7-31%, по сравнению с пациентами без сердечно-сосудистых заболеваний [426]. Весомым аргументом значимой роли коморбидных состояний в увеличении показателя летальности является высокая частота сочетанных заболеваний умерших пациентов с новой коронавирусной инфекцией: гипертоническая болезнь (98,9%), цереброваскулярная болезнь (96,9%), ишемическая болезнь сердца (83,9%), хронические болезни почек (96,7%), сахарный диабет второго типа и фибрилляция предсердий - по 42,2%, ожирение (36,6%) [29].

Все большее внимание научной общественности и медицинских работников привлекает проблема изучения самоубийств у пациентов с сочетанной соматической патологией. Суицидальное поведение у пациентов с хроническими заболеваниями наблюдалось в 90,0% случаев, при сопутствующей патологии - в 74,6%, соответственно [377]. В тоже время имеется существенный пробел в изучении СП у больных с коморбидной соматической патологией, так как акцент исследований направлен на изучение феномена суицидального поведения у больных, имеющих один терапевтический диагноз. Думается, это обусловлено отсутствием единых методологических подходов в определении причинно-следственных связей между суицидальностью и соматическими

заболеваниями. Отметим, что, как правило, интернисты не владеют достаточными знаниями по диагностике суицидальных тенденций, а, соматические больные характеризуются большей закрытостью в отношении жалоб суицидального характера. Понимая обширность термина «коморбидность», автор настоящей работы ограничился исследованием феномена суицидального поведения пациентов с соматическими коморбидными состояниями.

Согласно концепции коморбидных состояний, на начальных стадиях болезни формируется синдром коморбидности у лиц молодого и среднего возрастов. Результат суммарного накопления коморбидности и период яркой клинической манифестации начинает проявлять себя соответствующим образом в пожилом возрасте (61-75 лет) [51]. Коморбидность рассматривается как маркер ускоренного старения [128]. Логично ожидать взаимосвязь увеличения количества соматических расстройств с продолжительностью жизни пациента, а, следовательно, повышения риска суицидальности с актуализацией суицидальных форм поведения. Косвенным подтверждением возрастной аккумуляции коморбидности и суицидальной активности являются данные, свидетельствующие о количестве пациентов с суицидальным поведением в молодом и среднем возрасте. Например, в Европе самые высокие показатели суицидов были среди молодых людей в возрасте от 24 до 34 лет, в Пакистане - 43,1% и Египте - 48,0% - в возрасте от 20 до 39 лет [187]. В России (2020 г.), средний возраст добровольно погибших мужчин варьировал от 20 до 24 лет, женщин - от 30 до 34 лет и от 50 до 54 лет. Однако с 2016 по 2019 гг. наибольшая суицидальная смертность среди лиц обоих полов приходилась именно на группу от 60-ти лет и старше, что, по-видимому, обусловлено более высокими показателями коморбидной соматической патологии [105]. Иными словами, омоложения коэффициента смертности среди мужского населения должно сигнализировать о необходимости срочной профилактики последующего ухудшения ситуации. Изучение сопутствующей соматической патологии пациентов (средний возраст – $43,6 \pm 17,9$ и $44,3 \pm 18,0$ лет) основных (341 человек) и контрольных (190 человек) групп выявило следующие особенности. В основной группе (с суицидальными попытками) чаще, по сравнению с контрольной группой (с суицидальными высказываниями) отмечались в анамнезе черепно-мозговые травмы, острые нарушения мозгового кровообращения, патология сердечно-сосудистой системы, сифилис и другие венерические заболевания. Тем не менее, различия между данными группами также не достигали статистически достоверного уровня [161]. Кстати, названы основные факторы риска повторных и неоднократных суицидальных попыток: женский пол, средний возраст; также относят мужской пол и пожилой возраст у женщин. Есть мнение, что не существует различий

между полами и суицидальный риск высок для возраста от 50 до 70 лет и старше [131, 453]. В результате теоретического анализа проблемы СП (25 работ, выполненных в 19 странах на общем материале 77890 суицидов), определены факторы суицидального риска: множественные хронические соматические расстройства, женский пол, совершенные попытки и завершённые самоубийства в семье. Поэтому лечение сопутствующих заболеваний должно быть приоритетным в стратегиях профилактических программ самоубийств [447]. Иными словами, вне зависимости от половой принадлежности, обнаружен средний возраст людей как наиболее суицидоопасный период жизни.

Следует отметить работы, подтверждающие факт присутствия отягощенного соматогенного фона у детей и подростков, совершивших суицидальные попытки. В одном исследовании приводились данные, в которых число случаев завершённых самоубийств лиц до 19-ти лет составило 70% случаев, 63% случаев смерти произошли через повешение. При этом проблемы с физическим здоровьем, требующих медицинской помощи испытывали 76,6%. Кроме того, использование Интернета в целях самоубийства было зафиксировано в 23% случаях. За неделю до смерти 10% человек причинили себе вред, а 27% выразили суицидальные мысли. Респираторным заболеваниям (10%) сопутствовали дерматологические проблемы (11%). Справедливо отмечено, что оценка и коррекция суицидального поведения пациентов соматических стационаров может иметь значительный медико-социальный эффект [81]. На наш взгляд, устоявшаяся точка зрения в концептуальном понимании феномена коморбидности требует методологического и клинического переосмысления. Так как полученные выше результаты не подтверждают роль коморбидности в актуализации суицидального поведения только у лиц старшего и пожилого возраста. Косвенно это иллюстрируется эпидемиологическими данными по распространенности СП. Пик суицидальной активности во всем мире (охват 90 стран) приходится на возраст от 13 до 18 лет [118, 242], в России более трети – дети и подростки до 18 лет [208]. Мы солидарны с мнением некоторых авторов, что невозможно объяснить высокую распространенность сочетания заболеваний только их математическим сложением с увеличением возраста [51]. Вероятно, разброс показателей обусловлен сбором данных с опорой на статистику скорпомощных и психиатрических больниц, тогда как значительная часть остается за «рамками» необходимой помощи [187], хотя по суицидальному поведению, например, только в 2024 году в отечественной системе научной электронной библиотеке Elibrary.ru опубликовано 632 научных работ. Несмотря на то, что от 26% до 68% пациентов с завершёнными суицидами обращались к врачам общей практики в течение месяца перед самоубийством, суицидальные намерения продолжают оставаться нераспознанными, так как суицидальные тенденции, как пра-

вило, являются завуалированными психосоматическими или аффективными жалобами [154, 428]. Кроме того, самые сильные корреляционные связи с суицидом показали коморбидные расстройства и факторы риска, связанные с поведением [188].

Не вызывает сомнения факт, что смертность от болезней органов кровообращения остается лидирующей в структуре смертности других заболеваний, при этом определенный вклад в общую смертность вносят сопутствующие заболевания (13%) [94]. Высокая распространенность указанных заболеваний сопряжена с приемом препаратов, действующих на систему кровообращения (β -адреноблокаторы, гипотензивные и противоаритмические средства, блокаторы медленных кальциевых каналов и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента) с суицидальной целью. Частота намеренных самоотравлений варьирует от 5% до 11%, тогда как летальность составляет до 6,5%, тяжелая сопутствующая соматическая патология у этих пациентов отмечена у 60%, эти болезни сами по себе связаны с риском возникновения и хронификации депрессии и суицидального поведения [145]. Доказанным считается, что каждый десятый пациент, госпитализированный в кардиологический стационар с хронической ишемической болезнью сердца, имел антивитаальные переживания, пассивные или активные суицидальные мысли. Тогда как обращаемость к психиатрам составила лишь 18,2% [45]. У пациентов, прошедших процедуру переливание крови, кардиологические расстройства (гипертония, ишемическая болезнь сердца, застойная сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий) сочетались с другими сопутствующими заболеваниями (хроническая обструктивная болезнь легких, заболевания периферических сосудов, диабет, и ряд других терапевтических и психиатрических расстройств). В этой группе больных был выявлен высокий риск самоубийства [482]. Несомненно, кардиологические пациенты требуют более пристального внимания со стороны специалистов непсихиатрического профиля в виду существенной разницы мотивов употребления препаратов с намеренной суицидальной целью или случайными отравлениями.

Не менее значительную группу высокого суицидального риска составляют пациенты, страдающие болезнями органов дыхания в сочетании с другими соматическими расстройствами. В половине случаев наблюдений за больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, имело место наличие нескольких инфекций одновременно, в равной степени приведших к смерти, также были либо отдельные оппортунистические инфекции (кандидоз, пневмоцистная пневмония, токсоплазмоз), либо онкологические расстройства. Обращает на себя внимания образ жизни пациентов, который являлся причиной летальных исходов, а именно: отравление наркотическими средствами и несчастные

случаи, цирроз печени, развивающийся в результате злоупотребления алкоголем, гепатит С, заражение которым происходило при внутривенном введении наркотических веществ. Более того, при коморбидном течении туберкулеза и ВИЧ-инфекции, пациенты пренебрегали лечением в виде отказа от проведения антиретровирусной терапии, и не регулярного приема препаратов [200]. В след за некоторыми авторами, мы также полагаем, что модели подобного поведения являются формами скрытого или латентного суицидального поведения [58]. Обследование с охватом 8770 участников, показало, что от 2,2% до 8,4% всех смертей от туберкулеза были связаны с самоубийством: суицидальных мыслей за последний год заболевания было 8,5%, суицидальных попыток - 3,1%, по истечении двух лет заболевания, самоубийства были зарегистрированы у 0,92% больных туберкулезом. Факторная обусловленность была связана с суицидальностью у лиц женского пола. Также выявлены другие факторы суицида: повторное лечение туберкулеза, сопутствующая ВИЧ-инфекция, наличие другого хронического соматического заболевания, психологический стресс и сопутствующие психические заболевания [347]. Думается, что туберкулез вне зависимости от его течения как единственного заболевания или в сочетании с другими соматическими расстройствами, обладает суицидогенным потенциалом. То есть, коморбидные состояния могут выступать как дополнительные факторы суицидальности. В психологическом статусе больных туберкулезом прослеживаются идеи самообвинения, самоуничижения, повышается суицидальная готовность. В дальнейшем это приводило к формированию негативного отношения к заболеванию, врачебным рекомендациям, нарушению приверженности лечению [62], что, на наш взгляд, есть не что иное, как проявления скрытого суицидального поведения. Кстати, имеются исследования по взаимосвязи гриппа В и суицидального риска [282]. Соматические заболевания, особенно в их коморбидных соотношениях (обструктивные заболевания легких, кардиологические расстройства, инсульт и онкологические заболевания) повышают риск самоубийства. Однако это проблема остается не решенной, и в какой-то мере недооцененной в отношении ее серьезных последствий [424].

Накопленный опыт медико-биологических и психологических исследований по пандемии COVID-19 показал связь этой инфекции с коморбидной соматической патологией и ростом показателей суицидального поведения. Детальный теоретический анализ проблемы суицидального поведения пациентов, инфицированных коронавирусной инфекцией, выявил высокий удельный вес самоповреждений и суицидальных мыслей: от 17% до 66%. Львиная доля суицидальных форм аутоагрессии приходилась на детей, подростков и молодых людей

в возрасте от 10 до 24 лет [17]. Во время эпидемии атипичной пневмонией в Гонконге уровень самоубийств ненадолго возрос среди людей в возрасте старше 65 лет, преимущественно среди лиц с более тяжелыми физическими заболеваниями [300]. Приводится клинический случай пациента, инфицированного COVID-19, совершившего попытку самоубийства посредством приема 10-15 таблеток баклофена одновременно. Помимо диагноза атипичной пневмонии, у него констатированы гипертония, сахарный диабет, ожирение и грыжевое выпячивание шейного отдела позвоночника [388]. Также обнаружено, что многие пациенты, выжившие после COVID-19, испытывали длительные стойкие соматические жалобы: кашель, усталость, одышка и боль, после выздоровления от первоначального заболевания. Высказано предположение, что постковидный синдром усиливает суицидальные мысли и попытки у этой категории пациентов [369]. В других исследованиях связи суицидальных мыслей с наличием соматических заболеваний не выявлено [113]. Вероятно, что статистические и иные клинические интерпретации относительно СП у пациентов с атипичной пневмонией, особенно в сочетании с другими соматическими заболеваниями, должны формулироваться весьма осторожно. Это связано рядом обстоятельств. Во-первых, COVID-инфекция остается еще малоизученной как вследствие временных параметров, так и неясности других клинических составляющих: патогенеза, клиники, течения, исходов и последствий. Во-вторых, это заболевание имеет волнообразное течение, следовательно, динамика суицидальной активности будет различной и выявить доминирующий тренд или сезонные колебания весьма сложно. И, наконец, в-третьих, до настоящего времени нет единой методологии по сбору информации и клиническому анализу феномена суицидального поведения. Кроме того, работ по изучению СП пациентов COVID-19 с соматической коморбидностью значительно меньше, по сравнению с исследованиями суицидентов, страдающих только атипичной пневмонией.

Заболевания желудочно-кишечного тракта рассматриваются как потенциально суицидоопасные состояния. Суицидальные мысли выявлены у 15% пациентов с множеством расстройств желудочно-кишечного тракта. Клинически эти пациенты сообщали о более высокой распространенности подтипа диареи синдрома раздраженного кишечника ($P = 0,045$), недержания кала ($P = 0,020$) и затрудненного акта дефекации ($P = 0,005$), тяжести запоров, вздутии живота и боли в животе ($P < 0,001$ по всем шкалам) [438]. Другие исследователи полагали, что у пациентов с диагнозом «Рак пищеварительной системы» обнаруживается высокая сочетанная смертность, как от суицида, так и от сердечно-сосудистых причин [432]. Анализ литературных данных показал, что подавляющее большинство работ посвящено изучению суицидального поведения

у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта либо как единственная нозология, либо в рамках онкологического расстройства, например рака желудка, кишечника. Вместе с тем, исследований по суицидальной активности у пациентов с заболеваниями органов пищеварения, сочетанных с другими соматическими расстройствами практически нет.

Заболевания кожи и сопутствующая им патология также сопряжены с риском самоубийства. В период с 2014 по 2016 год в Англии из общего числа 922 смертей в результате самоубийства среди обследованных в возрасте до 25 лет было зарегистрировано пять случаев самоубийства среди детей в возрасте до 13 лет. Сопутствующие дерматологические и респираторные заболевания были одними из наиболее распространенных факторов суицидального риска (9%) [231]. Прямо указывается, что такие сопутствующие соматические расстройства как рак, диабет, сердечно-сосудистые заболевания являются предрасполагающими факторами риска суицида у пациентов с кожными болезнями [381]. Следует отметить, практически отсутствуют исследования по суицидальному поведению пациентов дерматологического профиля в связи с соматическими коморбидными состояниями.

Что касается соматического здоровья детей и подростков, то сопряженными с суицидальным поведением были следующие психосоматические нарушения: нарушения пищеварения, вегетососудистая дистония, нарушения дыхания, расстройства сна, психогенные головные боли и головокружение. При этом главенствующим фактором суицидального риска выступали приступы негативных переживаний и осознание своей беспомощности перед непонятными и пугающими жизненными проблемами [208]. Подчеркивалось, что при изучении феномена СП, особенно в части суицидальных попыток следует учитывать не только психологические и социально-психологические, но и психосоматические, и соматопсихические взаимовлияния при оценке его особенностей. Взаимосвязь физического здоровья (физические нагрузки, участие в занятиях спортом на открытом воздухе, здоровое питание, продолжительный сон, сведение к минимуму курения и потребление алкоголя) и риска самоубийства подтверждается исследованиями, в которых здоровый образ жизни способствует снижению уровня суицидальных мыслей и намерений [205].

Пристального внимания заслуживает проблема суицидального поведения в структуре онкологических заболеваний с сочетанной соматической патологией. Роль коморбидных состояний в актуализации суицидальности у онкологических пациентов подтверждается исследованиями, в которые были включены 152061 больных. Установлено, что совокупная частота суицидального поведения или самоповреждения в те-

чение одного года составила 717,48 на 100 000 человеко-лет. В целом, тяжесть онкологической патологии, наличие в анамнезе суицидального поведения или самоповреждений, сахарный диабет и гипертоническая болезнь были связаны с риском суицидального или самоповреждающего (членовредительство) поведения. Предшествующие сопутствующие психиатрические заболевания не были связаны с суицидальным риском или самоповреждениями [320]. У больных раком предстательной железы последующее повышение риска суицида было обусловлено особенностями лечения, ухудшающимся соматическим статусом, прогрессирующей анемией и хроническим болевым синдромом [84]. В специальной литературе приводится клинический случай, в котором 89-летний онкологический пациент совершил покушение на самоубийство (выпил бутылку технической жидкости «Крот» для прочистки канализационных труб). Из сопутствующих заболеваний диагностирован атеросклероз аорты, сосудов сердца и головного мозга. Пациент совершил попытку самоубийства, так как потерял всякий интерес к жизни, утратил надежду на выздоровление и устал жить в полной зависимости от других, обременяя своей немощью жизнь членов семьи [198]. Вместе с тем, не подтвердилось устоявшееся мнение о том, что суицидальный риск возрастает с продолжительностью заболевания, то есть максимальные показатели суицидальности должны наблюдаться у лиц пожилого возраста. В Гонконге за период 2012 – 2016 гг. был проведен анализ документации 458 больных раком, покончивших собой с 766 сопоставимых контрольных случаев. Обнаружено, что у пожилых пациентов онкологического профиля, имеющих сопутствующие соматические заболевания, вероятность самоубийства была ниже. Авторы пришли к заключению, что наличие других соматических заболеваний у этих пациентов обусловило получение улучшенного ухода и поддержку от медицинских работников и близких родственников [460].

Нельзя не согласиться с точкой зрения зарубежных авторов, что хотя исследований по связи суицидального поведения с коморбидной соматической патологией недостаточно, однако существуют убедительные доказательства взаимоотношений между соматическими симптомами и связанными с ними расстройствами с суицидальными мыслями и попытками самоубийства. Требуется развитие будущих исследований в этом направлении для более полного выяснения потенциальных уникальных факторов риска для лиц, страдающих сочетанными, а, соответственно сложными соматическими расстройствами [479]. Важность изучения соматической, в том числе коморбидной патологии в развитии и актуализации суицидальных форм поведения подтверждается активным поиском и разработкой руководств для специалистов общей практики и психиатров [314].

Таким образом, требуется проведение глубоких и масштабных исследований с большим количеством пациентов, применение унифицированных методов диагностики и обработки информации в отношении клинических проявлений суицидального поведения (мысли, попытки и завершённые суициды).

ГЛАВА 8. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПОЛИМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Актуальность проблемы сочетания соматических и психических заболеваний связана не только с их большой распространенностью, но и с их негативным взаимовлиянием. Так, если общая смертность и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний вызывают почти 50% всех смертей, то, по имеющимся литературным данным, смертность от всех причин у пациентов психиатрического профиля в 2-3,5 раза выше, чем в общей популяции [338]. Проблема сочетания и взаимовлияния соматических и психических расстройств обусловлена тем, что помимо всех негативных составляющих мультиморбидности (нам импонирует концепция, рассматривающая феномен полиморбидности как наличие двух или более заболеваний, которые могут и не находиться в причинно-следственной связи, то есть это более широкое понятие, ориентированное на весь комплекс заболеваний пациента, а не на одно «основное» заболевание), она (полиморбидность) сопряжена с высоким уровнем самоубийств. Известно, что у пациентов с полиморбидными соматическими и психическими заболеваниями вероятность преждевременной смерти более чем в два раза выше, чем у пациентов без таких сопутствующих заболеваний, и более чем в пять раз выше вероятность смерти от самоубийства [469]. Если смертность по причине самоубийства соматических пациентов варьирует в широких пределах от 1,9% до 90%, то при психических расстройствах – от 3% до 90% [18]. Проблема мультиморбидности для России является наиболее актуальной, так как частота мультиморбидности среди лиц в возрасте 50 лет и старше варьирует от 45% до 72%, самая высокая распространенность полиморбидности отмечена в России (71,9%), а самая низкая — в Китае (45,1%) [189]. Исходя из концепции полиморбидности, можно предположить, что взаимовлияние и взаимозависимость соматической и психической патологии будут существенно влиять на рост суицидальности пациентов с полиморбидными состояниями. Так, например, корейскими исследователями было проведено сопоставление данных между реестром смертей и отчетами Национального медицинского страхования страны. Самоубийства ($n = 64\ 099$) фиксировались у пациентов с хроническими заболеваниями (90,0%) и сопутствующей патологией (74,6%). При этом психические и поведенческие расстройства показали самый высокий риск самоубийства, за ними следовали сердечно-сосудистые заболевания. Среди пациентов с патологией пищеварительного тракта (гастрит и дуоденит), суицидальное поведение наблюдалось в 68,1% случаев. Яркой иллюстрацией вышеизложенных

фактов служат работы зарубежных авторов, в которых установлены сильные корреляционные связи между суицидом и полиморбидными расстройствами (как психические, так и физические) и факторы риска, связанные с поведением [447]. Вызывает озабоченность то обстоятельство, что уровень обращения за медицинской помощью до самоубийства остается высокий до 95,0%, а уровень обращения за неделю до самоубийства - 43,5% [295]. Тем не менее, суицидальность у таких пациентов остается нераспознанной. С одной стороны, это свидетельствует об отсутствии четких критериев диагностики суицидальных тенденций у пациентов соматического и психиатрического профиля в целом, и у пациентов с полиморбидностью, в частности. С другой стороны, лицам с СП свойственно скрывать факты наличия суицидальных мыслей, намерений, планов, а также совершенных попыток. Так анализ почти 100 научных работ на общем материале более миллиона человек показал, что менее половины испытуемых (45,9%) делились своими мыслями и планами с другими, то есть пациенты лишались возможности получить психиатрическую помощь. Главенствующими причинами данной ситуации были: стигматизация, чувство стыда, боязнь оказаться отвергнутыми или отказ в психологической поддержке, нежелание возлагать свои проблемы на других и уверенность в том, что решения проблемы нет. Кроме того, особенно выраженным являлись беспокойство о последствиях раскрытия такой информации в виде госпитализации или нежелательного лечения.

Обращает на себя внимание феномен «фиксации» и развития суицидального поведения у пациентов с полиморбидной патологией, при этом суицидальное поведение с развитием полиморбидной патологией приобретает свои особенности, например, в способах реализации суицидальных действий. Так по данным официальной статистики, с 2008 по 2018 г. в России частота суицидов среди лиц 60–64 лет составила 12,9 случаев на 100 тыс. лиц данного возраста. В дальнейшем этот показатель увеличивался каждые пять лет, достигнув величины 25,7 случаев на 100 тыс. лиц старше 85 лет (двукратный рост). А способами суицидальных попыток пожилых лиц являлись редкие, нетипичные в сравнении с лицами работоспособного возраста: колото-резаные ранения, преднамеренное падение с высоты, самоповешение, самоповреждения пламенем и глотание с суицидальной целью инородных предметов. Опасность этих способов заключается в усугублении течения постсуицидального периода и усиленной актуализации суицидальных тенденций [85]. Иное отличие у пациентов этой группы наблюдалось в виде высокого удельного веса суицидальных отравлений (61%) в сравнении со случайными отравлениями (39%) [78]. Несомненно, требуется глубокое понимание данной проблемы специалистами непсихиатрического

профиля. Авторы акцентировали, что одним из способов диагностики суицидальных мыслей являются прямые вопросы о них; такие вопросы не усиливают дистресс и не повышают вероятность суицидальных мыслей или суицидального поведения [287].

Резюмируя приведенные сведения, можно говорить о том, что, несмотря на наличие определенных результатов, проблема суицидального поведения в сочетании с полиморбидностью к настоящему времени остается не до конца решенной. Имеется существенный пробел системных теоретических работ в этом направлении. К сожалению, в силу имеющейся узкой специализации специалиста, фокус лечебной тактики направлен на конкретную патологию. Иными словами, снижается возможность целостного соматического и психиатрического видения организма и понимания психологических особенностей больного, его мировосприятия и отношения к болезни, аффективных нарушений, приводящих к депрессии и актуализации суицидального поведения. В дальнейшем это неблагоприятно влияет на качество жизни и дальнейший прогноз больного, способствует росту полипрагмазии, что усложняет лечение основного заболевания.

В Российской Федерации на показатели смертности потребление алкоголя и курение влияют в 11,9% и 17,1%, соответственно. Тогда как соматические заболевания и состояния вносят больший вклад: артериальная гипертензия (35,5%), повышенный уровень холестерина (23%), недостаточное потребление овощей и фруктов (12,9%), ожирение (12,5%) и низкая физическая активность (9%) [156]. В мировом масштабе распространенность полиморбидности варьирует от 14 до 98,8%. Риск смерти коррелирует с количеством сопутствующих расстройств: с двумя заболеваниями он равен 5–10%, с пятью и более риск возрастает до 70–80% [171, 239]. Не лишним смысла является потребность в проведении более глубоких исследований по обнаружению механизмов возникновения соматических заболеваний у лиц с тяжелыми психическими заболеваниями (на наш взгляд, и суицидальными состояниями) в связи с высоким риском смерти от инфекций, таких как грипп и пневмония, респираторные инфекции [468].

Важно отметить роль полиморбидной патологии в усугублении и утяжелении течения основного заболевания, что сопровождается патоморфозом клинической картины, как основного, так и сопутствующего заболевания, полиморбидность выступает как независимый фактор риска летальности. Кроме того, в организационном аспекте неразработанными остаются единые международные клинические рекомендации по ведению этой группы пациентов, сложности имеются по разработке мер профилактики. Это объясняется традиционным ориентиром на монозологические терапевтические стратегии [34].

Актуальность проблемы обусловлена полученными фактами влияния психических расстройств на утяжеление клиники соматических заболеваний и, наоборот. Это побудило некоторых современных авторов к формированию единой терминологии и признания двунаправленных отношений с возможностью отказа от дихотомии между психическими и соматическими расстройствами [267]. Значимость влияние соматической полиморбидности в генезе суицидального поведения иллюстрируется весам масштабными исследованиями. В частности, результаты переписи 1 196 364 взрослых (в возрасте 18 лет и старше) населения Северной Ирландии показали следующее. Мультиморбидность была обнаружена у 13,7%, а ограничение повседневной активности у 25,4% респондентов. При этом смертность в результате полиморбидности составила 51 672 человека, а смертность вследствие суицидов – 877 человек. Однако в качестве главенствующего фактора суицидального поведения выступало ограничение активности, а не количество соматических расстройств [342]. В других исследованиях связи между физической активностью и актуализацией суицидальных форм поведения среди пациентов с психическими расстройствами или смертями от самоубийств среди пациентов с соматическими расстройствами не обнаружено [267]. Были предприняты попытки по определению риска самоубийства среди людей с соматическими заболеваниями (первая группа), во вторую группу вошли лица с психическими заболеваниями, и в третью – обследуемые с мультиморбидностью. Положительная связь суицидальных мыслей была выявлена у представителей второй и третьей групп [477]. Сочетанное течение шизофрении и соматического расстройства также способствует формированию завершеного самоубийства. Несомненно, что суицидальные проявления при шизофрении обусловлены манифестацией психотической симптоматики. Усугублению состояния способствует отягощенность соматоневрологической, психической и наркологической патологией. Поэтому этим пациентам свойственен весьма опасный, редкий и вычурный способ самоубийства, например посредством взрыва бытового газа [135]. Имеется противоположная точка зрения, в которой декларируется наличие суицидального риска у пациентов соматического профиля без диагностируемых психических расстройств. Более того, для улучшения ситуации по суицидальной превенции предлагается внедрить специальную подготовку по суицидологии для терапевтов и хирургов [371]. Тревожным моментом является намеренность суицидальных действий в виду накопление соматических заболеваний, как отдельно, так и при полиморбидности, инвалидности, жизненных событий и потерь. Другими словами, происходит своего рода отказ от жизни, и самоубийство приобретает характер рационального [262]. Следует признать факт, указывающий на неспец-

ифичность проявлений полиморбидных соотношений, исследования часто носят эпидемиологический характер. Предлагаемые классификации психических расстройств, сочетанных соматической патологией не являются надежным инструментом в формировании алгоритма диагностики полиморбидных состояний. Безусловно, это создает терапевтические трудности, прежде всего для специалистов общемедицинской практики. Неоднозначно мнение по поводу связи суицидального поведения и наличия полиморбидности. В одном исследовании пациенты были поделены на четыре групп: отсутствие полиморбидных заболеваний, сопутствующая соматическая патология, коморбидность психическими расстройствами и мультиморбидность (сопутствующие соматическая и психическая патология). Смертность у пациентов с сопутствующей соматической патологией была незначительной, у пациентов с сопутствующей психиатрической патологией или мультиморбидностью смертность была также значительно ниже, чем у обследованных без какой-либо коморбидности. Тем не менее, авторы акцентируют свое внимание на внедрение программ профилактики суицидального или самоповреждающего поведения у пациентов с полиморбидностью соматическими и психическими заболеваниями [450].

Высокий уровень полиморбидности (до 95%) фиксируется у пациентов с заболеваниями системы кровообращения [68]. Особенность тяжести течения полиморбидных состояний связана с наличием сопутствующих соматических и психических расстройств. Так в одном зарубежном исследовании, охватывающий период 1994–2004 гг., было установлено, что у 56,7% пациентов с ишемической болезнью сердца также наблюдались сахарный диабет (24,8%) и психические расстройства (14,3%) [140]. У пациентов с ИБС фиксировалась полиморбидность атипичной депрессией (42,0%), алкогольной (22,1%) и никотиновой зависимостью (28,6%). В литературе имеется устоявшаяся точка зрения о преобладающей роли алкоголя в кардиологической смертности. Нами этот факт не отрицается, однако оценка этой смертности должна проводиться весьма осторожно. Так, например, в проеденном анализе более чем 20 тыс. случаев смерти в возрасте 15-ти лет и старше в Барнауле в 1990–2004 гг. получены результаты, в которых у значительной доли умерших, смерть была вызвана прочими или неклассифицированными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Биологические исследования подтвердили наличие летальных либо потенциально летальных концентраций этанола в крови. На основании результатов связь между чрезмерным употреблением алкоголя и преждевременной смертности подтвердилась. В тоже время многие случаи смерти, связанные с алкоголем, ошибочно были отнесены к заболеваниям системы кровообращения [99].

Следующий момент касается связи сердечно-сосудистых и психических заболеваний в актуализации суицидальной активности. Так, количество смертей по причине болезней сердца при шизофрении превышает количество общих случаев самоубийств. К сожалению, пациентам психиатрического профиля реже предлагается кардиологическое обследование и кардиологическое лечение, чем людям без психических расстройств. Остается дискуссионным вопрос этой связи, обусловленной либо стигматизацией и предвзятостью медицинских работников, либо низкой мотивацией самих пациентов в лечебно-реабилитационном процессе [176]. Известно, что сочетанное течение кардиологических и аффективных расстройств, варьирует в пределах от 18 до 60%. Более того, именно заболевания сердца обуславливают развитие нарушений депрессивного спектра с дальнейшим утяжелением последних, повышая суицидальный риск. В то время как назначение антидепрессантов в целом улучшает прогноз кардиологического заболевания и выживаемость [35]. Иллюстративны результаты наблюдения за 5750 участниками с тревогой, перенесшими инфаркт миокарда. Была доказана высокая вероятность развития серьезных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, летального исхода от всех причин, включая суицид (стандартизированный показатель встречаемости — 64,05) [54]. Суицидальность остается высокой при сочетанном течении биполярного аффективного расстройства (БАР) и сердечно-сосудистых заболеваний. Не отрицая высокий уровень суицидальной смертности при БАР, не меньший вклад в смертность привносят заболевания системы кровообращения, и, к сожалению, риск развития кардиологических расстройств при БАР серьезно недооценивается [120]. У пациентов артериальной гипертензией с полиморбидной патологией также обнаруживалась тревога и депрессия, существенно снижающие качества жизни пациентов [171]. Следует упомянуть, что заболевания органов кровообращения и их сочетанное течение были связаны как с повышенными шансами попыток самоубийства, так и с повышенным риском планирования самоубийства среди подростков [261].

Согласно отчетам служб неотложной помощи, препараты, влияющие на сердечно-сосудистую систему, находятся на втором месте, которые применяются с суицидальной целью. Показательно то, что в 87,5% случаев диагностирована полиморбидная соматическая патология сердечно-сосудистого генеза [45]. Высокая, по сравнению с другими заболеваниями ассоциация сердечно-сосудистой патологии с психическими расстройствами является особенностью феномена мультиморбидности, хотя нет прямых доказательств связи сердечно-сосудистых заболеваний и суицидального поведения. Ряд исследователей относили прием гипотензивных средств к определенному виду суицидальной

активности. Иными словами, прослеживается поведенческая составляющая индивида в реализации преднамеренного самоотравления и не носит характера пренебрежения режима приема препаратов [145]. В 55,4% смертельных случаев по причине суицида у погибших со стороны сердечно-сосудистой системы фиксировались множественные заболевания системы кровообращения (хроническая ишемическая болезнь сердца, кардиосклероз, миокардиодистрофия, цереброваскулярная болезнь и др.). При этом сочетанное течение двух-трех или более нозологий имело место в 43,0% наблюдений [24].

Сообщалось, что поведенческая стратегия пациентов по созданию ситуации невозможности оказания помощи, при увеличении физической нагрузки, - есть ничто иное проявление маскированных (скрытых, социально приемлемых) вариантов суицидального поведения. Они (модели поведения) зачастую являлись характерными для этих пациентов, однако в литературе не представлены в достаточной мере. Нами это объясняется в преимущественном фокусировании исследователей на диагностике скрытых форм суицидального поведения при психических заболеваниях. Как правило, к латентным формам аутоагрессии относят прием психоактивных веществ, факты переизбытка, повышенный травматизм, самоповреждающие несуйцидальные действия. По сути, они в какой-то мере являются явными или суицидальными. В это связи предлагалось сохранять диагностическую настороженность с целью оказания своевременной специализированной помощи и предотвращения случаев смерти [103]. Отмечено, что после проведения кардиохирургических операций в период реабилитации преобладающее большинство пациентов не стремятся вести здоровый образ жизни, психические расстройства в послеоперационном периоде тревожно-депрессивного, фобического и ипохондрического характера фиксировались в 91,3%. Хотя до операции у пациентов имелись нарушения психики, включая суицидальные попытки [190]. В этом контексте современное понимание аутоагрессии, а точнее ее завуалированные формы включает себя пренебрежение здоровым образом жизни и врачебными рекомендациями [153]. Понимая, что основными причинами невыполнения врачебных рекомендаций у полиморбидных пациентов с хронической сердечной недостаточностью были низкая информированность о заболевании и пренебрежительное отношение к созданию атмосферы здорового образа жизни, тем не менее, отметим, что табакокурение и злоупотребление алкоголем чаще наблюдалось в группе больных, не приверженных и недостаточно приверженных к терапии (21,17% и 20%, соответственно) [133].

Обнаруживается сочетанное течение соматических кардиологических патологий и злоупотребление психоактивными веществами.

Их взаимовлияние рассматривается как фактор риска суицидального поведения. Риск возрастает в связи с доступностью лекарственных средств [303]. В последнее время представлены работы, свидетельствующие о протекторной роли алкоголя, то есть алкоголь в небольших дозах приводит к снижению смертности от ИБС. Однако удельный вес смертей от сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных потреблением алкоголя, составляет 19,8% [73]. Проведенный нами анализ современной литературы показал, что речь идет не о защитной роли малых или умеренных доз алкоголя, а о неясной позиции при употреблении этих доз алкоголя в усилении или предотвращении смертности. Иными словами, нет однозначных весомых доказательств по этому аспекту. С одной стороны, к выводам, подтверждающим протекторную роль алкоголя в снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний следует относиться весьма серьезно и критично. С другой стороны, нами видится решение данной проблемы в разработке и внедрении инновационных кардиопротекторов.

Особую значимость представляет высокая доля самоубийств среди пациентов с болезнями органов дыхания в сочетании с психическими нарушениями. Например, имеются упоминания, что хроническая обструктивная болезнь легких зачастую сочетается с полиморбидными состояниями, включающих как соматические (артериальная гипертония, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, злокачественные новообразования, сахарный диабет, ожирение), так и психические (депрессивные расстройства, попытки суицида) заболевания [20]. Сочетанное течение хронической обструктивной болезни легких, гипертонии и сахарного диабета с сопутствующей психиатрической патологией нередко ассоциировано с повышенным риском самоубийства [298]. Обследовав более одного млн. пациентов (хронические респираторные заболевания $n = 249\ 825$; сердечно-сосудистые заболевания $n = 568\ 818$ и сахарный диабет $n = 255\ 579$), исследователи пришли к заключению, что суицидальная смертность выше у этих пациентов с сопутствующей психической патологией. Авторы акцентировали свое внимание на том, что именно сопутствующие психические и наркологические расстройства обуславливали более высокую смертность от всех причин (от 15,4% до 21,1%) по сравнению с теми, у кого таких состояний не было (от 5,5% до 9,1%). Смертность по причине суицида был также выше в группе пациентов с полиморбидностью соматическими и психическими заболеваниями (1,6%), чем в группе больных без сопутствующих заболеваний (0,1%) [469]. В специальной литературе приводятся статистически подтвержденные результаты высокой суицидальной смертности у пациентов с заболеваниями органов дыхания, сочетанной психиатрической патологией. На первый взгляд, это являет-

ся очевидным. Однако до сих пор, нет конкретных работ, объясняющих как первичность роли в усугублении течения основного заболевания, так причинно-следственных связей между полиморбидностью и суицидальным поведением. Необходимость реализации научно-практических исследований в этих направлениях обусловливается имеющейся смертностью от заболеваний органов дыхания и другими сопутствующими соматическими расстройствами среди детей и подростков. По данным официальной статистики показатель смертности в Республике Бурятия превышал такой же показатель Российской Федерации в разные годы на 39-62%, от внешних причин - в два раза [11]. Были представлены результаты анализа смертности детей и подростков вне медицинских организаций. Обращает на себя внимание высокий удельный вес показателей смертности детей с множественной соматической патологией (заболевания, относящиеся почти ко всем классам болезней, включая заболевания органов дыхания). В возрасте 10-14 лет в 18,9% случаев это были асфиксии и преднамеренные самоповреждения путем повешения; повешения, удушения и утопления с неопределенными намерениями. Вместе с тем, несчастные случаи (травмы, утопления, воздействие электрического тока и др.) констатировались в 15%, а другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти - у 14,2% подростков. В группе подростков 15-17 лет значения были следующими: асфиксия - 25%, отравления (11,2%), преднамеренные самоповреждения и повреждения с неопределенными намерениями (7,8%), смерти от различных травм, несчастных случаев (7,1%), другие виды внезапной смерти по неизвестной причине (13,3%) [190]. Можно предложить, что удельный вес случаев смерти вследствие суицида у подростков с полиморбидными состояниями был бы выше за счет лиц, вошедших в ранговые показатели: «Смерти от различных травм, несчастных случаев и неточно обозначенные и неуточненные причины смерти» и «Другие виды внезапной смерти по неизвестной причине».

Не меньший научно-практический интерес представляет проблема роста смертности в период пандемии коронавирусной инфекцией. Более того имеются работы демонстрирующий рост суицидов при COVID-19. Хотя не приходится говорить о полноте и ясности в отношении связи суицидальной активности при КОВИД-19. При этом обнаруживаемые психиатрические симптомы обусловлены сочетанием как психологических стресс-факторов, связанных с данной конкретной пандемией, так и нарушений соматического спектра [86]. Так, например, после проведенного анализа около 70 млн электронных медицинских карт из 54 медицинских организаций учеными из США, были зафиксированы 18,1% диагностируемых различного регистра психических нарушений, при этом в 5,8% психиатрический диагноз был уста-

новлен впервые [286]. Наличие всех форм суицидального поведения (мысли, попытки, завершённые самоубийства) при атипичной пневмонии были доказаны многочисленными солидными международными исследованиями. Помимо общепринятых психосоциальных стрессоров самоубийства, также выявлены специфические для коронавирусной инфекции факторы риска. Среди психических нарушений исследователи отмечали тревогу, депрессию, бессонницу, злоупотребление алкоголем, симптомы стресса, связанные с COVID-19 [265]. Отличительными характеристиками клинического течения инфекции в сочетании с психической патологией являются следующие: появление новых симптомов психических заболеваний и усиление выраженности существовавших ранее психических расстройств, увеличение интенсивности суицидальных мыслей, манифестация и усугубление течения аффективных расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ [57]. Патогенетические механизмы COVID-19, включающие соматогенно-инфекционный и психогенно-ситуационный характер, особенно у лиц перенесших острый респираторный синдром, проявляются формированием психических расстройств (от аффективных нарушений до помрачения сознания). В этой связи требуется тщательное наблюдение врачом-психиатром. При этом квалифицированная оценка психического статуса пациентов коронавирусной инфекцией направлена, прежде всего, на исключение суицидальных тенденций. Среди множества критериев, отражающих urgency состояния, выделены изменения кожных покровов (следы самоповреждений, порезов, ожоги кожи на предплечьях, бедрах) [180]. При кажущейся очевидности взаимосвязи роста суицидальной активности с распространением коронавирусной инфекции, до настоящего времени определенных убедительных доказательств взаимовлияния указанных феноменов не имеется [305]. Думается, что для создания определенных выводов по указанной выше проблематике требуется значительное время и большой объем исследований. В тоже время имеются разработки по терапии этой инфекции, что также не исключает разработку и внедрение программ по суицидальной превенции у пациентов этой группы. Протоколы по лечению и реабилитации пациентов с коронавирусной инфекцией постоянно обновляются. Бесспорным моментом является условие включения обязательного сопровождения больного врачом-психиатром.

Внимания заслуживает проблема смертности больных, страдающих онкопатологиями в сочетании с другими внутренними заболеваниями и психическими расстройствами. Так, например, рак легких у курящих лиц с ХОБЛ обнаруживается в четыре-пять раз выше, чем у курящих без хронической обструктивной болезни легких. В тоже время пятилетняя выживаемость у пациентов раком легких с ХОБЛ была

у 38%, а без ХОБЛ - 54% [47]. О том, что злокачественные новообразования являются факторами повышенного суицидального риска, общеизвестный научно доказанный факт [36]. Однако следует отметить, что проблема суицидального поведения при онкологических заболеваниях с полиморбидностью представлена единичными научными публикациями. Чаще феномены полиморбидности и СП у пациентов с онкологическими болезнями рассматриваются в рамках одной нозологии. В свою очередь, у онкологических больных распространенные психические расстройства, способствующие ухудшению качества жизни, снижению приверженности к терапии и повышению риска самоубийства, варьирует от 15 до 20% [299]. У пациентов онкологического профиля показатель суицидальных мыслей колеблется в пределах от 12,85% до 71,4%, тогда суицидальные попытки – от 0,4% до 14,6% [333]. Проведенный анализ причины смерти, связанные с раком и не связанные с раком в Корее за 2000-2016 годы (n = 2 707 520) показал следующие особенности. Наблюдалось 20-кратное увеличение смертности у онкологических пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Более того, уровень самоубийств у этих больных был выше, по сравнению с населением в целом (SMR: 1,68 [95% доверительный интервал (ДИ): 1,63–1,74]) [57]. У пациентов раком желудка (SMR, 3,32; 95% ДИ, 1,36–8,10) и печени (SMR, 7,57; 95% ДИ, 1,86–30,72) с сопутствующими психическими патологиями (n = 36 220 из них 10 567 - пациенты с психическими расстройствами) суицидальный риск был, чем у аналогичной группы больных без психических расстройств [253]. Было обследовано 5670 онкологических больных, из них 755 (13,3%) сообщили о суицидальных мыслях, а 266 (4,7%) сообщили о попытках самоубийства во время пандемии COVID-19. Значимыми факторами суицидального риска являлись психические расстройства (депрессия, тревожность, враждебность), выраженное беспокойство и психологическая напряженность по лечению онкопатологии в связи с коронавирусной инфекцией, региональная и отдаленная стадия опухоли [316]. В целом, анализ отечественных и зарубежных работ позволил нам сформулировать вывод о преобладании суицидальных мыслей над суицидальными попытками у пациентов онкологического профиля. Думается, что актуализация суицидальных мыслей, так или иначе, подтверждает наличие психиатрического заболевания. Несмотря на то, что многие соматические заболевания сами по себе являются суицидоопасными состояниями, тем не менее, суицидальные мысли являются признаком сопутствующего первичного психиатрического диагноза. Предполагалось, что люди, закончившие свою жизнь самоубийством, соответствовали диагностическим критериям одного или нескольких психиатрических диагнозов или диагнозам заболеваний непсихиатрического профиля [443]. Хотя сопут-

ствующие психические заболевания оказывают сильное влияние на актуализацию суицидальных тенденций у пациентов с диагнозом рака, тем не менее, взаимосвязь между сопутствующими психическими заболеваниями и самоубийствами при злокачественных новообразованиях требует дальнейшего изучения.

Согласно данным официальной статистики, смертность от причин, связанных с ВИЧ в мире в 2021 году составила 0,08 на 1000 человек или 650 000 человек. В России за 2000-2020 гг. показатели смертности от болезней, связанных с ВИЧ-инфекцией увеличились многократно (с 0,1 до 10,7 на 100 000 населения) [165]. Важно отметить, что в 50,4% случаев смертность не была связана с формированием иммуносупрессии (СПИД-неассоциированных причины). Иными словами показатели смертности составляли травмы, отравления, суициды, гепатиты, кардиоваскулярные заболевания, опухоли и инфекции [112]. Это демонстрируется данными, где в 2021 году количество смертей, не связанных с ВИЧ, увеличилось с 38% до 44%, а количество немедицинских смертей (например, насилие, самоубийство, передозировка наркотиков) увеличилось с 0,5% до 39%. Более 67% смертей были по причине употребления или передозировок психоактивными веществами [309]. Отметим, что даже в период активного применения антиретровирусной терапии, смертность от ВИЧ-неассоциированных онкологических заболеваний и внешних причин, включая самоубийства, до сих пор составляет наибольшее количество летальных случаев, по сравнению с показателями смертности от заболеваний, ассоциированных СПИД [394], и данная разница имеет более чем в четыре раза [408]. В 37,8% причинами смерти у ВИЧ-пациентов были асфиксия, колото-резаные раны, ожоги, отравления алкоголем, метадоном и неизвестными веществами [71]. Как правило, сопутствующими ВИЧ-инфекции являются депрессивные расстройства и суицидальное поведение, обуславливающие снижение качества жизни и приверженности рекомендациям специалиста, а также прогрессирование ведущего заболевания и смертности [18, 19, 393]. Показательно то, что у лиц с положительным результатом ВИЧ с сопутствующей психиатрической патологией чаще обнаруживались соматические заболевания и синдромы: болевой синдром, онкопатология, сердечно-сосудистые заболевания, употребление наркотиков, метаболические нарушения и инфекционные заболевания. Этот показатель был выше в сравнении с пациентами, имеющих монозоологию (ВИЧ-инфекция или психиатрические расстройства по отдельности) [250]. В работах китайских исследователей суицидальные мысли у пациентов с ВИЧ-инфекцией фиксировались в 54,0% случаев. Однако помимо тревожных и депрессивных расстройств, были диагностированы другие хронические заболевания [404]. Роль полиморбидности суици-

дального поведения и психических расстройств у пациентов с СПИД/ВИЧ неоднократно подтверждена соответствующими популяционными исследованиями. В одном из них оценка распространенности суицидальных мыслей, попыток самоубийства и смертей в результате самоубийства составили 22,3%, 9,6% и 1,7%, соответственно. Факторная обусловленность суицидального риска возрастала за счет употребления психоактивных веществ, депрессии, низкого качества жизни и социальной поддержки, снижения мнестических функций, семейного анамнеза самоубийств и третьей стадии синдрома приобретенного иммунодефицита [392]. Кстати, наличие психических заболеваний при СПИДе способствовало низкому подавлению вирусной нагрузки [280]. Обобщая литературные данные, с определенной долей вероятности можно утверждать, что в генезе суицидального поведения в структуре ВИЧ/СПИД ключевую роль играют соматические и психические заболевания, не имеющие общие патогенетические механизмы непосредственно с ВИЧ-инфекцией.

Думается, что факторы и причины суицидального поведения, его клинические проявления у полиморбидных пациентов представляют собой в совокупности сложный био-психо-социальный феномен. Несомненно, требуются более серьезные, с большим охватом участников исследования. Перспективными результатами этих изысканий будет разработка программ дифференцированной профилактики суицидального поведения пациентов с полиморбидными состояниями.

Данный раздел не претендует на полноту изложения проблемы, так как для этого требуется проведение глубоких и масштабных исследований с большим количеством пациентов, применение унифицированных методов диагностики и обработки информации в отношении клинических проявлений суицидального поведения (мысли, попытки и завершённые суициды).

ГЛАВА 9. ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ-ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Общепринятым считается рассматривать детскую смертность в результате соматических заболеваний, а также смертности от суицида как индикаторы социального благополучия общества и отражающие уровень оказания медицинской помощи детскому населению. Приводятся статистические данные, в которых отражена больничная смертность детей в возрасте 0-17 лет за период 2015–2020 гг. Установлены неблагоприятные тенденции в летальности детей в стационарах от болезней мочеполовой системы (рост на 44,4%), нервной системы (на 24,9%), эндокринной системы (на 16,9%) и врожденных аномалий (на 16,8%). При этом в качестве основных причин смерти детей от врожденных аномалий фигурировали пороки развития системы кровообращения (43,5%), органов пищеварения (6,4%) и нервной системы (5,3%); злокачественных новообразований (92,1%) [191]. Воспринимаемый, как несерьезное заболевание грипп, у детей сопровождается более тяжелым течением, по сравнению с взрослыми. А смертность во всем мире достигает ежегодно около 28 000 детей в возрасте до 18 лет [106].

Что касается показателей суицидальной смертности, то ее удельный вес в возрасте 15-29 лет составляет 8,5% всех смертей, являясь в мире второй по значимости причиной смертности (после дорожно-транспортных происшествий) [42]. Отметим, что ежегодно в России от несчастных случаев погибает в среднем около пяти тысяч детей в возрасте 0–17 лет, рискованные формы поведения и суициды чаще свойственны подросткам [101]. В то время как в США в 2017 году самоубийства с применением огнестрельного оружия превзошли аварии с участием автотранспортных средств как ведущую причину смерти среди детей и молодых людей в возрасте от 1 до 24 лет. Если рассматривать намерение причинить вред в совокупности в этой группе населения на национальном уровне, то самоубийства составляют примерно 30% смертей от огнестрельного оружия, а убийства - 65% [319]. Тогда как в 2020 году для 10-24-летних лиц всех полов основными способами самоубийства были огнестрельное оружие (51%), удушение (33,5%) и передозировка/отравление (5,9%) [297]. Важным считаем отметить, что физическая травма может порождать у подростка специфические реакции, в том числе суицидальной направленности. Первым механизмом, запускающим суицидальную активность, является осознание психической боли, далее вторым шагом может быть суицидальный поступок, который представляться для подростка единственно приемлемым выходом из психотравмирующей ситуации. Повторные суицидальные

намерения им также характерны. Мощным превентивным средством в этом случае представляется специальная психологическая помощь, направленная на предотвращение суицидальных поступков и укрепление ресурсной системы травмированных подростков [149].

Анализ масштабных 132 подходящих исследований с общим числом 1 103 309 китайских детей и подростков в возрасте до 18 лет показал, что распространенность суицидальных мыслей, планов самоубийства и попыток самоубийства составила 15,4%, 6,4% и 3,5%, соответственно [245]. Однако иллюстрируются отчеты, в которых уровень завершенных суицидов, например, у девушек в возрасте 15-17 лет составил 90%, а суицидальных попыток – 80% [208]. Однако систематический недоучет, то есть вклад так называемых латентных самоубийств, составляет от 15,8% у юношей до 27,6% у девушек. Несмотря на общее снижение смертности по причине суицидов, показатели суицидов у детей и подростков не изменяются или продолжают расти. Например, в Российской Федерации уровень смертности от самоубийств детей в возрасте до 14 лет составил в 2019 г. - 0,4; 2020 - 0,4; 2021 - 0,5; 2022 - 0,4 (на 100 тыс. чел. населения соответствующего возраста). При этом до 80% детей и подростков, которые умирают в результате самоубийства, обращались в систему здравоохранения в течение года, предшествовавшего их смерти [88, 240]. К тому же профессиональные установки врачей-педиатров на отдельное существование соматического и психического здоровья у детей существенно снижают научно-практический интерес к смежной области деятельности. Что связано с искажением представлений о границах компетенций, распространением мифов о детской психиатрии и службе детского психического здоровья. В итоге, это приводит к несвоевременной и доступной специализированной помощи детям с суицидальным поведением [12].

Весомым фактором риска для появления суицидальных мыслей, совершения попытки и завершеного самоубийства в подростковом возрасте является наличие соматического заболевания. Показательно исследование, в котором оценивалась связь реализации попыток самоубийства с соматическими заболеваниями. Когортное исследование было проведено с участием 169 806 девушек в возрасте до 20 лет в период с 1989 по 2019 гг. в Квебеке, Канада. Из них 8086 представительниц женского пола, госпитализированных с попытками самоубийства, были сопоставимы по возрасту и полу со 161 720 обследуемых, не предпринимавших попыток самоубийства. Все были госпитализированы по поводу заболеваний: аллергические расстройства, аутоиммунные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, рак, и смерть от непсихиатрических причин. По сравнению с контрольной группой, девочки–подростки с суицидальными попытками имели больший риск

госпитализации по поводу инфекции и аллергических заболеваний. Обнаруженные взаимосвязи между СП и заболеваниями наблюдались независимо от возраста девушек на момент попытки самоубийства, однако они были выражены у девушек как с повторными попытками, так и в течение первых пяти лет после попытки самоубийства [378].

Тяжелые соматические заболевания как причина завершенных суицидов у подростков в 2020 г. в Казахстане (страна, в которой уровень суицида является одним из самых высоких в мире) зафиксированы на уровне 0,9% [195]. Весьма высокие значения по завершенным суицидам приводятся другими авторами. Так, например, лица в возрасте до 20 лет, умершие в результате самоубийства, в 76,6% случаев испытывали проблемы с физическим здоровьем, требующим медицинской помощи. Частыми были дерматологические проблемы (11%) и респираторные заболевания (10%). Мы солидарны с мнением авторов указанного выше исследования, утверждающих, что в настоящее время количество исследований в этой области сравнительно невелико, оценка и коррекция суицидального поведения пациентов соматических стационаров может иметь значительный медико-социальный эффект [81]. Зачастую используются попытки самоубийства, приводящие к смерти детей и подростков, включающие удушение, например, через повешение, а также нанесение самому себе огнестрельных ранений. К сожалению, летальность достигала 90%. Также следует отметить, что более половины суицидентов-подростков (54%) не имели ранее существовавшего психиатрического диагноза [478]. В другом крупном исследовании с выборкой 600 стационарных соматических пациентов (59,2% девушки; средний возраст $15,2 \pm 2,84$ года) выявлено, что скрининг на риск самоубийства оказался положительным (13,5%), из них 39,5% обнаруживали отрицательный результат скрининга на депрессию, и более половины (45 из 81) не дали положительных ответов в вопросах относительно суицидальных мыслей или по мыслям причинении себе вреда и завершеного самоубийства [296].

Суицидальная активность в структуре соматических болезней остается весьма высокой и колеблется в широких пределах: от 1,9 до 90% [18]. Например, проблема суицида среди детей и подростков стала наиболее заметной в период пандемии новой коронавирусной инфекции [12]. Подростковые суицидальные попытки могут быть связаны с манифестацией сердечно-сосудистых заболеваний. Психосоматические соотношения при сердечно-сосудистой патологии стали рассматриваться у детей и подростков в связи с высокой частотой психовегетативных расстройств в детско-подростковом возрасте, так как значения варьируют от 20,5% до 80%, и распространенностью психосоматических расстройств у этой категории населения (90%), не исключаящих

сердечно-сосудистые нарушения [6]. Обследовав 7 298 002 человек (3 640 632 мужчины и 3 657 370 женщин) в возрасте ≤ 15 лет, проживавших в Дании в 1980- 2016 гг., авторы установили, что превышение частоты самоубийств отмечалось при следующих заболеваниях: сердечная недостаточность, кардиомиопатия, острый инфаркт миокарда, остановка сердца с успешной реанимацией, фибрилляция и трепетание предсердий, стенокардия и желудочковая тахикардия. При этом максимальные значения по риску самоубийства выявлены в течение первых шести месяцев после постановки указанных выше диагнозов [349].

Активно ведутся исследования по установлению связи между респираторными вирусными инфекциями и риском суицида. В зарубежных исследованиях приводятся сведения о преобладании членовредительства и самоубийств у подростков с новой коронавирусной инфекцией [367]. Более того, выявлена ассоциация наличия антител против вирусов гриппа А и В и штамма коронавируса (H Cov-NL63), тяжести заболевания (95% от общего количества пациентов – подростки, госпитализированные в стационар) с попытками самоубийства в анамнезе [18]. В Новосибирской области ретроспективное обследование 113 подростков, перенесших COVID-19 в возрасте от 11 до 14 лет (78 девочек, 35 мальчиков), средний возраст 12 ± 2 года, показало наличие суицидальных попыток в анамнезе. В течение шести месяцев после перенесенной инфекции возникали суицидальные мысли и тенденции, где 32% подростков описывали, что мысли о нежелании жить возникали импульсивно на фоне относительного благополучия, сопровождалась выраженной интенсивностью, преимущественно в вечернее время [87]. Психологическая и соматическая уязвимость подростков подтверждается данными статистики, иллюстрирующими более высокие показатели самоубийств у них (49%), чем у взрослых (37%) в период пандемии COVID-19 [384].

У подростков-суицидентов определен ряд психосоматических нарушений пищеварения (абдоминальные дисфункции): ощущения подташнивания по утрам; отсутствие аппетита по утрам и повышенный аппетит вечером или ночью; психогенные запоры (снижение перистальтики кишечника) и другие проблемы с пищеварением [205]. В этом контексте внушительным в отношении доказательной базы являются исследования с участием 1 047 755 детей, подростков и взрослых с воспалительными заболеваниями кишечника. Общая распространенность суицидальных мыслей у этих пациентов составила 17,3%. Одновременно наблюдалась связь с повышенным риском суицидальных попыток и смертей от самоубийств по сравнению с контрольной группой (лица без заболеваний кишечника). Наибольший риск представляли пациенты с болезнью Крона. Особенностью было и то, что кратковременность

течения заболеваний кишечника корреспондировала с высоким риском самоубийства [485]. К сожалению, авторами не исследовались особенности течения болезни Крона, сочетанной с суицидальным поведением, в зависимости от возраста. Факты проглатывания токсических едких веществ неутешительны, так как из всех случаев проглатывания едких веществ 80 % приходится на детей, в 93 % случаев это происходит дома, преднамеренные отравления парацетамолом варьируют в пределах от 5% до 73% [174]. В городе Бангалор (Индия) из 26 детей с каустическими ожогами, лечившихся в клинике 6 человек (23 %) в возрасте $14,2 \pm 1,9$ лет приняли ядовитое вещество с целью суицида. Дети поступали в клинику в среднем через два месяца после получения ожога, причем средние сроки обращения за медицинской помощью не отличались как после суицидальной попытки подростков (от 1 дня до 4 мес.), так и после случайного проглатывания вещества детьми в возрасте до 5 лет (от 1 мес. до 1,5 лет) [33]. Можно предположить, что причины, мотивы и симптоматика суицидального поведения у детей будет отличной от взрослой когорты.

Ретроспективное когортное исследование 31641 пациента (подростков), страдающего болезнями кожи, показало, что распространенность суицидальных мыслей у них составляла от 0,45% (псориаз) до 67% (дисморфическое расстройство тела), тогда как распространенность суицидальных попыток колебалась от 0,08% (псориаз) до 21,9% (акне). Суицидальный риск при заболеваниях кожи среди детей и подростков является сложным и мультифакторным. И, что особенно важно, риск суицида сохраняет свою остроту вне зависимости от наличия или отсутствия депрессии [231].

Несмотря на характерную особенность психогенных реакций в виде полиморфизма, синдромальной незавершенности, незначительной глубины симптоматики при онкопатологии у детей и подростков, грубые поведенческие девиации чаще проявляются гетеро- и аутоагрессией, гневливостью и тоскливо-злобным настроением [96]. В исследовании, проведенном в США, участниками которого были 166 онкологических больных (57,8% опухолей головного мозга, 31,3% лейкозов, 10,8% других видов рака) в возрасте от 6 до 23 лет, суицидальные мысли фиксировались у 17,5% [18]. В этом случае включение взрослой когорты людей от 18 лет в группу детей и подростков, снижает возможность определения клинко-психопатологических особенностей СП в группе больных (дети и подростки). Для изучения уровня самоубийств среди детей, перенесших рак, и оценки факторов, связанных с более высоким риском самоубийства, в США был проведен обзор данных программы эпидемиологического надзора, эпидемиологии и конечных результатов за период с 1975 по 2016 г. Были зарегистрированы выжившие с диа-

гнозом рак в детском возрасте. В результате установлено, что на 567 233 человеко-года было совершено 40 самоубийств, что дает уровень самоубийств 7,1 на 100 000 человеко-лет. По сравнению с пациентами с диагнозом рака в возрасте от 10 до 14 лет выжившие с диагнозом рака в возрасте от 0 до 4 лет имели более низкий риск самоубийства. Фактор риска суицида составил 0,16 для острого лимфоцитарного лейкоза, 0,15 - узловой лимфомы Ходжкина, 0,14 - рака головного мозга и 0,09 - рака почек. Следует отметить, что большинство самоубийств произошло в возрасте после 15 лет. Самоубийства были проблемой для выживших, особенно тех, у кого был рак щитовидной железы [274].

Суицидальное поведение ассоциируется с вирусом иммунодефицита человека и туберкулезом, тем более что эти два заболевания зачастую являются коморбидными друг другу. Например, в Ботсване при обследовании детей в возрасте 12-19 лет в количестве 490 человек обнаружено, что повышенный риск самоубийства был у 18,9% подростков с ВИЧ-инфекцией [341]. Тогда как в Уганде распространенность суицидального поведения составила 10,7% и 2,8% среди подростков, живущих с ВИЧ и СПИДом, соответственно [359].

Что касается туберкулеза, то в специальной литературе имеются описания клинических случаев (пациенты в возрасте 14-17 лет) самоотравления изониазидом. В целом такие случаи суицидальных передозировок среди подростков весьма редки [351]. К сожалению, следует констатировать, что работ по изучению суицидального поведения у ВИЧ-инфицированных детей и больных детей онкологическими заболеваниями и туберкулезом недостаточно, особенно за последние пять лет. Хотя имеются единичные работы по суицидальному поведению в связи с туберкулезом у взрослых [347]. Вероятно, это объясняется трудностями диагностики детских ВИЧ-инфекции, онкологических заболеваний и туберкулеза как на уровне поликлинического звена лечебно-профилактических учреждений, так и на уровне диспансеров, хотя продолжается совершенствование диагностических технологий [31, 126]. Соответственно, методы диагностики, терапии и профилактики суицидального поведения у ВИЧ-инфицированных, онкологических пациентов и больных туберкулезом требуют своего дальнейшего изучения и внедрения в практическую деятельность медицинских учреждений. Нет сомнений, решение проблем ВИЧ-инфекции, онкологической патологии, туберкулеза и суицидального поведения у детей и подростков позволит улучшить медико-социальный прогноз и качество их жизни.

Таким образом, имеется существенный пробел исследований по суицидальному поведению у детей и подростков-пациентов соматического профиля.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД

Не вызывает сомнения факт, что проблема суицидального поведения является ключевой для общественного здоровья. Так, за последние 45 лет уровень самоубийств в мире возрос на 60%, в котором Российская Федерация занимает 9 место [48]. Согласно данным Росстата на 2023 г. показатель суицидов составлял 7,8 случаев на 100 000 населения, средний глобальный показатель составляет 9,1 случай на 100 000 населения [90]. При этом феномен суицидального поведения может варьироваться в зависимости от психологического и социального контекста [28]. Однако имеются публикации, посвященные роли соматических заболеваний и состояний в актуализации суицидального поведения. К сожалению, по проблеме суицидального поведения у пациентов соматического профиля ощущается существенный пробел научных исследований и практических решений. Нами не отрицается роль психических нарушений и состояний в актуализации суицидальности. Однако не изученность проблемы объясняется как недоучетом соматического фактора, например, при недоучете суицида в структуре внешних причин смерти (в структуре смертности лиц трудоспособного возраста они занимают лидирующие позиции – самоубийства, дорожно-транспортные происшествия, отравления алкоголем, убийства, производственный травматизм. Высокий уровень смертности от них обусловлен поведенческими особенностями людей [168]), так и недостаточной подготовкой в вопросах суицидологии специалистов общей практики (терапевты, педиатры). Устоявшейся точкой зрения о роли стресса в формировании суицидального поведения не лишена смысла, однако не является единственной. Например, психотравмирующая ситуация может рассматриваться как вторичная, в то время как генетически заложенный потенциал человека, определяющий индивидуальные психофизические особенности личности выступает как первичный механизм суицидогенеза. Иначе как объяснить факт, что те же психотравмирующие обстоятельства (условия) являются для одних лиц достаточными для принятия решения о прекращении своей жизни, а для других – лишь очередными жизненными трудностями [107]. Справедливо отмечено, что суицидальная превенция должна включать предотвращение самоповреждений и попыток самоубийства или эскалации рискованного поведения, а также давать возможность снижать уровень травматизма от самоповреждающего поведения, повышать качество жизни, развивать социальное и профессиональное функционирование личности, улучшать состояние психического здоровья, купировать физические симптомы. При этом построение модели превенции суицидов включает понимание влияния

совокупности условий как в формировании суицидальной готовности, так предупреждение, предотвращение совершения аутодеструктивного акта человеком. Направления работы не исключает подготовку специалистов не психиатрического профиля и профессионалов, ответственных за оказание психологической и психотерапевтической помощи и поддержки пациентам с суицидальным поведением [418].

Цель настоящего исследования заключалась в изложении концептуального видения проблемы суицидального поведения при соматических заболеваниях и разработке практических рекомендаций по профилактике суицидального поведения у пациентов соматического профиля.

Нами проведен анализ 496 источников отечественных и зарубежных авторов. Мы исключили дублирующие материалы (134 источников) во время обработки данных после прочтения названия и аннотации каждого источника.

Проведенный ранее нами всеобъемлющий современный теоретический анализ настоящей проблемы позволил сформировать основные моменты концепции суицидального поведения при соматических заболеваниях. По сути, данная статья представляет собой заключение предыдущих авторских исследований [18-19, 489-493]. Подчеркнем, полученные статистические данные по суицидальному поведению у больных соматического профиля являются результатом обобщения из литературных источников. Однако это не снижает ценности проводимого исследования, а также позволило нам обозначить концептуальные теоретические основы феномена суицидального поведения. Безусловно, мы не претендуем на аксиоматичность представленной концептуальной модели, осознавая влияние иных факторов актуализации суицидальных форм поведения, но которые остались за рамками исследования. В соответствии с классическими направлениями, в суицидологии выделен ряд теоретических подходов, таких как репрессивный, биологический, социологический, психологический, социально-психологический, клиничко-психологический и интегративный [496]. Вместе с тем, значению соматической патологии в развитии суицидальности уделяется весьма скромное внимание. Иными словами, соматический теоретический подход как таковой не представлен в специальной литературе. Если учесть попытки разделения взглядов на медицинский и психиатрический, рассмотрение связи между болезнью/патологическим состоянием и совершением самоубийства [488], то эти аспекты в большей степени анализируются сквозь призму психопатологических аспектов. Хотя имеются работы, иллюстрирующие связь повышенного риска самоубийства с соматическими заболеваниями: злокачественные новообразования, эпилепсия, хроническая обструктивная болезнь легких,

инсульт и хронические болевые состояния, бронхиальная астма. Более того, соматические расстройства явились самыми распространёнными диагнозами из 286 летальных самоубийств в медицинских учреждениях: новообразования (25,2%), сердечно-сосудистая патология (16,1%), легочные (15,4%) и неврологические (13,3%) заболевания [37]. Вслед за авторами, также считаем, что, не умаляя достоинств вышеизложенных концепций, нельзя не признавать ограниченность каждой из них и, вместе с этим, исключать из этого значение одного из основополагающих структур и функций биологии о взаимосвязи. В итоге из них вытекают основания и для других не менее обоснованных представлений о природе суицидального поведения [24].

Первоначально следует отметить обобщающие выявленные особенности, недостатки и перспективы изучения проблемы суицидального поведения у пациентов соматического профиля. На основе проведенного фактологического анализа по проблеме суицидального поведения при соматических заболеваниях получены следующие **выводы**:

- суицидальное поведение при соматических заболеваниях находит свое отражение вне зависимости от возраста, пола пациентов, а также стадии соматического расстройства;

- психологические и социальные стрессовые факторы, стигматизация являются значимыми в формировании суицидального поведения у пациентов соматического профиля;

- периодом повышенного суицидального риска является период от двух месяцев до одного года после постановки диагноза онкологического расстройства;

- показатели суицидального поведения выше в группе пациентов с соматической и психиатрической коморбидностью и полиморбидностью (их сочетанное течение), по сравнению с пациентами с множественной соматической патологией;

- имеется существенный пробел исследований по проблеме суицидального поведения у пациентов соматического профиля;

- не сформированы теоретико-методологическая основа, концептуальные подходы и принципы понимания феномена суицидального поведения в структуре соматических расстройств педиатрических и терапевтических пациентов;

- взаимосвязь между суицидальным поведением и соматическими заболеваниями подтверждается в основном популяционными исследованиями;

- подавляющее число исследований по проблематике суицидального поведения в структуре соматических болезней ограничиваются статистическими данными по распространенности суицидального поведения;

– недостаточно изучены и детализированы динамика суицидального поведения, географические и гендерные различия, психиатрическая отягощенность на различных стадиях заболевания и условиях;

- нет единых стандартов и протоколов ведения данной группы больных, а также единой точки зрения в вопросах терминологии и методов диагностики суицидального поведения при соматических заболеваниях, при коморбидных и полиморбидных состояниях;

– в настоящее время наблюдается дефицит программ профилактики суицидального поведения в клинике соматических расстройств;

– недостаточная осведомленность о суицидальном поведении специалистов непсихиатрического профиля обуславливает дефицит объективной информации о серьезности и распространенности этой проблемы, ведущей к снижению эффективности лечения и качества жизни пациентов;

– требует изучения вопросы лечения, эпидемиология суицидального поведения и эквивалентов саморазрушающего поведения, общие и особенные суицидогенные и защитные (антисуицидальные) факторы;

- необходима оценка кратко- и долгосрочных последствий соматических заболеваний, коморбидных и полиморбидных состояний, сочетанных суицидальным поведением, которая может быть достигнута путем реализации крупных когортных исследований;

- дискуссионными, а точнее неизученными остаются вопросы в отношении психологических, клинко-психопатологических и клинко-динамических особенностей суицидального поведения у пациентов соматического профиля;

- дискуссионными, а точнее неизученными остаются вопросы в отношении возрастных клинко-психологических, клинко-психопатологических и клинко-динамических особенностей суицидального поведения у детей и подростков-пациентов соматического профиля.

Во-первых, установлен уровень распространенности суицидального поведения в зависимости от поражения органов и систем организма (Рисунок 1).



Рисунок 1. Уровень распространенности суицидального поведения в зависимости от поражения органов и систем организма
Условные сокращения: ЗСК и ОД – заболевания системы кровообращения и органов дыхания; ЗОП - заболевания органов пищеварения; ЗЭС - заболевания эндокринной системы.

Как видно из рисунка 1, показатели суицидальной активности при соматических заболеваниях варьируют в весьма широких пределах, при этом суицидальный риск, равно как и актуализация суицидальных тенденций обнаруживается в подавляющем большинстве случаев, максимальные значения обнаружены при онкологических заболеваниях. Вероятно, дополнительными факторами актуализации суицидальных тенденций у больных онкологического профиля является восприятие болезни как смертельной и состояние безнадежности. Так как во внутренней картине болезни диагноз злокачественного новообразования несет в себе психотравмирующее действие, который ассоциируется с близостью смерти, причем мучительной с тяжелыми страданиями. Как правило, образ болезни и его динамика в будущем представляются в фатальном свете [495]. Другими словами, указанные соматические расстройства являются суицидогенными состояниями, а, следовательно, суицидоопасными состояниями.

Во-вторых, определен перечень соматических заболеваний и состояний с наибольшей суицидальной активностью (Таблица 1). На наш взгляд, прослеживается специфичность проявлений суицидального поведения не только по системам организма, но и по наличию определенных заболеваний. При этом наличие депрессивной симптоматики также имеет очерченный круг соматических расстройств. С уверенностью

можно предположить, что данные расстройства могут самостоятельно актуализировать суицидальные тенденции, и лишь часть из них связана с сопутствующей аффективной симптоматикой.

Таблица 1.

Соматические заболевания и состояния с наибольшей суицидальной активностью

ЗСК	хроническая сердечная недостаточность, острый инфаркт миокарда, кардиомиопатия, фибрилляция и трепетание предсердий, стенокардия и желудочковая тахикардия, артериальная гипертензия
ЗОД	бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, острый респираторный дистресс-синдром, туберкулез легких, коронавирусная инфекция
ЗОП	язвенная болезнь, болезни печени, вирусные гепатиты, цирроз печени
ЗК и ПК	атопический дерматит, акне, псориаз, экзема
ЗОЭС	сахарный диабет, тиреоидит Хашимото, гипотериоз, гипертиреоз, ожирение
ЗНО	рак головного мозга, рак легких и бронхов, рак желудка, рак предстательной железы и гинекологический рак
Депрессия	ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет, COVID-19, ВИЧ-инфекция, кожные болезни (атопический дерматит, акне, гнойный гидраденит) и злокачественные новообразования (рак простаты, желудочно-кишечного тракта, молочной железы)

Условные обозначения: ЗСК - заболевания системы кровообращения; ЗОД - заболевания органов дыхания; ЗОП - заболевания органов пищеварения; ЗК и ПК – заболевания кожи и подкожной клетчатки; ЗОЭС - заболевания органов эндокринной системы; ЗНО – злокачественные новообразования

Иными словами, суицидальность при соматических расстройствах может иметь собственные, преимущественно биологические и психологические факторы. Вместе с тем, формирование риска суицида и суицидального поведения например, при воспалительных и сердечно-сосудистых заболеваниях, связано с общностью и взаимодействием генетических механизмов депрессии [494].

В-третьих, расстройства соматической сферы имеют преобладающий способ самоубийства (Таблица 2).

Таблица 2.

Способы суцидов при соматических заболеваниях

ЗСК	самоотравления
ЗОД	самоотравления
ЗОП	заглатывание инородных тел нанесение самоповреждений на различные участки тела
ЗК и ПК	нанесение самоповреждений на различные участки тела
ЗОЭС	самоотравления, передозировка инъекционным инсулином
ЗНО	суицидальные мысли и суицидальные попытки

Условные обозначения: ЗСК - заболевания системы кровообращения; ЗОД - заболевания органов дыхания; ЗОП - заболевания органов пищеварения; ЗК и ПК – заболевания кожи и подкожной клетчатки; ЗОЭС - заболевания органов эндокринной системы; ЗНО – злокачественные новообразования

Способы самоубийств не являются специфичными, так как они могут встречаться в структуре соматических расстройств в разных сочетаниях. Однако прослеживается особенность суицидальных форм аутоагрессивного поведения. Резонно предположить наличие отдельных механизмов суицидогенеза для соматических заболеваний.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Обобщив данные литературы, мы можем сформулировать следующие стратегии профилактической направленности:

- соматические заболевания должны рассматриваться специалистами не психиатрического профиля как суицидоопасные состояния;
- для установления диагноза, прогноза болезни, выбора оптимальных методов ее лечения и профилактики, в исследовательскую часть (сбор биографических и клинических данных) необходимо включить вопросы, касательно суицидологической составляющей: отягощенность, клинические проявления (антивитальные переживания, суицидальные мысли, суицидальные намерения и суицидальные попытки, если таковые имели место быть);
- разработка специфических диагностических критериев позволяет внести ясность в понимание особенностей суицидального поведения и поможет эффективно идентифицировать лиц, подверженных суицидальному риску;

- разработка скрининговых диагностических программ для соматических пациентов для оценки суицидального риска может сыграть жизненно важную роль в предотвращении депрессии и риска самоубийства на различных стадиях заболевания;
- акцент в профилактике суицидального поведения должен быть смещен на введение в протоколы лечения обязательного осмотра врачом-психиатром;
- в план лечения и реабилитации пациентов с вышеуказанным списком суицидоопасных заболеваний включаются консультации психиатра, психотерапевта и медицинского психолога;
- при разработке программ профилактики суицидального поведения следует определить уровень профилактики (первичная, вторичная, третичная) и характер терапевтического вмешательства, психологическое консультирование, психофармакотерапия и психотерапия;
- в профилактические и лечебно-реабилитационные программы должны охватывать весь период суицидогенеза (пресуицидальный, суицидальный, постсуицидальный);
- в целом профилактические и лечебно-реабилитационные мероприятия должны быть направлены на повышение стрессовой устойчивости и нивелирование стрессовых, депрессивных и тревожных расстройств;
- акцент в профилактических мероприятиях следует сделать на повышение уровня знаний врачей-специалистов общей практики в области суицидологии;
- требуется введение унифицированных критериев по формированию официальной отчетности по смертности по причине суицидов пациентов соматического профиля и пациентов с коморбидными и полиморбидными состояниями;
- требуется разработка и внедрение объективной и экономически целесообразной системы диагностических измерительных процедур, позволяющих оценить качество, адекватность и своевременность проводимых противосуицидальных мероприятий;
- требуется проведение углубленных научно-практических исследований в этом перспективном направлении.

Таким образом, обозначены преимущества, недостатки и перспективы изучения проблемы суицидального поведения в структуре соматических заболеваний.

Определены особенности распространенности суицидального поведения при соматических расстройствах, перечень заболеваний

с наибольшей суицидальностью и преобладающий способ самоубийства в зависимости от соматической нозологии.

Назрела необходимость рассмотрения особой формы или варианта суицидального поведения. В настоящей концептуальной модели речь идет о соматическом виде суицидального поведения. Полученные факты оставляют пространство для разработки дифференцированных мер профилактики суицидального поведения с обязательным включением в терапевтические схемы пунктов по суицидальной превенции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян Н.А., Быков А.Т., Медалиева Р.Х. Проблемы криотерапии и состояние психоэмоциональной сферы. *Вестник новых медицинских технологий*. 2010;XVII(3):129 - 132.
2. Акимов П.А., Терехина Н.А. Использование показателя углеводного обмена крови и стекловидного тела глаза для постмортальной диагностики механической асфиксии. *Вестник новых медицинских технологий*. 2010;XVII(3):150 - 152.
3. Андреева А.В., Анциферов М.Б. Оценка возможностей прогнозирования персистирующего и рецидивирующего течения болезни Иценко-Кушинга. *Эндокринология: новости, мнения, обучение*. 2024;13(1):16-26. DOI: 10.33029/2304-9529-2024-13-1-16-26
4. Аносова Л.С. УФ-спектрофотометрия в анализе клопидогрела. *Вестник ВГУ: Серия Химия, Биология, Фармация*. 2023(2):68 – 75.
5. Антонова К.В. Психические расстройства в клинике эндокринных заболеваний. *Русский Медицинский Журнал*. 2006;26:1889–1896.
6. Антропов Ю.Ф. Аффективные нарушения и сердечно-сосудистые расстройства в детско-подростковом возрасте. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2020;20(2):12-19.
7. Баканова А.А. Отношение к жизни, смерти и болезни ВИЧ-инфицированных 20–30 лет. *Медицинская психология в России: электронный научный журнал*. 2015;31(2):4.
8. Балабанова В.В., Тювина Н.А., Воронина Е.О., Гончарова Е.М., Дмитриева А.А. Несуицидальные самоповреждения у психически больных: клинический случай. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(3):83-88. [https:// doi.org/10.14412/2074-2711-2019-3-83-88](https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-3-83-88)
9. Баланова Ю.А. с соавт. Ожирение в российской популяции – распространенность и ассоциации с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний. *Российский кардиологический журнал*. 2018;23(6):123–130.
10. Баланова Ю.А. и др. Вклад артериальной гипертензии и других факторов риска в выживаемость и смертность в российской популяции. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(5):3003.
11. Банзарова Л.П., Будаев Б.С., Кицул И.С. Статистика смертности детского населения Республики Бурятия. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2021;4:325-337. DOI: 10.24412/2312-2935-2021-4-325-337
12. Басова А.Я., Бебчук М.А., Устинова Н.В. и др. Компетентность врачей-педиатров в вопросах профилактики, определения риска или выявления суицидального поведения у детей: одномоментное опросное исследование. *Вопросы современной педиатрии*. 2021;20(3):234–241. DOI: 10.15690/vsp.v21i3.2430

13. Бахтадзе Т.Р., Смирнова О.М., Жуков А.О. Психоэмоциональные расстройства при некоторых эндокринных заболеваниях и сахарном диабете. *Сахарный диабет*. 2004;2:54–57.
14. Безверхов А.А., Ищенко О.Ю. Динамика смертности от сердечно-сосудистых заболеваний за период 2015-2019 гг. *Norwegian Journal of Development of the International Science*. 2021(54-2):35-38.
15. Березанцев А.Ю., Минович Д.А., Карпина Н.Л., Тимербулатов И.Ф. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с туберкулезом легких: клиничко-психопатологические и психосоматические аспекты. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2023;14(4):389-399.
16. Бисалиев Р.В., Сараев М.А. Феноменология латентных форм аутоагрессии. *Современные наукоемкие технологии*. 2007(8):48–50.
17. Бисалиев Р.В., Вешнева С.А. Суицидальное поведение у аддиктов и их родственников: монография - Астрахань: Изд-во АГТУ, 2013. 276 с.
18. Бисалиев Р.В. Суицидальное поведение в структуре болезней системы кровообращения и болезней органов дыхания. *Психическое здоровье*. 2024;19(3):66-79. DOI: 10.25557/2074-014X.2024.03.66-79
19. Бисалиев Р.В. Суицидальное поведение в структуре болезней органов пищеварения и болезней кожи. *Бюллетень медицинской науки*. 2024;2(34):151-160. <https://doi.org/10.31684/25418475-2024-2-151>
20. Благов А.Ю., Ефремова О.А., Ходош Э.М. и др. Роль цитокинов в развитии системного воспаления при хронической обструктивной болезни легких и ожирении. *Ожирение и метаболизм*. 2022;19(4): 442 - 448. DOI: <https://doi.org/10.14341/omet12847>
21. Блинков А.Н. Депрессия и рак: основные направления международных исследований. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2020;(2):16-25. DOI: 10.31363/2313-7053-2020-2-16-25
22. Блох М.Е. и др. Суицидальные риски женщин во время беременности и после родов. *Консультативная психология и психотерапия*. 2023;31(2):84-98. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310204>
23. Боев О.И., Бычкова О.Г. Мониторинг преднамеренных самоповреждений как перспективное направление профилактики суицидов. *Общественное здоровье*. 2022;2(1):35-46. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-35-46
24. Божченко А.П. Факторы риска суицида, устанавливаемые в ходе судебно-медицинской экспертизы трупа. *Суицидология*. 2023;14(2):3 - 21. DOI: 10.32878/suiciderus.23-14-02(51)-3-21
25. Борисова С.В., Галимова Р.А. Гиена питания и ее влияние на заболевания сердечно-сосудистой системы. *Вестник науки*. 2025;3(1(82)):1257-1271.

26. Вайсман Д.Ш. Смертность от цереброваскулярных заболеваний в Российской Федерации до и в период эпидемии COVID-19: региональные различия. *Профилактическая медицина*. 2024;27(4):12-17. DOI: 10.17116/profmed202427041

27. Василевский Д.И., Баландов С.Г., Анисимова К.А., Давлетбаева Л.И. Ожирение – социально значимая медицинская проблема современности. *Российские биомедицинские исследования*. 2019;4(3):29–33.

28. Васильев В.В. Групповые, имитационные, индивидуальные, истинные, демонстративные, скрытые, эгоистические, альтруистические, аномичные суициды. *Научно-практический подход*. 2025(S1):43-46.

29. Верткин А.Л., Аскарлов А.Р., Зайратьянц О.В. и др. Коморбидные заболевания и структура летальности больных с новой коронавирусной инфекцией. *Лечащий Врач*. 2022;7-8(25):10-13. DOI: 10.51793/OS.2022.25.8.001

30. Владимиров А.В. Динамика случаев смерти и структура их причин у ВИЧ-инфицированных пациентов в Ханты-Мансийском автономном округе – ЮГРЕ. *Вестник СурГУ. Медицина*. 2017;33(3):43–50.

31. Волкова А.Р., Вахитов Х.М., Кумирова Э.В. Детские злокачественные новообразования и их учет: мировые и отечественные тенденции. *Российский журнал детской гематологии и онкологии*. 2020;7(3):64-69.

32. Войцех В.Ф., Гальцев Е.В. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2009;XIX(2):17-25.

33. Воронецкий АН. Каустические ожоги пищевода у детей: повреждающие вещества, оценка тяжести и осложнения. *Сибирское медицинское обозрение*. 2024;(3):5-11. DOI: 10.20333/25000136-2024-3-5-11

34. Воронин С.В. Факторы риска формирования полиморбидности у военнослужащих по результатам их медицинского освидетельствования. *Вестник Российской Военно-медицинской академии*. 2020;3(71):61-67.

35. Ганиева З.В. Роль антидепрессантов в кардиологии. *Экономика и социум*. 2022;7(98):184-187.

36. Гарагашев Г.Г. и др. Суицидальное поведение при раке молочной железы у женщин. *Суицидология*. 2023;14(4):82-107. DOI: 10.32878/suiciderus.23-14-04(53)-82-107

37. Голенков А.В., Козлов В.А., Филоненко А.В. Больничные суициды. *Суицидология*. 2024; 15 (2): 94-112. doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-02(55)-94-112

38. Голивец Т.П., Коваленко Б.С. Анализ мировых и российских тенденций онкологической заболеваемости в XXI веке. *Научный результат. Серия «Медицина и фармация»*. 2015;1(4):79-86.

39. Гречка П.С., Белобородова А.В., Гуменюк Л.Н. Взаимосвязь депрессии и сахарного диабета 2 типа. *Международный научно-исследовательский журнал* 2020;(7-2):75-80. DOI: 10.23670/IRJ.2020.97.7.048
40. Григоренко Е.А. Проблема суицидального поведения подростков (обзор литературы). *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2016(5):40 - 45.
41. Давидовский С.В., Игумнов С.А. Современные концепции и особенности проявления самоповреждающего поведения. *Суицидология*. 2020;11(3):33-43. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03\(40\)-33-43](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-33-43).
42. Давидовский С.В., Игумнов С.А., Козлов К.С. Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков: современные концепции. *Вопросы психического здоровья подростков*. 2022;22(2):80–92.
43. Дарьин Е.В., Зайцева О.Г. Эпидемиология несуицидального самоповреждающего поведения (несистематический повествовательный обзор). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2023;57(2):33-43.
44. Дедов И.И., Шестакова М.В., О.К. Видулова Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинко-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета. *Сахарный диабет*. 2017;20(1):13–41. DOI:10.14341/D M8664
45. Дикая Т.И. и др. Клинико-психопатологические особенности психических расстройств у больных с отравлением гипотензивными и антиаритмическими препаратами в результате суицидальных действий. *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь*. 2023;12(4):607–613. DOI: <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2023-12-4-607-613>
46. Дмитрикова Д.С. О состоянии заболеваемости населения России болезнями органов пищеварения за 2005-2019 гг. *Символ науки*. 2022(5-2):87-90.
47. Добнер С.Ю. и др. Рак легкого у больных ХОБЛ и факторы, ассоциированные со снижением их выживаемости. *Бюллетень сибирской медицины*. 2022;21(3):41-49. DOI: 10.20538/1682-0363-2022-3-41-49
48. Добрянская Е.Э., Надеева Н.А., Голенков А.В. Динамика суицидального поведения: мысли, попытки, действия. *Наукофера*. 2024(11-2):33-38.
49. Драпкина О.М., Самородская И.В. Динамика смертности мужчин и женщин от болезней и внешних причин в регионах России за период 2016—2019 гг. по сравнению с 2020 г. *Профилактическая медицина*. 2022;25(4):29–34. DOI: 10.17116/profmed20222504129
50. Драпкина О.М., Самородская И.В., Болотова Е.В., Дудникова А.В. Анализ динамики смертности от болезней органов дыхания в Российской Федерации за 2019-2020 гг. *Терапевтический архив*. 2022;94(3):401-408. DOI: 10.26442/0040366 0.202 2.03.201403

51. Драпкина О.М., Масленникова Г.Я., Шепель Р.Н. Коморбидность лидирующих неинфекционных заболеваний: патогенетические основы и подходы к терапии. *Профилактическая медицина*. 2023;26(7):7–13. DOI: <https://doi.org/10.17116/profmed2023260717>
52. Драпкина О.М., Самородская И.В. Место ожирения в медицинских свидетельствах о смерти. *Профилактическая медицина*. 2023;26(8):46–51. DOI: 10.17 116/profmed20232608146
53. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд/пер., с фр. с сокр.; под ред. В.А. Базарова. М.: Мысль, 1994. 399 с.
54. Дьяконова Е.Н., Макурова В.В., Воробьева Н.В. Новые подходы к лечению и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и микроциркуляторных нарушений у пациентов с тревожными и вегетативными расстройствами. *Лечащий врач*. 2020(7):7-13.
55. Евсеев В.Д., Мандель А.И., Кадочникова С.В. Несуицидальные самоповреждения и подверженность к модификации тела в неклинической популяции мужчин призывного возраста. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2022;3(116):37-43.
56. Евстифеева С.Е., Шальнова С.А., Макарова Ю.К. и др. Ассоциируется ли уровень тревоги и депрессии в популяции со смертностью населения? По данным исследования ЭССЕ-РФ. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(5):252-261, DOI: 10.15 829/1728-8800-2021-3009
57. Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Медведева Т.И. и др. Влияние пандемии COVID-19 на состояние здоровья людей, страдающих психическими заболеваниями. *Психиатрия*. 2023;21(2):72–88. DOI: 10.30629/2618-6667-2023-21-2-72-88
58. Ефремова О.Н., Ростова Н.Н. Мониторинг латентных суицидальных тенденций в молодежной среде. *Вестник общественных и гуманитарных наук*. 2022;3(1):33–37.
59. Жданова О.А. и др. Эффективность антигипертензивной терапии у пациентов, страдающих артериальной гипертензией в сочетании с хронической болью в спине. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(S1):30-40.
60. Журавлева М.В., Терещенко С. Н., Жиров И.В. и др. Оценка эффективности затрат на предотвращение сердечно-сосудистой смерти и достижение целевого показателя «Снижение смертности населения от болезней системы кровообращения» Государственной программы «Развитие здравоохранения» при применении препаратов валсартан+сакубитрил, дапаглифлозин и эмпаглифлозин у пациентов с хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса левого желудочка. *Российский кардиологический журнал*. 2023;28(3):5386. DOI:10. 15829/1560-4071-2023-5386.

61. Залесская Ю.В., Кыдыралиева Р.Б., Джишамбаев Э.Д. Тревога и депрессия как мультидисциплинарная проблема лечебно-профилактической модели при коронарной болезни сердца. *Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета*. 2021;21(1):118-124.
62. Захарова Е.В. Модель психосоциального сопровождения больных туберкулезом: дис. д.псх.н. Самара; 2020. 775 с.
63. Зотов П.Б. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей-онкологов. *Суицидология*. 2011;(4):18-25.
64. Зотов П.Б. и др. Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение II. *Суицидология*. 2018;9(4):85-108. DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-04 (33)-85-108
65. Зинчук М.С., Аведисова А.С., Жабин М.О., Гехт А.Б. Суицидальность в позднем возрасте: социокультуральные и клинические факторы риска. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2018(7):104 -111.
66. Зыков В.В., Мальцев А.Е. Значение соматических заболеваний в возникновении суицидального поведения. *Тюменский медицинский журнал*. 2013;15(3):5 - 6.
67. Иванова А. Ю., Долгалев И. В. Влияние избыточной массы тела и ожирения на смертность (по результатам 27-летнего проспективного исследования). *Профилактическая медицина*. 2017;3:34–39.
68. Изможерова Н.В. и др. Полиморбидность и полипрагмазия у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2022;18(1):20-26. DOI: 10.20996/1819-6446-2022-02-09
69. Ильяшенко К.К., Суходолова Г.Н., Белова М.В., Симонова А.Ю., Поцхверия М.М. Анализ структуры смертных исходов при включении гипотензивных и антиаритмических препаратов. *Трансплантология*. 2024;16(1):54-63. [https://doi.org/ 10.23873/2074-0506-2024-16-1-54-63](https://doi.org/10.23873/2074-0506-2024-16-1-54-63)
70. Ипатов А.В. Личностный фактор аутодеструктивного поведения подростков. *Вестник психотерапии*. 2021;82(77):54–70.
71. Исаков В.Д., Леонова О.Н., Рассохин В.В., Цинзерлинг В.А., Эсауленко Е.В., Хамидуллина Д.С. Динамика и структура случаев ВИЧ-инфекции в судебно-медицинской практике. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2024;16(3):72–81. DOI: 10.22328/2077-9828-2024-16-3-72-81
72. Кабанченко С.Н. Проблема суицидального риска в современном обществе: гендерные, социально-психологические маркеры. *Проблемы современного педагогического образования*. 2019(65– 62):322– 325.
73. Кайгородова Т.В., Крюкова И.А. Влияние злоупотребления алкоголем на развитие неинфекционных заболеваний (аналитический

обзор). *Общественное здоровье*. 2021;1(2):7-11. DOI: 10.21045/ 2782-1676-2021-1-2-48-61

74. Кандрычын С.В. Исторические и социокультурные аспекты эпидемиологии туберкулеза. *Псковский регионологический журнал*. 2017;2:51- 60.

75. Кандрычын С.В. Психосоматика туберкулеза: библиометрический подход. *Туберкулез и болезни легких*. 2018;96(4):63-67. DOI:10.21292/2075-1230-2018-96-4-63-67.

76. Канова Т.Н., Волобуева Н.М. Депрессия и ее психосоматические проявления. *Universum: психология и образование*. 2022;(10):15-17.

77. Капитанаки, В.Е., Лифанова, П.А. Отношение к смерти у женщин с аутоагрессивным поведением. *Научные высказывания*. 2025;1(69):77 - 92.

78. Карева М.В., Асанова Л.Р., & Ключев А.Е. Структурный анализ острых химических отравлений у лиц старше 60 лет. *Успехи геронтологии*. 2023;36(4): 532-538.

79. Карпунина Н.С., Ткаченко В.В., Орехова Е.Н. и др. Значимость депрессии и андрогенодефицита в развитии инфаркта миокарда у мужчин молодого возраста. *Пермский медицинский журнал*. 2023;40(6):40-52. DOI: 10.17816/pmj40640-52

80. Карпушкина А.В., Прохорова С.В., Брынза Н.С. и др. Профилактика депрессии у пациентов с сахарным диабетом и другими социально значимыми заболеваниями. *Медицинская наука и образование Урала*. 2020;(2):94-102, DOI: 10.36361/1 814-89 99-2020-21-2-94-102

81. Касимова Л.Н., Святогор М.В., Сычугов Е.М. Роль клинических и социальных факторов риска в возникновении и развитии суицидального поведения у подростков и лиц молодого возраста *Суицидология*. 2022;13(2):74-91. DOI: doi.org/10. 32878/suiciderus.22-13-02(47)-74-91

82. Качнов В.А. Внезапной сердечная смерть у лиц молодого возраста: состояние проблемы и формирование комплексного подхода в ее профилактике: Автореф. дисс. д.м.н. Санкт-Петербург, 2022. 44 с.

83. Кекелидзе З.И., Положий Б.С., Бойко Е.О. и др. Суициды в период пандемической самоизоляции. *Российский психиатрический журнал*. 2020;3:4–13. DOI: 10.24411/ 1560-957X-2020-10301

84. Кельн А.А., Алифов Д.Г., Звезда С.А., Засорина М.А. Рак предстательной железы: взаимосвязь с развитием депрессии и суицидальных мыслей. *Вестник урологии*. 2022;10(1):104-109.

85. Кесян К.Л., Мазус В.А. Особенности суицидальности у лиц пожилого возраста: клиничко-социальный аспект. *Вопросы охраны психического здоровья*. 2022;1(2):37–43.

86. Кирпиченко А.А. Место современных антидепрессантов в терапии психических нарушений в рамках постковидного синдрома. *Пси-*

хиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2021;12(4):692 - 698. DOI: 10.34883/PI.2021.12.4.011

87. Климова И.Ю. и др. Суицидальное поведение подростков в период пандемии новой коронавирусной инфекции. *Сибирский медицинский вестник*. 2023;7(2):54–59. DOI: 10.31549/2541-8289-2023-7-2-54-59

88. Книжникова С.В. Представления родителей о самоубийствах и запросы на повышение осведомленности в сфере профилактики суицидального поведения детей. *Интеграция образования*. 2024;28(3):400-420. <https://doi.org/10.15507/1991-9468.116.028.202403.400-420>

89. Ковалев Ю.В. Некоторые особенности психогенеза язвенной болезни. *Тюменский медицинский журнал*. 2013;15(2):36-38.

90. Колпаков Я.В., Ялтонская А.В., Абросимов И.Н. и др. Суицидальность среди лиц с фетальным алкогольным спектром нарушений: обзор. *Вопросы наркологии*. 2024;36(6):55–64.

91. Коростелева И.С., Суроегина А.Ю., & Шутков А.Е. Психалгия и латентный суицид: способы обращения с телом. *Журнал практической психологии и психоанализа*. 2019(1). <https://psyjournal.ru/articles/psihalgiya-i-latentnyy-suicid-spos-oby-obrash-cheniya-s-telom>

92. Коровников А.Г., Сандыбаев М.Н. Факторы риска и основы профилактики суицидального поведения онкологических пациентов. *Российский онкологический журнал*. 2015;20(4):28 - 29.

93. Корочанская Н.В, Дурлештер В.М., Ковалевская О.В., Серикова С.Н., Попандопуло К.И. Показатели заболеваемости и смертности от болезней органов пищеварения в Краснодарском крае и качество оказания медицинской помощи гастроэнтерологическим пациентам. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2019;29(4):30-37. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2019-29-4-30-37>.

94. Косолапов В.П., Ярмонова М.В. Анализ высокой сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности взрослого населения как медико-социальной проблемы и поиск путей ее решения. *Уральский медицинский журнал*. 2021;20(1):58 - 64. DOI: 10.52420/2071-5943-2021-20-1-58-64

95. Коссова Т.В. Экономические детерминанты смертности от болезней органов пищеварения в России. *Экономическая политика*. 2023;18(1):34-53.

96. Кравченко Н.Е., Суетина О.А. Психические расстройства в онкопедиатрической практике, их диагностика и курация. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2021;21(3):47-52.

97. Красавцев Е.Л., Свентицкая А.Л. Качество жизни, уровень тревоги и суицидальный риск у пациентов с хроническим гепатитом С и циррозом печени. *Проблемы здоровья и экологии*. 2017;3:68-73. <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2017-14-3-15>

98. Кузнецов П.В. Способы и средства суицидальных попыток мужчин, содержащихся под стражей. *Суицидология*. 2013;3(12):64-69.

99. Кузнецова П.О. Алкогольная смертность в России: оценка с помощью данных репрезентативного обследования. *Население и экономика*. 2020;4(3):75-95. DOI: 10.3897/porесon.4.e51653

100. Куприянова И.Е., Гураль Е.С. Психические расстройства у пациентов с онкопатологией определенной локализации (рак легких, желудка, кишечника). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019;2(103):74–81.

101. Лазуренко С.Б., Апросимова С.И., Свиридова Т.В., Конова С.Р., Герасимова А.М. Состояние психолого-педагогической помощи детям в учреждениях здравоохранения. *Российский педиатрический журнал*. 2024;27(4):269–276. <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2024-27-4-269-276>

102. Ласый Е.В., Паровая О.И. Выявление пациентов с суицидальным риском в общемедицинской практике: Учеб.-метод. пособие. Мн.: БелМАПО, 2012. 34 с.

103. Лебедева Е.В. и др. Атипичная депрессия у больных хронической ишемической болезнью сердца. *Бюллетень медицинской науки*. 2021;2(22):48–58. DOI: 10.31684.25418475_2021_2_47

104. Ливенцева М.М., Павлова О.С., Коробко И.Ю. и др. Депрессия как фактор риска развития и прогрессирования артериальной гипертензии. *Кардиология в Беларуси*. 2020;12(5):629-638. DOI: 10.34883/PI.2020.12.5.002

105. Лидова А.В., Скрипов В.С., Кочорова Л.В. Бремя суицидов: оценка в потерянных годах потенциальной жизни. *Профилактическая медицина*. 2023;26(2): 50–55. DOI: 10.17116/profmed20232602150

106. Лобзин Ю.В. и др. Инновации в лечении гриппа у детей и подростков. *Журнал инфектологии*. 2025;16(4):112-121.

107. Логинов Ю.Е., Глазунова И.В., Богомолов Д.В. О распознавании признаков суицида. *Вестник военного права*. 2024(1):26-32.

108. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г. Суицидальное поведение и рак. Часть I. Эпидемиология и факторы риска. *Суицидология*. 2015;64(21):3- 21.

109. Мазеркина И.А., Давыдов И.Г., Аляутдина О.С. Комбинированные оральные контрацептивы при синдроме поликистозных яичников: pro и contra (обзор). *Безопасность и риск фармакотерапии*. 2024;12(2):214–229. DOI: 10.3089 5/2312-7821-2024-12-2-214-229

110. Макимбетов Э.К., Салихар Р.И., Туманбаев А.М., Токтаналиева А.Н., Керимов А.Д. Эпидемиология рака в мире. *Современные проблемы науки и образования*. 2020;(2):167.

111. Максимова О.В. и др. Распространенность заболеваний щитовидной железы в регионе умеренной йодной недостаточности по данным аутопсии трупов лиц, умерших от нетиреоидных заболеваний. *Фундаментальные исследования*. 2014; (4–2):302–304.

112. Матиевская Н.В., Кашевник Т.И., Копыцкий А.В., Сказка А.Э. Клинические, возрастные и гендерные факторы и причины смертности ВИЧ-инфицированных пациентов. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2020;12(4):51–59. DOI: 10.22328/2 077-9828-2020-12-4-51-59

113. Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М. и др. Анализ динамики депрессивной симптоматики и суицидальных идей во время пандемии COVID-19 в России. *Суицидология*. 2020;11(3):316. DOI:10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-3-16

114. Мерабишвили В.М. Состояние онкологической помощи в России: эпидемиология и выживаемость больных злокачественными новообразованиями (однолетняя и пятилетняя) по всем локализациям опухолей. Влияние пандемии коронавируса (популяционное исследование). *Злокачественные опухоли*. 2023;13(3s1) :85-96.

115. Мерабишвили В.М. Состояние онкологической помощи в России: дети (0–14 лет), заболеваемость, смертность, годовичная летальность (популяционное исследование на уровне федерального округа). Часть I. *Российский журнал детской гематологии и онкологии (РЖДГО)*. 2023;10(2):54-62.

116. Мехдиев Э.С. Инородное тело желудочно-кишечного тракта в результате попытки суицида: клинический случай. *Судебная медицина*. 2023;9(2):209-215. <https://doi.org/10.17816/fm5710>

117. Мигачева Н.Б. Эволюционные аспекты эпидемиологии, лечения и профилактики атопического дерматита: Автореф. дисс. д.м.н. Москва, 2020. 48 с.

118. Мишина С.С. Психолого-педагогическая модель превенции суицидального риска у подростков: д.кпсх.н. Саратов, 2022.

119. Моисеева Т.А. Саморазрушающее поведение подростков как скрытый суицид. *Молодой ученый*. 2019(22):642–644.

120. Мосолов С.Н., Федорова Е.Ю. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний при биполярном расстройстве. Клинико-социальные факторы. *Терапевтический архив*. 2021;93(12):1556–1561. DOI: 10.26442/00403660.2021.12.201175

121. Музуров К.В., Халимов Ю.Ш., Фомичев А.В., Ветряков О.В. Отравление изониазидом с суицидной целью: клинический случай. *Практическая медицина*. 2016;1(93):126-129.

122. Мунин А.О., Голубев С.А. Дефиниция суицидального риска у пациентов с шизофренией (обзор литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2024(2)(123):65-74. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2\(123\)-65-74](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2(123)-65-74)

123. Муркамилов И.Т. и др. Ожирение в XXI веке. Распространенность, фенотипы, варианты течения и последствия. *Бюллетень науки и практики*. 2024;10(4):268-303.

124. Мурзакаев А.А., Есина О.Б., Громова А.А., & Сизикова Е.А. Некоторые особенности суицидального поведения населения Свердловской области в условиях пандемии COVID-19. *Вестник Уральского государственного медицинского университета*. 2021;1:53 - 55.

125. Мухамедова М.М., Ахметова А.А. Суицидальное поведение как побочный эффект фармакотерапии циклосерином у больных туберкулезом. *Современные исследования социальных проблем*. 2015;4:511-523.

126. Мякишева Т.В, Авдеева Т.Г. Трудности диагностики и оценка эффективности лечения туберкулезной инфекции легочной и абдоминальной локализации у детей. *Смоленский медицинский альманах*. 2020;(2):132-136.

127. Нагибина Ю.В., Кубарева М.И., Князева Д.С. Гендерные особенности медико-социальных показателей больных ишемической болезнью сердца с различным уровнем депрессии. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(1):12-20. DOI: 10.158 29/1728-8800-2021-2425

128. Невзорова В.А., Черток В.М., Бродская Т.А. и др. Дисфункция митохондрий и сосудистое старение при коморбидной патологии. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2022;1:10-16. DOI:10.34215/1609-1175-2022-1-10-16

129. Незнанов Н.Г., Кибитов А.О., Рукавишников Г.В., Мазо Г.Э. Прогностическая роль депрессии в качестве предиктора манифестации хронических соматических заболеваний. *Терапевтический архив*. 2018;90(12):122-132.

130. Ножкина Н.В., Зарипова Т.В., Ошкордина А.А. Социально-демографические и экономические аспекты потерь, обусловленных заболеваниями органов пищеварения. Демографическая и семейная политика в контексте целей устойчивого развития: сборник статей IX Уральского демографического форума: Том I. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2018:638-645.

131. Носова Е.С., Спасенников Б.А., Александрова О.Ю. Эпидемиология самоубийств в мире и факторы риска суицидального поведения. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. 2021;4:4-17.

132. Организация и финансирование здравоохранения в России и в мире: тенденции и перспективы /С.В. Шишкин, И.М. Шейман, А.А. Алмазов и др. – М. Издательство высшей школы экономики. 2025. 520 с.

133. Омарова Ю.В., Тарловская Е.И., Мордвинов А.А. Приверженность к терапии полиморбидных пациентов с хронической сердечной недостаточностью. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2022;10(1):45–52. DOI: 10.23888/НМЖ2022101 45-52

134. Омельченко В.П., Заика В.Г., Пшеничная Н.Ю., Остапенко Г.Н., Демидова А.А. Прогнозирование психической дезадаптации у больных хроническими вирусными гепатитами по результатам соматопсихологического обследования. *Фундаментальные исследования*. 2013;9-4:720-723.

135. Орлов Ф.В., Голенков А.В., Деомидов Е.С. и др. Взрыв бытового газа как способ убийств и самоубийств, совершенных лицами с психическими расстройствами: серия случаев в регионах России (2012-2021 гг.). *Суицидология*. 2022;13 (1):45-58. DOI: 10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-45-58

136. Патрикеева О.Н., Мохначева Я.В., Кибитов А.О. Суицидальное поведение у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра: обзор исследований в российской популяции. *Психиатрия*. 2024;22(6):89–102.

137. Пермьякова Е.А., Шишмакова А.С. Статистическая оценка суицидов населения в ПФО. *Вестник Вятского ГАТУ. Экономические науки*. 2022;1(11):1–9.

138. Петрова Н.Н. Проблема суицида при депрессии в современном мире. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(6 вып. 2):43-48. <https://doi.org/10.17116/jnevro202212206243>

139. Покровский В.В., Улумбекова Г.Э., Петрачков И.В. Организация медицинской помощи при инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека. *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2022;8(2):108-130. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2022-8-2-108-130>

140. Полякова О.А., Кроткова И.Ф., Литвинова С.Н., Остроумова О.Д. Стресс как основа полиморбидности и способы его коррекции на ранних этапах. *Медицинский совет*. 2022;16(21):96–105. DOI: 10.21518/2079-701X-2022-16-21-96-105

141. Полянский Д.А. и др. Психопатологические расстройства и характер самоповреждений у больных с гемоконтактными инфекциями (вирус иммунодефицита человека, гепатиты). *Российский психиатрический журнал*. 2019(2):43–48. DOI: 10.24411/1560-957X2019-11919

142. Померанцева О.Н., Поткаев Н.Н. Заболеваемость населения болезнями кожи и подкожной клетчатки как медико-социальная проблема. *Клиническая дерматология и венерология*. 2013;11(6):4-6. <http://elib.fesmu.ru/elib/Article>

143. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. Санкт-Петербург: СпецЛит. 2017. 366 с.
144. Потемкин В.В., Марченко О.А., Гольцман Е.В., Аникина Л.К., Гладышева Е.К. Патомимия в практике врача-офтальмолога — сложный клинический случай. *Офтальмологические ведомости*. 2021;14(4):73–78. DOI: <https://doi.org/10.17816/OV101088>
145. Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б., Поцхверия М.М., Суходолова Г.Н. Самоотравления гипотензивными препаратами: клинико-психологические и социально-демографические факторы, и общие подходы к профилактике. *Журнал им. Н.В. Склифосовского. Неотложная медицинская помощь*. 2021;10(4):719-727.
146. Пуговкина О.Д., Борисоник Е.В., Холмогорова А.Б., Симонова А.Ю., Поцхверия М.М. Социально-демографические и клинико-психологические факторы суицидальных попыток путем самоотравления в пожилом возрасте. *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь*. 2024;13(4):590-598. DOI: 10.23934/2223-9022-2024-13-4-590-598
147. Пузырева Л. и др. Соматическая и инфекционная патология как причина летальных исходов при ВИЧ-инфекции. *Врач*. 2020;31(2):18–23. DOI: 10.29296/25877305-2020-02-04
148. Пшениснов К.В. и др. Электрокардиостимуляция при острых отравлениях противоаритмическими препаратами у детей (клинический случай). *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. 2023;2(1):57–63. DOI: 10.24884/2078-5658-2023-20-1-57-63
149. Пятакова Г.В., Осипова А.В., Зорин В.И., Бриль М.С., Баиндурашвили А.Г. Отношение к будущему у подростков с последствиями тяжелой физической травмы. *Физическая и реабилитационная медицина*. 2024;6(1):31-41. DOI: 10.26211/2658-4522-2024-6-1-31-41.
150. Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б. Самоубийства и смертность от туберкулеза в России: сравнительный анализ временных серий. *Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова*. 2017;25(4):599-605.
151. Распопова Н.И., Джамантаева М.Ш., Нуркатов Е.М. и др. Современные подходы к диагностике и терапии тревожно-депрессивных расстройств в условиях первичной медико-санитарной помощи. *Медицина (Алматы)*. 2020(5-6):53-62. <https://doi.org/10.31082/1728-452X-2020-215-216-5-6-53-62>
152. Решетова Т.В. О суицидальном поведении больных соматической клиники. *Суицидология*. (2011);2(3(4)):37-38.
153. Розанов В.А. Агрессия и аутоагрессия (суицид) - анализ с позиций нейробиологии. *Суицидология*. 2022;13(3):3-38. DOI: 10.32878/suiciderus.22-13-03(48)-3-38

154. Розанов В.А., Незнанов Н.Г., Ковалев А.В. и др. Превенция суицидов в контексте профилактической медицины. *Профилактическая медицина*. 2022;25(5):101–109. DOI: <https://doi.org/10.17116/profmed202225051101>
155. Розанов В.А., Семёнова Н.В. Суицидальное поведение в условиях пандемии COVID-19. *Психиатрия*. 2022;20(3):74–84. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-3-74-84>
156. Романова М.М., Чернов А.В., Борисова Е.А., Панина И.Л. Эпидемиология факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и нарушений метаболизма при полиморбидности. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2020; (1):20-24.
157. Романовская М.В., Фесенко Ю.А. Профилактика суицидоопасного поведения у детей и подростков. *Медицинская психология в России*. 2024;16(3):32-44.
158. Романова Ю.Ю. Качество жизни и психосоматические расстройства при алопециях: клиника, типология, комплексная терапия: автореф. дисс. к.м.н. Москва, 2022. 24 с.
159. Рузиев Ш.И., Шамсиев А.Я., Икрамов К.И. Экспертная оценка при суицидах. *Молодой ученый*. 2017;11(145):146-148.
160. Руженкова В.В. Непсихотические психические расстройства, суицидальное поведение и учебный процесс у студентов-медиков: автореф. д.м.н. - Белгород, 2021. 46 с.
161. Рутковская Н.С., Шамрей В.К., Курасов Е.С., Колчев А.И., Нечипоренко В.В. Особенности раннего постсуицидального периода у лиц с психическими расстройствами после повторных суицидальных попыток. *Доктор.Ру*. 2020;19(9):59-64. DOI: 10.31550/17272378-2020-19-9-59-64
162. Рябова В.В., Евсеева А.Л., Кошкин С.В. Аутоагрессивные дерматозы в практике дерматовенеролога. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2022;98(2): 81–88. DOI: <https://doi.org/10.25208/vdv1309>
163. Сабгайда Т.П. Предотвратимые причины смерти в России и странах Евросоюза. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2017;61(3):116–122. DOI: 10.18821/044-197X-2017-61-3-116-122
164. Савина А.А., Фейгинова С.И., Землянова Е.В. Смертность взрослого населения г. Москвы и Российской Федерации от причин, ассоциированных с ожирением. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(спецвыпуск):1109–1115. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1109-1115>.
165. Савина А.А., Лукманов А.С., Землянова Е.В. Тенденции смертности от ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2023;15(2):81–89. DOI: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2023-15-2-81-89>

166. Саидмурадова, Г. М., Мамаджанова, Г. С., Маджонова, М. Д., & Хамидова, М. Приверженность к ВААРТ у детей с ВИЧ-инфекцией. *Endless light in Science*. 2022;40-42.

167. Самородская И.В., Ойноткинова О.Ш., Горелов М.В., Никонов Е.Л. Динамика региональной смертности от заболеваний органов пищеварения разных классов в России в 2019—2021гг. *Доказательная гастроэнтерология*. 2024;13(3): 5–12. <https://doi.org/10.17116/dokgastro2024130315>

168. Санников А.Л., Грищенкова Е.В., Семерикова Д.А., Соломатина Е.В. Тенденции смертности от внешних причин населения Европейского Севера за 2010–2021 годы. *Журнал медико-биологических исследований*. 2024;12(1):89-98. DOI: 10.37482/2687-1491-Z171

169. Сафонова П.В. и др. Опыт употребления психоактивных веществ и рискованное поведение в настоящем у ВИЧ-инфицированных женщин. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2014;6(4):24–34.

170. Севостьянова Е.В., Николаев Ю.А., Поляков В.Я. Проблема полиморбидности в современной терапевтической клинике. *Бюллетень сибирской медицины*. 2022;21(1):162–170. DOI: <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2022-1-162-170>

171. Севостьянова Е.В., Николаев Ю.А., Поляков В.Я. и др. Ассоциация тревоги и депрессии с полиморбидностью и качеством жизни у больных артериальной гипертензией. *Вестник Межнационального центра исследования качества жизни* 2023; (41-42):35-45.

172. Селюгина К.В., Лутошлива Е.С. Теоретические основы психологического консультирования больных туберкулезом по проблеме аутоагрессии. *Проблемы теории и практики современной психологии*. Материалы XX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием Иркутск. 2021. 294-298.

173. Семенова В.Г. и др. Потери российского населения от внешних причин и специфика их учета. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2021;67(2):2–47.

174. Сенцов В.Г., Гусев К.Ю., Давыдова Н.С., Чекмарев А.В. Отравления парацетамолом: эпидемиология, диагностика, лечение (состояние проблемы). *Уральский медицинский журнал*. 2024;23(6):108-131. DOI: <https://doi.org/10.52420/umj.23.6.10>

175. Серов О.А., Жукова Е.М., Турсунова Н.В. Коморбидность туберкулеза и психических расстройств как проблема его эффективного лечения. *Сибирское медицинское обозрение*. 2024;(6):25-33. DOI: 10.20333/25000136-2024-6-25-33

176. Сиволап Ю.П., Портнова А.А., Янушкевич М.В. и др. Шизофрения как предмет компетенции психиатра, нарколога, кардиолога, эндокринолога и патологоанатома. *Неврологический вестник*. 2020;LII(3):76–81. DOI: 10.17816/nb44729

177. Скугаревская, М.М. Соматические маски депрессии. *Медицинские новости*. 2022;(1(328)):61-66.

178. Софронов А.Г. и др. Суицидальные попытки отравления: учебное пособие. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. 52 с.

179. Старостина Е.Г., Ананян М.В. Синдром пищевых эксцессов: Эпидемиологические, клиничко-патогенетические и терапевтические аспекты. *Сахарный диабет*. 2024;27(1):84-95.

180. Степанов И.Л., Крюков В.В., Милехина А.В. и др. Основы психопатологической диагностики и алгоритмы действий персонала при выявлении психических нарушений у больных коронавирусной инфекцией COVID-19 в условиях соматического стационара. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2021;31(3):60-69.

181. Степанченко О.А., Баринков Е.Х., Хохлова Т.Ю., Горбачев А.В. Основные причины смертности у лиц с сахарным диабетом. Факторы риска и клинические ошибки. *Здравоохранение Югры: опыт и инновации*. 2022;3:43–55.

182. Стерликов С.А., Михайлова Ю.В., Голубев Н.А. и др. Смертность от основных инфекционных и паразитарных заболеваний: болезни, вызванной ВИЧ, туберкулеза и парентеральных вирусных гепатитов в Российской Федерации и ее динамика в 2015-2020 гг. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022;(3):40-65. DOI: 10.24412/2312-2935-2022-3-40-65

183. Стоянова Р., Раденкова-Саева Я. Острые отравления антигипертензивными и антиаритмическими препаратами. Клиничко-эпидемиологическое исследование. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2017;12(3):247-249.

184. Страусева А.В., Кениксфест Ю.В. Современные представления о психических нарушениях у больных атопическим дерматитом. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2014:(12-2):274-277.

185. Сыдыкова Л.А., Бурцева Т.Е., Бугова Л.А. Анализ смертности населения от эндокринных заболеваний и сахарного диабета в Республике Саха (Якутия) за 2018–2022 гг. *Пермский медицинский журнал*. 2024;41(3):129–135. DOI: 10.17816/ pmj413129%135

186. Сырковашина К.В. и др. Факторы риска формирования суицидального поведения у детей и подростков (по результатам анализа региональных посмертных судебных экспертиз). *Психология и право*. 2019;9(1):71-84.

187. Суботич М.И. Клиничко-психологические и социодемографические факторы суицидального поведения и риска его хронификации: обзор исследований. *Консультативная психология и психотерапия*. 2023;31(1):9-30. DOI: 10.17759/ cpr.20 2331 0101

188. Суицидальность: результаты новых мета-анализов. *Консультативная психология и психотерапия*. 2023;31(2):171–176. DOI: 10.17759/cpp.2023310209

189. Таскина Е.А., Алексеева Л.И., Кашеварова Н.Г., Лиля А.М., Насонов Е.Л. Мультиморбидность при остеоартрите. *Научно-практическая ревматология*. 2022;60(3):306 - 313.

190. Терлецкая Р.Н., Фисенко А.П., Тимофеева А.Г., Конова С.Р. Причины детской смертности вне медицинских организаций. *Российский педиатрический журнал*. 2020;23(5):304-312. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9561-2020-23-5-304-312>

191. Терлецкая Р.Н., Зелинская Д.И. Причины больничной летальности среди детей. *Российский педиатрический журнал*. 2022;25(3):177-185. DOI: <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2022-25-3-177-185>

192. Титова С.А., Круглова М.П. Новые тенденции в этиологии заболеваний печени. *European Journal of Natural History*. 2023;2:42-47.

193. Токмаков К.А., Унжаков В.В., Якимов П.Е., Скирута Д.В. Метгемоглобинемия вследствие воздействия нитритом натрия (клиническое наблюдение). *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2023(2):35 – 42.

194. Трошина Е.А., Платонова Н.М., Панфилова Е.А. Аналитический обзор результатов мониторинга основных эпидемиологических характеристик йододефицитных заболеваний у населения Российской Федерации за период 2009–2018 г. *Проблемы эндокринологии*. 2021;67(2):10–19. DOI: <https://doi.org/10.14341/prob112433>

195. Тынышбаева А.А., Шаймерденов А.Х. Суицид среди несовершеннолетних: социально-психологические причины и меры профилактики. *Вестник Академии правоохранительных органов при Генеральной прокуратуре Республики Казахстан*. 2020(4):110-118.

196. Улюкин И.М. и др. Взаимосвязь самооотношения и эмоционального статуса больных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. *Вестник Военно-медицинской академии*. 2015;52(4):72–79.

197. Уманский М.С. и др. Суицид и сердечно-сосудистые заболевания: есть ли взаимосвязь? *Суицидология*. 2017;8(3(28)):94 - 98.

198. Фетисов В.А., Богомоллов Д.В., Джувалыков Г.П., и др. Судебно-медицинские аспекты проблемы виктимности лиц преклонного возраста (на примере самоубийства онкологического больного). *Судебно-медицинская экспертиза*. 2019;1:46 - 50. DOI: <https://doi.org/10.17116/sudmed20196201146>

199. Филиппова Т.П. и др. Современные тенденции эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России. *Сибирский медицинский журнал*. 2009;7:13-16.

199. Фролова В.И. Психопатологические механизмы аутоагрессивного поведения в дерматологии (дерматозойный бред и ограниченная ипохондрия). *Дерматология*. 2014(4):36 – 39.

200. Фролова О.П., Бутыльченко О.В., Стаханов В.А. и др. Причины летальных исходов среди больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией. *Национальное здравоохранение*. 2021;2(1):59–62. DOI: <https://doi.org/10.47093/2713-069.X.20.21.2.1.59-62>
201. Фурсов Р.А., Оспанов О.Б. Парадокс ожирения: новые факты как пример обратной эпидемиологии. *Русский медицинский журнал*. 2019;1(1):16–20.
202. Харлова А.А., Ракитина В.В., Мурзакаев А.А. Динамика суицидального поведения во время пандемии COVID-19. VI Международная (76 Всероссийская) научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения». 2023:697-702.
203. Хаустова Е.А., Чабан О.С. Фармакотерапия психических расстройств, ассоциированных с COVID-19. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2021;12(1):85-105. DOI: 10.34883/PI.2021.12.1.008
204. Холмогорова А.Б. и др. Клинико-психологические особенности больных с отравлением гипотензивными и антиаритмическими препаратами в результате суицидальных действий. *Журнал им. Н.В. Склифосовского неотложная медицинская помощь*. 2022(11(4)):584 - 590.
205. Храмов Е.В. Психологические и психосоматические факторы риска суицидального поведения подростков. *Современная зарубежная психология*. 2020;9(1):68-75. DOI:10.17759/jmfp.2020090107
206. Чагин В.С. Молодежный суицид в период пандемической самоизоляции. *Социология*. 2022(5):148-155.
207. Черная М.И., Холмогорова А.Б., Зубарева О.В., Журавлева Т.В. Клинические и социально-психологические характеристики пациентов с суицидальными попытками. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016;24(3):69–88. DOI: 10.17759/cpp.20162403005
208. Черникова Е.Г. Проблема изучения факторов подросткового суицида и его профилактики в современных научных исследованиях. *Казанский вестник молодых учёных*. 2023;7(2):26-37.
209. Чернова А.А., Ким В.В. Обзор российских и зарубежных исследований по проблеме аутоагрессивного поведения личности. *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования*. 2022;11(A):262-271. DOI: 10.34.670/AR.20.23.54.36
210. Чистикин А.Н., Чистикина Т.А., Зороастров М.О. Дерматоглифика стоп у лиц с суицидальным поведением. *Суицидология*. 2012;1:49-52.
211. Чистопольская К.А., Колачев Н.И., Ениколопов С.Н. Вопросы диагностики суицидального риска: где, когда и как проводить оценку. *Консультативная психология и психотерапия*. 2023;31(2):9-32. DOI: 10.17759/cpp.2023310201

212. Чичерин Л.П., Щепин В.О., Чичерина С.Л. Суицид как проблема общественного здоровья. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(4):740—747. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-4-740-747>
213. Чуева Е.Н. Самоповреждающее поведение детей и подростков. *Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки*. 2017;1(29):71-77.
214. Шабунова А.А. и др. Обзор мировых и региональных тенденций заболеваемости ВИЧ-инфекцией и обусловленной ей смертности. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2017;54(2):9.
215. Шаповалова А.Б., Бабушкина И.В. Особенности психических нарушений у больных аутоиммунным тиреоидитом. *Медицина: теория и практика*. 2020;5(2):10–15.
216. Шаповалова И.С., Ковальчук О.В. Самосохранительные стратегии молодежи: реализация национальных проектов и интересов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2025;33(1):33-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-33-41>
217. Шарапова О.В., Кича Д.И., Герасимова Л.И. и др. Картографический анализ показателей заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения населения Российской Федерации (2010-2019 гг.). *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*, 2022;11(1):56-68.
218. Шахзадова А.О., Старинский В.В., Лисичникова И.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году. *Сибирский онкологический журнал*. 2023;22(5):5-13.
219. Шилова М.В. Смертность населения и больных туберкулезом от туберкулеза и других причин и факторы, оказывающие влияние на ее уровень. *Инфекционные болезни*. 2015;1:32-37.
220. Шишкова В.Н. Ожирение в зеркале психоэмоциональных нарушений: фокус на фармакотерапию. *Фармация и фармакология*. 2022;10(1):19-30. DOI: [10.19163/2307-9266-2022-10-1-19-30](https://doi.org/10.19163/2307-9266-2022-10-1-19-30)
221. Шульц К.В. и др. Некоторые эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции на современном этапе на территории Российской Федерации (обзорная статья). *Медицина*. 2023;11(3):76–90.
222. Эсауленко А.Н. и др. Кардиотоксичность гипотензивных препаратов (обзор литературы) Часть I. Блокаторы кальциевых каналов и β -блокаторы. *Медицинский алфавит*. 2021;(25):12–19. doi: [10.33667/2078-5631-2021-25-12-19](https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-25-12-19)
223. Яковлев А.Б. Артифициальный дерматит и его осложнения: особенности диагностики и терапии. *Медицинский алфавит*. 2021;(27):70–76. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-27-70-76>

224. AbdElmageed R.M., Hussein S.M.M. Risk of depression and suicide in diabetic patients. *Cureus* 2022;14(1):e20860. DOI: 10.7759/cureus.20860
225. Abdisa L., Letta S., & Nigussie K. Depression and anxiety among people with hypertension on follow-up in Eastern Ethiopia: A multi-center cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13:853551.
226. Ahn E., Shin D.W., Cho S.I., Park S., won Y.J., Yun Y.H. Suicide rates and risk factors among Korean cancer patients, 1993-2005. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prevention*. 2010;19(8):2097-2105. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-10-0261>
227. Aldaz P. et al. Mortality by causes in HIV-infected adults: comparison with the general population. *BMC Public Health*. 2011;11:1–8. DOI: 10.1186/1471-2458-11
228. Anguiano L., Mayer D.K., Piven M.L., Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nursing*. 2012;35(4):E14-26.
229. Baca-Garcia E. Suicide attempts among women during low estradiol/low progesterone states. *Journal of Psychiatric Research*. 2010;44(4):209–14. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2009.08.004
230. Bantjes J., Kagee A. Suicide Prevention in HIV Treatment Centres: Population Attributable Risk Analysis of Treating Common Mental Disorders. *AIDS and Behavior*. 2021;25(6):1864-1872. DOI: 10.1007/s10461-020-03116-5
231. Barlow R., Payyazhi G., Hogan S., et al. Suicide and suicidality in children and adolescents with chronic skin disorders: a systematic review. *Acta Dermato-Venereologica*. 2023;103:adv00851. DOI: 10.2340/actadv.v102.1502
232. Barnard K.D., Majidi S., Clements M.A., et al. RESCUE Collaborative Community: A New Initiative to Reduce Rates of Intended Self-Injury and Suicide Among People with Diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*. 2022;24(8):583-587. DOI: 10.1089/dia.2021.0474
233. Bersia M., Koumantakis E., Berchiolla P. et al. Suicide spectrum among young people during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Eclinical Medicine*. 2022;54:101705, DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101705
234. Bitew H. et al. Suicidal ideation, attempt, and determining factors among HIV/aids patients, Ethiopia. *Depression Research and Treatment*. 2016;2016:8913160. DOI: 10.1155/2016/8913160
235. Bowden M.B. et al. Demographic and clinical factors associated with suicide in gastric cancer in the United States. *Journal of Gastrointestinal Oncology*. 2017;8(5):897-901. <https://doi.org/10.21037/jgo.2017.08.02>
236. Brinkman T.M. et al. Suicide ideation in pediatric and adult survivors of childhood brain tumors. *Journal of Neuro-Oncology*. 2013;113(3):425-432. <https://doi.org/10.1007/s11060-013-1130-6>

237. Brooks M., Burmen B., Olashore A., et al. Symptoms of depression, anxiety, and thoughts of suicide/self-injury in adolescents and young adults living with HIV in Botswana. *African Journal of AIDS Research*. 2023;22(1):54-62. DOI: 10.2989/1608 5906.2023.2186252
238. Caccavale S., Tancredi V., Boccellino M.P., et al. Hidradenitis Suppurativa Burdens on Mental Health: A Literature Review of Associated Psychiatric Disorders and Their Pathogenesis. *Life (Basel)*. 2023;13(1):189. DOI: 10.3390/life13010189
239. Cadenas R., Diez M.J., Fernández N., et al. Prevalence and Associated Factors of Polypharmacy in Nursing Home Residents: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(4):2037. DOI: 10.3390 /ijerph18042037
240. Cafferty R., Grupp-Phelan J., & Anthony B. Children and adolescents with suicidal ideation and the emergency department. *JAMA*. 2024);331(3):193-194.
241. Calati R., Filipponi C., Mansi W., Casu D., Peviani G. et al. Cancer diagnosis and suicide outcomes: Umbrella review and methodological considerations. *Journal of Affective Disorders*. 2021;295:1201-1214. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.131
242. Campisi S.C., Carducci B., Akseer N. et al. Suicidal behaviour among adolescents from 90 countries: A pooled analysis of the global school-based student health survey. *BioMed Central Public Health*. 2020;20:1102. DOI: 10.1186/s12889-020-0920
243. Catalan J. et al. HIV infection and mental health: suicidal behavior – systematic review. *Psychology, Health & Medicine*. 2011;16(5):588–611. DOI: 10.1080/135 48506.2011.582125
244. Chang T.-G., Hung C.-C., Huang P.-C., et al. Demoralization and Its Association with Quality of Life, Sleep Quality, Spiritual Interests, and Suicide Risk in Breast Cancer Inpatients: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(19):12815. DOI: 10.3390/ijerph191912815
245. Chang Q. et al. Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and suicide attempts among children and adolescents under 18 years of age in mainland China: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2024;25(3):2090-2102.
246. Chen L. et al. HIV cause-specific deaths, mortality, risk factors, and the combined influence of HAART and late diagnosis in Zhejiang, China, 2006–2013. *Scientific Reports*. 2017;7(1):423– 466.
247. Chen F. et al. Trends in suicide mortality among people with HIV after diagnosis during 2012–18: a retrospective, national cohort study in China. *The Lancet HIV*. 2022;9(2):102–111.

248. Chen J., Ding X., Peng X., Hu D. Suicide in Digestive System Cancers: A Scoping Review. *International Journal of Mental Health Promotion*. 2023;25(1):1-20. <https://doi.org/10.32604/ijmhp.2022.022578>
249. Chen Y., Yu K., Xiong J., Zhang J., Zhou S., et al. Suicide and Accidental Death Among women with Primary Ovarian Cancer: A Population-Based Study. *Frontiers in Medicine (Lausanne)*.2022;9:833965. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.833965>
250. Chhatre S., Woody G., Metzger D.S., Jayadevappa R. Burden of chronic conditions among persons with HIV/AIDS and psychiatric comorbidity. *Current HIV Research*. 2021;19(6):504. DOI: 10.2174/1570162X19666210805092258
251. Choi Y.N., Kim Y.A., Yun Y.H., Kim S., Bae J.M., et al. Suicide ideation in stomach cancer survivors and possible risk factors. *Support Care Cancer*. 2014;22(2): 331-337. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1975-4>
252. Choi I.Y. et al. Lethality-associated factors in deliberate self-poisoning. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2021;32 (1):17.
253. Choi J.W., Eun-Cheol P., Tae H.K., and Euna H. Mental disorders and suicide risk among cancer patients: a nationwide cohort study. *Archives of Suicide Research*. 2022; 26:144-155.
254. Choudhury A., Shahsavari Y. Exploring the determinants influencing suicidal ideation and depression in gastrointestinal cancer patients. *Scientific Reports*. 2023;13(1):18236. DOI: 10.1038/s41598-023-45634-x
255. Chung K.H., Lin H.C. Methods of suicide among cancer patients: a nationwide population-based study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2010;40(2):107-114. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.2.107>
256. Cook R., Allcock R., Johnston M. Self-poisoning: current trends and practice in a U.K. teaching hospital. *Clinical Medicine (Lond)*. 2008;8(1):37-40.
257. Cortés H., Cariño-Calvo L., Reyes-Hernández O.D., et al. High Levels of Anxiety, Depression, Risk of Suicide, and Implications for Treatment in Patients with Lamellar Ichthyosis. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(14):2071. DOI: 10.3390/healthcare11142071
258. Cotterill J.A., Cunliffe W.J. Suicide in dermatological patients. *British Journal of Dermatology*. 1997;137(2):246-50. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1997.18131897>
259. Crocetti E., Buzzoni C., Caldarella A., Intrieri T., Manneschi G. et al. Decessi per suicidio in pazienti con tumore [Suicide mortality among cancer patients]. *Journal of Preventive Epidemiology*. 2012;36(2):83-87.
260. Crump C., Stattin P., Brooks J.D., et al. Long-term risks of depression and suicide among men with prostate cancer: a national cohort study. *European Urology*. 2023; 84(3):263-272. DOI: 10.1016/j.eururo.2023.04.026

261. Dean-Boucher A., Robillard C.L., Turner B.J. Chronic medical conditions and suicidal behaviors in a nationally representative sample of American adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020;55:329-337.
262. Ding O.J., Kennedy G.J. Understanding vulnerability to late-life suicide. *Current Psychiatry Reports*. 2021;23:1-9. DOI: 10.1007/s11920-021-01268-2
263. Drucker A.M., Thiruchelvam D., Redelmeier D.A. Eczema and subsequent suicide: a matched case-control study. *BMJ Open*. 2018;8(11):e023776. [https://doi.org/ 10.1136/ bmjopen-2018-023776](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023776)
264. Dutschke L.L. et al. Brain Tumor-Associated Psychosis and Spirituality-A Case Report. *Front Psychiatry*. 2017;8:237. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00237>
265. Efstathiou V., et al. Suicidality and COVID-19: Suicidal ideation, suicidal behaviors and completed suicides amidst the COVID-19 pandemic. *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2022;23(1):1-8.
266. Elshanbary AA, Zaazouee MS, Hasan SM, Abdel-Aziz w. Risk factors for suicide mortality and cancer-specific mortality among patients with gastric adenocarcinoma: A SEER based study. *Psychooncology*. 2021;30(12):2067-2076. [https://doi.org/10. 1002/pon.5804](https://doi.org/10.1002/pon.5804)
267. Fabiano N. et al. Physical activity, suicidal ideation, suicide attempt and death among individuals with mental or other medical disorders: a systematic review of observational studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2024;20:105547.
268. Farooq S., Tunmore J., Wajid Ali M. et al. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: a systematic review. *Psychiatry Research*. 2021;306:11422-8. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.114228.
269. Fegg M., Kraus S., Graw M., Bausewein C. Physical compared to mental diseases as reasons for committing suicide: a retrospective study. *BMC Palliative Care*. 2016;9:14. DOI: 10.1186/s12904-016-0088-5
270. Fergusson D.M., Woodward L.J., Horwood L.J. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*. 2000;30(1):23-39. <https://doi.org/10.1017/s003329179900135>
271. Flohr C., & Hay R. Putting the burden of skin diseases on the global map. *British Journal of Dermatology*. 2021;184(2):189-190.
272. Fourestié V. et al. Suicide attempts in hypo-oestrogenic phases of the menstrual cycle. *Lancet*. 1986;13:2(8520):1357-60. DOI: 10.1016/s0140-6736(86)92005-2
273. Friberg A.S., Carlsson S.V., Vickers A.J. et al., Impact of previous depression on the risk of suicide among prostate cancer patients. *Acta Oncologica*. 2023;62(1):89-99. DOI: 10.1080/0284186X.2023.2173536

274. Fu X.L., Wu H., Qian Y. et al. Incidence of suicide mortality among childhood cancer survivors: a population-based retrospective study. *Psychiatry Research*. 2021;304:114-119. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.114119

275. Gascon B, Leung Y, Espin-Garcia O, Rodin G, Chu D, Li M. Suicide Risk Screening and Suicide Prevention in Patients with Cancer. *JNCI Cancer Spectrum*. 2021;5(4):pkab057

276. Gebreselassie A.T., Metekiya W.M., Gebrehiwot B. The Magnitude of Suicidal Behavior among People Living with Diabetes Mellitus Attending an Outpatient Department of Alamata General Hospital, Mekelle, Tigray, Ethiopia 2019: A Cross-Sectional Study. *The Open Public Health Journal*. 2020;13:617–624.

277. Geda N., Feng C., Peters B. Suicidal ideation among Canadian adults during the COVID-19 pandemic: the role of psychosocial factors and substance use behaviours. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):711. DOI: 10.1186/s12888-022-04353-9

278. Germann J. et al. Untapped Neuroimaging Tools for NeuroOncology: Connectomics and Spatial Transcriptomics. *Cancers (Basel)*. 2022;14(3):464. <https://doi.org/10.3390/cancers14030464>

279. Global BMI Mortality Collaboration, Di Angelantonio E. et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet*. 2016;20;388(10046):776–86. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30175–1

280. Grady T. et al. The characteristics and HIV-Related outcomes of people living with co-occurring HIV and Mental Health Conditions in the United States: a systematic review of literature from 2016 to 2021. *AIDS and Behavior*. 2024;28(1):201-224.

281. Govender R.D. et al. Suicide risk screening scale for HIV-infected persons in the immediate postdiagnosis period. *The Southern African Journal of HIV Medicine*. 2013;14(2):58–63. DOI: 10.7196/SAJHIV.MED.89934

282. Gunnel D., Aplebey L., Arensman L. et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7:468–471.

283. Guo Z., Gu C., Li S. et al. Incidence and risk factors of suicide among patients diagnosed with bladder cancer: a systematic review and meta-analysis. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*. 2021;39(3):171-179, DOI: 10.1016/j.urolonc. 2020.11.022

284. Gupta M.A., Gupta A.K. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 1998;139(5):846-50. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1998.02511.x>

285. Haalen F.M. et al. Mortality remains increased in Cushing's disease despite biochemical remission: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Endocrinology*. 2015;172(4):143–149.

286. Haider I.I., Tiwana F.S., Tahir M. Impact of the COVID-19 Pandemic on Adult Mental Health. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2020;36:90-94. DOI:10.12669/ pjms.36.COVID19-S4.2756
287. Hallford D.J., Rusanov D., Winestone B. et al. Disclosure of suicidal ideation and behaviours: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Clinical Psychology Review*. 2023;101:102272, DOI: 10.1016/j.cpr.2023.102272
288. Hannan C., Mayne S.L., Kelly M.K. et al. Trends in positive depression and suicide risk screens in pediatric primary care during COVID-19. *Academic Pediatrics*. 2023;23(6):1159-1165. DOI: 10.1016/j.acap.2022.12.006
289. Heiberg Brix T., Ferløv-Schwensen C., Thvilum M., Hegedüs L. Death by unnatural causes, mainly suicide, is increased in patients with Hashimoto's thyroiditis. A nationwide Danish register study. *Endocrine*. 2019;65(3):616–622. DOI:10.1007/s120 20–019–01946–5
290. Heinrich M., Hofmann L., Baurecht H., Kreuzer P.M., Knüttel H., et al. Suicide risk and mortality among patients with cancer. *Nature Medicine*. 2023;29(12): 3268. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01745-y>
291. Hentzien M. et al. Factors associated with deaths from suicide in a French nationwide HIV-infected cohort. *HIV Medicine*. 2018;19(8):551-558. DOI: 10.1111/hiv.1 263
292. Hicinbothem J., Gonsalves S., Lester D. Body modification and suicidal behavior. *Death Studs*. 2006;30(4):351-63. <https://doi.org/10.1080/07481180600553419>
293. Hickey T.B., MacNeil J.A., Hansmeyer C., Pickup M.J. Fatal methemoglobinemia: a case series highlighting a new trend in intentional sodium nitrite or sodium nitrate ingestion as a method of suicide. *Forensic Science International*. 2021;326: 110907.
294. Hofmann L. et al. Suicide Mortality Risk among Patients with Lung Cancer-A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(5):4146. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054146>
295. Hong M., Lee S.M., Han K-M. Suicide death and other-cause mortality in psychiatric patients: A South Korean study using nationwide claims data. *Journal of Affective Disorders*. 2024;352:288-295. DOI: 10.1016/j.jad.2024.02.075
296. Horowitz L.M., Mournet A.M., Lanzillo E. et al. Screening pediatric medical patients for suicide risk: is depression screening enough? *Journal of Adolescent Health*. 2021;68(6):1183-1188. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.01.0>
297. Hua L.L., Lee J., Rahmandar M.H., Sigel E.J. Committee on Adolescence, & Council on Injury, Violence, and Poison Prevention. Suicide and suicide risk in adolescents. *Pediatrics*. 2024;153(1):e2023064800.

298. Hunter R., Barson E., Willis K., Smallwood N. Mental health illness in chronic respiratory disease is associated with worse respiratory health and low engagement with non-pharmacological psychological interventions. *Internal Medicine Journal*. 2021;51 (3):414-418.
299. Hyer J.M., Kelly E.P., Paredes A.Z., Tsilimigras D.I., Diaz A., Pawlik T.M. Mental illness is associated with increased risk of suicidal ideation among cancer surgical patients. *The American Journal of Surgery*. 2021;222(1):126-132.
300. John A., Eyles E., Webb R.T., et al. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review. *F1000Research*. 2021;9:1097. DOI: 10.12688/f1000research.25522.2
301. Jokinen J., Ouda J., Nordström P. Noradrenergic function and HPA axis dysregulation in suicidal behaviour. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(10):1536-42. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2010.05.008. <https://www.sciencedirect.com/science/article/>
302. Journy N.M. et al. Hyperthyroidism, Hypothyroidism, and Cause-Specific Mortality in a Large Cohort of Women. *Thyroid*. 2017;27:1001-1010.
303. Ivanova A. et al. Demographic ageing, health status and life quality of the elderly in Russia. *China Population and Development Studies*. 2023;7(2):130-59.
304. Ivbijaro, G. et al. Suicide prevention and COVID-19. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2021;13(3):e12482.
305. Kahil K., et al. Suicide during COVID-19 and other major international respiratory outbreaks: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*. 2021;56:102509.
306. Kiffel J., Sher L. Prevention and management of depression and suicidal behavior in men with prostate cancer. *Frontiers in Public Health*. 2015;3:28. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00028>
307. King M. et al. A systematic review of mental disorder, suicide. *BMC Psychiatry*. 2008(8):1-17.
308. Korkmaz S., Akbulut M., Kazgan A., et al. Suicidal Ideation, Self-esteem, and Hopelessness in Patients with Pulmonary Arterial Hypertension. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*. 2021;23(6):21m0294138834. DOI: 10.4088/PCC.21m02941
309. Krentz H.B., Lang R., McMillan J., Ody M., Gill M.J. The changing landscape of both causes and locations of death in a regional HIV population 2010-2021. *HIV Medicine*. 2024;25(5):608-613.
310. Lemsalu L. et al. Suicidal behavior among people living with HIV (PLHIV) in medical care in Estonia and factors associated with receiving psychological treatment: AIDS and Behavior. 2017;21:1709 - 1716. DOI: 10.1007/s10461-016-1561-0

311. Li L.S.E., Wong L.L., Yap K.Y.L. Quality evaluation of stress, anxiety and depression apps for COVID-19. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2021;6:100255. DOI: 10.1016/j.jadr.2021.100255
312. Li S. et al. Prevalence of suicide ideation among HIV/AIDS patients in China: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1082521. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1082521
313. Loeliger K.B. et al. All-cause mortality among people with HIV released from an integrated system of jails and prisons in Connecticut, USA, 2007–14: a retrospective observational cohort study. *Lancet HIV*. 2018;5(11):617–628.
314. Löwe B., Levenson J., Depping M. et al. Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychological Medicine*. 2022;52(4):632-648. DOI: 10.1017/S0033291721004177
315. Luo Y., Lai Q., Huang H., et al. Risk factor analysis and nomogram construction for predicting suicidal ideation in patients with cancer. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):353. DOI: 10.1186/s12888-022-03987-z
316. Ma Z., Mao Y., Wang Y., et al. Suicidal ideation and attempted suicide among cancer patients during the COVID-19 pandemic. *Journal of Medical Virology*. 2022;94(12): 5827-5835. DOI: 10.1002/jmv.28076
317. Mahdi H., Swensen R.E., Munkarah A.R., Chiang S., Luhrs K., et al. Suicide in women with gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*. 2011;122(2):344-349. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.04.015>
318. McFarland D.C., Walsh L., Napolitano S., Morita J., Jaiswal R. Suicide in Patients with Cancer: Identifying the Risk Factors. *Oncology (Wiliston Park)*. 2019;33(6):221-226.
319. McKie K.A., Bell R.C., & Lee L.K. Variations by state in firearm suicide among US children and young adults, 2016-2021. *JAMA Pediatrics*. 2024;178(7):722-725.
320. Men V.Yu. et al. Suicidal/self-harm behaviors among cancer patients: a population-based competing risk analysis. *Psychological Medicine*. 2022;52(12):1-10. DOI: 10.1017/S0033291720004250
321. Mofatteh M, Mashayekhi MS, Arfaie S, Chen Y, Malhotra AK, et al. Suicidal ideation and attempts in brain tumor patients and survivors: A systematic review. *Neuro-Oncology Advances*. 2023;5(1):vdad058. <https://doi.org/10.1093/noajnl/vdad058>
322. Mousavi S.G. et al. Recurrent suicide attempt and female hormones. *Advanced Biomedical Research*. 2014;30(3):201. DOI: 10.4103/2277-9175.142046
323. Molla A., Aderaw M., Mulat H. et al. Suicidal ideation, attempt and associated factors among people living with cancer in Ethiopia: a cross-sectional study. *Annals of General Psychiatry*. 2022;21(1):28. DOI: 10.1186/s12991-022-00407-0

334. Mollan K.R. et al. Association between efavirenz as initial therapy for HIV-1 infection and increased risk for suicidal ideation or attempted or completed suicide: an analysis of trial data. *Annals of Internal Medicine*. 2014;161(1):1–10. DOI: 10.7326/M 14-0293
335. Musuuza J.S. et. Analyzing excess mortality from cancer among individuals with mental illness. *Cancer*. 2013;119(13):2469-2476. <https://doi.org/10.1002/cncr.280>
336. Nafilyan V., Morgan J., Mais D., et al. Risk of suicide after diagnosis of severe physical health conditions: a retrospective cohort study of 47 million people. *The Lancet Regional Health Europe*. 2022;25:100562. DOI: 10.1016/j.lanepe.2022.100562
337. Nguyen L., Hallet J., Eskander A. et al. The impact of a cancer diagnosis on nonfatal self-injury: a matched cohort study in Ontario. *CMAJ Open*. 2023;11(2):E291-E297. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20220157>
338. Nielsen R.E., Banner J., Jensen S.E. Cardiovascular disease in patients with severe mental illness. *Nature Reviews Cardiology*. 2021;18(2):136–145.
339. Nolte E., McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *British Medical Journal*. 2003;327(7424):1129. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7424.1129>
340. Ogurtsova K. et al. IDF Diabetes Atlas: global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2017;128:40–50. DOI: 10.1016/j.dia-bres.2017.03.024
341. Olashore A.A., Paruk S., Tshume O. et al. Depression and suicidal behavior among adolescents living with HIV in Botswana: a cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2022;16(1):62. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00492-9>
342. Onyeka I.N., Maguire A., Ross E., O'Reilly D. Does physical ill-health increase the risk of suicide? A census-based follow-up study of over 1 million people. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020;29:e140.
343. Ophinni Y. et al. Suicidal ideation, psychopathology and associated factors among HIV-infected adults in Indonesia. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):255. DOI: 10.1186/s12888-020-02666-1
344. Orsolini L., Latini R., Pompili M. et al. Understanding the complex of suicide in depression: from research to clinics. *Psychiatry Investigation*. 2020;17(3):207-221 DOI: 10.30773/pi.2019.0171
345. Osazuwa-Peters N. et al. Incidence and Risk of Suicide Among Patients with Head and Neck Cancer in Rural, Urban, and Metropolitan Areas. *JAMA Otolaryngology Head Neck Surgery*. 2021;147(12):1045-1052. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2021.1728>
346. Parisi R. Psychiatric morbidity and suicidal behaviour in psoriasis: a primary care cohort study. *British Journal of Dermatology*. 2019;180(1):108-115. <https://doi.org/10.1111/bjd.17004>

347. Patwal R., Sachdeva A., Bhaskarapillai B. et al. Prevalence of suicidal ideations and suicide attempts in patients with tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2023;167:111171.
348. Pei J.H. et al. Prevalence of suicidal ideation, suicide attempt, and suicide plan among HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021;1(292):295–304. DOI: 10.1016/j.jad.2021.05.064
349. Petersen B.D., Stenager E., Mogensen C.B. et al. The association between heart diseases and suicide: a nationwide cohort study. *Journal of Internal Medicine*. (2020);287(5):558-568. DOI: 10.1111/joim.13025
350. Picardi A., Lega I., Tarolla E. Suicide risk in skin disorders. *Clinics in Dermatology*. 2013;31(1):47-56. <https://1016/j.clindermatol.2011.11.006>
351. Polat E., Senel S. Suicide attempt with isoniazid in adolescents receiving tuberculous prophylaxis: three cases. *Paediatrics and International Child Health*. 2021;41(3): 228-30. DOI: 10.1080/20469047.2021.1946651
352. Pronizius E., Voracek M. Dermatologists' perceptions of suicidality in dermatological practice: a survey of prevalence estimates and attitudes in Austria. *BMC Dermatology*. 2020;20(1):10. <https://doi.org/10.1186/s12895-020-00107-w>
353. Rafiei S. et al. Global prevalence of suicide in patients living with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2023;15(323): 400–408. DOI: 10.1016/j.jad.2022.11.061
354. Rahouma M., Kamel M., Abouarab A., Eldessouki I., Nasar A., et al. Lung cancer patients have the highest malignancy-associated suicide rate in USA: a population-based analysis. *Ecan cermedicalscience*. 2018;12:859. <https://doi.org/10.3332/ecan cer.2018.859>
355. Reeping P.M. et al. State gun laws, gun ownership, and mass shootings in the US: cross sectional time series. *BMJ*. 2019;364:l542. DOI: 10.1136/bmj.l542
356. Rizwan I. et al. Suicide Risk among Individuals with HIV/AIDS. *Bahria Journal of Professional Psychology*. 2015;14(1):1–21.
357. Roberts S.E. et al. Suicide following acute admissions for physical illnesses across England and Wales. *Psychological Medicine*. 2018;8:578-591. <https://doi.org/10.1002/pon.1717>
358. Robson A., Scrutton F., Wilkinson L., MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology*. 2010;19(12):1250-1258. <https://doi.org/10.1002/pon.1717>
359. Rukundo G.Z., Mpango R.S., Ssembajjwe W. et al. Prevalence and risk factors for youth suicidality among perinatally infected youths living with HIV/AIDS in Uganda: the CHAKA study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2020;4:1-9.

360. Saad A.M., Elmatboly A.M., Gad M.M. et al. Association of Brain Cancer with Risk of Suicide. *JAMA Netw Open*. 2020;3(5):e203862.
361. Sampaio M.S. et al. Chronic obstructive pulmonary disease as a risk factor for suicide: A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Medicine*. 2019;151:11–18.
362. Sanches M., & Teixeira A.L. The renin-angiotensin system, mood, and suicide: are there associations?. *World Journal of Psychiatry*. 2021;11(9):581.
363. Sandhu J.K. et al. Association Between Atopic Dermatitis and Suicidality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatology*. 2019;155(2):178-187. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.4566>
364. Sarfo-Kantanka O. et al. Causes and predictors of mortality among Ghanaians hospitalised with endocrine disorders. *International Health*. 2020;12(2):107–115. DOI: 10.1093/inthealth/ihz038
365. Saya A. et al. Notes on psychiatrist liability around the world regarding suicide. *Frontiers in Psychiatry*. 2025;15:1466325.
366. Schlebusch L. Elevated risk of suicidal ideation in HIV-positive persons. *Depression Research and Treatment*. 2015;29. DOI: 10.1155/2015/609172
367. Serrano C.C., Dolci G.F. Suicide prevention and suicidal behavior. *Gaceta Médica de México*. 2021;157(5):547- 552. DOI: 10.24875/GMM. M21000611
368. Sharkey C.M., Hardy K.K., Gioia A. et al. Suicidal ideation and executive functioning in pediatric cancer. *Psycho-Oncology*. 2022;31(5):745-52.
369. Sher L. Post-COVID syndrome and suicide risk. *Quarterly Journal of Medicine*. 2021;114(2):95-98. DOI: 10.1093/qjmed/h cab007
370. Sher L. Depression and suicide in patients with diabetes. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2022;45(1) 84-85, DOI: 10.47626/1516-4446-2022-2680
371. Sher L. Suicide in individuals with no psychiatric disorders: what makes you vulnerable? *QJM: An International Journal of Medicine*. 2024;117(5):313-316.
372. Sianturi E.I., Longe V.S., Arjadi R., Bakri N.F., Gunawan E., Sinaga E.S. Suicide Behavior Among Indigenous and Non-Indigenous Living with HIV: A Cross-Sectional Study in Indonesia. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2024;26(4):660-666. DOI: 10.1007/s10903-024-01593-7
373. Sicotte R., Iyer S.N., Kiepora B. et al. A systematic review of longitudinal studies of suicidal thoughts and behaviors in first-episode psychosis: course and associated factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2021;56(12):2117-2154, DOI: org/10.1007/s0012 7-021-02153-2

374. Sinclair R.D. Alopecia areata and suicide of children. *Medical Journal of Australia*. 2014;200(3):145. <https://doi.org/10.5694/mja13.10895>
375. Skovlund C.W. et al. Association of Hormonal Contraception with Suicide Attempts and Suicides. *American Journal of Psychiatry*. 2018;175:336–342; DOI:10.1176/appi.ajp.2017.17060616
376. Snowdon J. Hidden suicides: focus on England and Wales—comparison with other nations. *The British Journal of Psychiatry*. 2025:1-5. DOI: 10.1192/bjp.2025.20
377. Song A., Koh E.J., Lee W-Y. et al. Suicide risk of chronic diseases and comorbidities: A Korean case-control study. *Journal of Affective Disorders*. 2024; 15:349:431-437. DOI: 10.1016/j.jad.2024.01.037
378. Soullane S., Chadi N., Low N. et al. Relationship between suicide attempt and medical morbidity in adolescent girls. *Journal of Psychiatric Research*. 2022;155(1):42-48. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.08.002
379. Spoletini I., Gianni W., Caltagirone C., Madaio R., Repetto L., Spalletta G. Suicide and cancer: where do we go from here? *Critical Reviews in Oncology / Hematology*. 2011;78(3):206-219. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.05.005>
380. Stan A.M.A. et al. Assessment of suicidal behavior in dermatology (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2019;30:73-77. <https://doi.org/10.3892/etm.2019.8145>
381. Stanescu A.M.A., Totan A., Mircescu D. et al. Assessment of suicidal behavior in dermatology (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2020;20:73-77. DOI: 10.3892/etm.2019.8145
382. Sugawara A., Kunieda E. Suicide in patients with gastric cancer: a population-based study. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2016;46(9):850-855. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyw075>
383. Sullivan P.S. et al. Epidemiology of HIV in the USA: epidemic burden, inequities, contexts, and responses. *The Lancet*. 2021;397(10279):1095-1106.
384. Tanaka T., Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nature Human Behaviour*. 2021;5(2):229-238.
385. Tang W., Zhang W.Q, Hu S.Q., Shen W.Q., Chen H.L. Incidence and risk factors of suicide in patients with lung cancer: a scoping review. *Support Care Cancer*. 2022;30(4):2945-2957. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06604-z>
386. Tango R.C. Psychiatric side effects of medications prescribed in internal medicine. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2003;5:2:155-165. DOI: 10.31887/DCNS.2003.5.2/rcasagrandetango
387. Targum S.D., Caputo K.P., Ball S.K. Menstrual cycle phase and psychiatric admissions. *Journal of Affective Disorders*. 1991;22(1–2):49–53.

388. Telles-Garcia N., Zahrlı T., Aggarwal G. Suicide Attempt as the Presenting Symptom in a Patient with COVID-19: A Case Report from the United States. *Case Reports in Psychiatry*. 2020;16:889.
389. Togluk, S., & Çuhadar D. The effect of death anxiety on psychosocial adjustment in individual with chronic obstructive pulmonary disease. *Indian Journal of Palliative Care*. 2021;27(3):358.
390. Toloza, F.J.K. Association of Thyroid Function with Suicidal Behavior: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*. 2021;57:7
391. Torres M.E. et al. Suicide and suicidality in somatic symptom and related disorders: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2021;140:110290. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.110290.
392. Tsai Yi-Tseng M.S. et al. Suicidality among people living with HIV from 2010 to 2021: a systematic review and a meta-regression. *Psychosomatic Medicine*. 2022;84(8): 924-939.
393. Tsai Y.T., KM S.P., Ku H.C., et al. Global overview of suicidal behavior and associated risk factors among people living with human immunodeficiency virus: A scoping review. *PLOS One*. 2023;18(3):e0269489. DOI: 10.1371/journal.pone.0269489
394. Tsuda H. et al. Changes in survival and causes of death among people living with HIV: Three decades of surveys from Tokyo, one of the Asian metropolitan cities. *Journal of Infection and Chemotherapy*. 2021;27(7):949-956.
395. Van Bulck L., Goossens E., Morin L., Luyckx K., Ombelet F., Willems R., ... & BELCODAC consortium. Last year of life of adults with congenital heart diseases: causes of death and patterns of care. *European Heart Journal*. 2022;43(42), 4483-4492.
396. Viskum K. Ulcer, attempted suicide and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1975;51(4):221-7. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1975.tb11088.x>
397. Von Einsiedel R.W. et al. HIV-Patienten mit psychiatrischen Krankheiten Behandlungsstrategien und Medikamenteninteraktionen. *Der Nervenarzt*. 2001;72:204–215.
398. Vyssoki B., Gleiss A., Rockett I.R., Hackl M., Leitner B., et al. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk? *Journal of Affective Disorders*. 2015;175:287-291. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.028>
399. Weakley J. et al. Is the Use of Hormonal Contraception Associated With Suicide and Suicide Attempts? *American Family Physician*. 2022;1(105):82–83.
400. Xue-Lei Fu., Xia Li., Jia-Mei Ji., Hua Wu., Hong-Lin Chen. Blood hormones and suicidal behaviour: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2022;139:104725. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104725

401. Xu Shuangyan M.M. et al. The analysis of acne increasing suicide risk. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(24):e26035. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002603>
402. Yang Q. et al. Use of hormonal contraceptives and antidepressants and risks of suicidal behavior and accidents among women with premenstrual disorders: a nationwide cohort study. *BMC Med*. 2022;20(1):482.
403. Yu T., Hu D., Jiang Y., Wang C., Liu S. Influencing factors of suicidal ideation in lung cancer patients in Midland China: A mixed-method study. *Frontiers Psychiatry*. 2023;14:1072371. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1072371>
404. Yu Y., Luo B., Qin L. et al. Suicidal ideation of people living with HIV and its relations to depression, anxiety and social support. *BMC Psychology*. 2023;11(1):159, DOI: 10.1186/s40359-023-01177-4
405. Zaorsky N.G., Zhang Y., Tuanquin L., Bluethmann S.M., Park H.S., Chinchilli V.M. Suicide among cancer patients. *Erratum in: Nat Commun*. 2020;11(1):718. <https://doi.org/10.1038/s41467-018-08170-1>
406. Zhang X., Zhang J., Procter N., Chen X., Su Y., et al. Suicidal Ideation and Psychological Strain Among Patients Diagnosed with Stomach Cancer: The Mediation of Psychopathological Factors. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2017;205(7):550-557. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000679>
407. Zhang S.X. et al. Global, regional, and national burden of HIV-negative tuberculosis, 1990–2021: findings from the Global Burden of Disease Study. 2021. *Infectious Diseases of Poverty*. 2024;13(1):60.
408. Zhao Y. et al. Changing mortality and patterns of death causes in HIV infected patients—China, 2013–2022. *China CDC Weekly*. 2023;12;5(48):1073.
409. Zhou Z., Jiang P., Zhang P., Lin X., Zhao Q. et al. Incidence, trend and risk factors associated with suicide among patients with malignant intracranial tumors: a surveillance, epidemiology, and end results analysis. *International Journal of Clinical Oncology*. 2022;27(9):1386-1393. <https://doi.org/10.1007/s10147-022-02206-9>
410. Zimmermann M.B., Boelaert K. Iodine deficiency and thyroid disorders. *Lancet Diabetes Endocrinology*. 2015;3:286–295.

Электронные ресурсы

411. Белялов Ф.И. Психосоматические отношения и смертность. *Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике*: сб. науч. ст. Иркутск. 2012. <https://therapy.irkutsk.ru/my/psych4>
412. Беляева В.В. и др. Особенности суицидального поведения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. *Обзорение психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева*. 2003. <http://www.medicus.ru/psyhiatry/specialist/osobennosti-suicidalnogo>

413. Гребень Н.Ф. Психологические факторы в развитии язвенной болезни. *Медицинские новости*. 2004. <https://mednovosti.by/journal.aspx?article=2033>
414. Зайченко А.А. Самоповреждающее поведение. *PsyJournals.ru*. 2011. https://psyjournals.ru/nonserialpublications/psytel2009/contents/psytel2009_40833.pdf.
415. Козимжонова И.Ф., Ахмаджонов Т.Ж., Сарбоева Н.К. Социально-психологические особенности суицидентов с эндокринными нарушениями. *Re-health Journal*. 2019. <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnopsihologicheskie-osoben>
416. Колесникова Е.В. К вопросу о патоморфологических исследованиях нейроэндокринной системы при завершённых суицидах. *Проблемы экспертизы в медицине*. 2006. <https://cyberleninka.ru/article/n/kvoprosu-o-patomorfologicheskikh-iss>
417. Колесникова Е.В., Колесников И.В. Современное состояние проблемы самоубийств в судебной медицине. *Проблемы экспертизы в медицине*. 2005. <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennoe-sostoya>
418. Морозова И.С., Борисенко Ю.В., Евсеенкова Е.В. Современное состояние исследований риска суицидального поведения. Общество: социология, психология, педагогика. 2019. <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/121993179/spp.2019.10-libre.pdf?1742877091=&response-content>
419. Старшенбаум Г.В. Суицидальный синдром в соматической клинике. *Журнал Практической Психологии и Психоанализа*. 2004. <https://psyjournal.ru>
420. Сыропятов О.Г. ВИЧ-инфекция и суицидальное поведение. 2012. <https://www.livelib.ru/book/119711/readpart-psihicheskie>
421. Узлов Н.Д., Башкирцева О.В. Самоотношение ВИЧ-инфицированных и заболевших туберкулезом осуждённых. *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика*. 2014;2(4). <http://medpsy.ru/climp>
422. Яковлева С.В., Войцех В.Ф., Ваулин С.В., Лапицкий М.А. Суицидальные отравления. Эпидемиологические и клиничко-токсикологические аспекты. 2004. <http://elib.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=11186>
423. Achte K. Suicidal Tendencies in the Elderly. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1988. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X>
424. Alias A., Bertrand L., Bisson-Gervais V. et al. Suicide in obstructive lung, cardiovascular and oncological disease. *Preventive Medicine*. 2021;152(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34538370/> DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106543
425. Avci D., et al. Suicide commitment with metformin: our experience with five cases. *Renal Failure*. 2013. DOI:10.3109/0886022X.2013.801299. www.tandfonline.com/doi/full/103109/

426. Axson E.L., Ragutheeswaran K., Sundaram V. et al. Hospitalisation and mortality in patients with comorbid COPD and heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Respiratory Research*.2020;21(54). <https://doi.org/10.1186/s12931-020-1312-7>
427. Barker E., Kairi Kõlves, Diego De Leo The relationship between asthma and suicidal behaviors: a systematic literature review. *European Respiratory Journal*. 2015. DOI: 10.1183/09031936.00011415. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25837034
428. Bergqvist E., Probert-Lindström S., Fröding E. et al. Health care utilisation two years prior to suicide in Sweden: a retrospective explorative study based on medical records. *BMC Health Services Research*. 2022;22. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08044-9>
429. Bolton J.M. et al. Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis. *Psychological Medicine*. 2014. DOI:10.1017/S0033291714001639. www.researchgate.net/publication/264009502_Risk_of_suicide_and
430. Bryan C.J. The 90% Statistic, rethinking suicide: why prevention fails, and how we can do better. New York, 2021. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190050634.003.0003>
431. Chao-Han L. et al. Acute Coronary Syndrome and Suicide: A Case Referent Study. *Journal of the American Heart Association*. 2016. DOI: 10.1161/JAHA.116.003
432. Chen Ch., Jiang Yi., Yang F. et al. Risk factors associated with suicide among hepatocellular carcinoma patients: A surveillance, epidemiology, and end results analysis. *European Journal of Surgical Oncology*. 2021;7. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2020.10.001>
433. Clarke D.E., Goodwin R.D., Messias E.L.M., & Eaton W.W. Asthma and suicidal ideation with and without suicide attempts among adults in the United States: what is the role of cigarette smoking and mental disorders? *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2008. DOI:10.1016/s1081-1206(10)60468-1. [www.scihub.ru/10.1016/S1081-1206\(10\)60468-1](https://www.scihub.ru/10.1016/S1081-1206(10)60468-1)
434. Conti C. et. al. Clinical Characteristics of Diabetes Mellitus and Suicide Risk. *Frontiers in Psychiatry*. 2017. DOI:10.3389/fpsy.2017.00040 <https://core.ac.uk/download/pdf/82832336>
435. Conwell Y., van Orden K., Caine E.D. Suicide in Older Adults. *Psychiatric Clinics of North America*. 2011. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107573
436. Mohammadi M. et al. Risk and predictors of attempted and completed suicide in patients with hematological malignancies. *Psychooncology*. 2014;23(11):1276-1282.
437. Demirçin S., Akkoyun M., Yilmaz R., Gökdoğan M.R. Suicide of elderly persons: towards a framework for prevention. *Geriatrics and Geront-*

tology International. 2011. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2010.00660.x.onlinelibrary.wiley.com

438. Deutsch D, Bouchoucha M, Devroede G, et al. Functional gastrointestinal disorders as predictors of suicidal ideation. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2021;7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34231520/> DOI: 10.1097/MEG.0000000000002245

439. Ge D. et al. Suicidal ideation among the hypertensive individuals in Shandong, China: a path analysis. *BMC Psychiatry*. 2019. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2256-7>

440. Goldston et al. Suicidal ideation and behavior and noncompliance with the medical regimen among diabetic adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997. DOI:10.1016/S0890-8567(09)66561-8 [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(09\)66561-8/pdf](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)66561-8/pdf)

441. Goodwin R.D., Marusic A., Hoven C.W. Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. *Social Science & Medicine*. 2003. DOI:10.1016/s0277-9536(02)00174-0. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1>

442. Grant S. et al. Growth in emergency department self-harm or suicidal ideation presentations in young people: Comparing trends before and since the COVID-19 first wave in New South Wales, Australia. *Australasian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2023. DOI: 10.1177/00048674221082518. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35266405>

443. Harmer B., Lee S., Duong TVH. et al. A. Suicidal Ideation. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. 2024;5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33351435/>

444. Hawkins M. et al. Suicide deaths by intentional self-poisoning in people with cardiovascular disease. *General Hospital Psychiatry*. 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2962165>

445. Hu F.-H. et al. Gender differences in suicidal ideation, suicide attempts, and suicide death among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *HIV Medicine*. 2022. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0269489>. DOI: 10.1111/hiv.13435

446. Iessa N., Murray M.L., Curran S. and Wong I.C.K. Asthma and suicide-related adverse events: a review of observational studies. *European Respiratory Review*. 2011. DOI: 10.1183/09059180.00005211 err.ersjournals.com/content/20/122/2

447. Jha S., Chan G., Orgi R. Identification of risk factors for suicide and insights for developing suicide prevention technologies. *Human Behavior and Emerging Technologies*. 2023. DOI: 10.1155/2023/3923097

448. Jiang Y., Ciano M.A., Hill J., Viner-Brown S. Characteristics of suicide attempts and deaths among those aged 60 Years and older in Rhode Island. *R.I. Medical Journal*. 2016. www.researchgate.net/publication/307559332

sufferers: a case-control study in Hong Kong. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*. 2021;17. [https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(21\)00207-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(21)00207-8/fulltext)

461. Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D.G. The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *Open Med*. 2009. <https://www.researchgate.net/publication/51156625>

462. Ougrin D. et al. Pandemic-related emergency psychiatric presentations for self-harm of children and adolescents in 10 countries (PREPkids): a retrospective international cohort study. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2022. DOI: 10.1007/s0 0787-021-01741-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33677628>

463. Pearson J.L. Recent research on suicide in the elderly. *Current Psychiatry Reports*. 2002. <https://doi.org/10.1007/s11920-002-00>

464. Pelton M. et al. Rates and risk factors for suicidal ideation, suicide attempts and suicide deaths in persons with HIV: a systematic review and metaanalysis. *General Psychiatry*. 2021;34(2). <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100247>

465. Perez-Rodriguez M.M. Lack association between testosterone and suicide attempts. *Neuropsychobiology*. 2011;63:125–130. https://www.researchgate.net/publication/49719814_Lack_of_Association_between_Testosterone_and_Suicide_Attempts

466. Qin P. et al. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *British Journal of Psychiatry*. 2000. DOI: 10.1192/bjp.177.6.546. PMID: 11104395. [pubmed. ncbi.nlm.nih.gov/11104395](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11104395)

467. Rich C.L. Endocrinology and suicide. *Suicide Life-Threat Behavior*. 1986. DOI: 10.1111/j.1943–278x.1986.tb00357.x. [https://pubmed. ncbi.nlm.nih.gov/309](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/309)

468. Ronaldson A. et al. Severe mental illness and infectious disease mortality: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*. 2024. [https://www.thelancet. com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(24\)00446-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(24)00446-2/fulltext)

469. Sariaslan A., Sharpe M., Larsson H. et al. Psychiatric comorbidity and risk of premature mortality and suicide among those with chronic respiratory diseases, cardiovascular diseases, and diabetes in Sweden: A nationwide matched cohort study of over 1 million patients and their unaffected siblings. *PLOS Medicine*. 2022;19(1). e10 03864. [https:// doi.org/10.1371/journal.pmed.1003864](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003864)

470. Sarkar S., Balhara Y.P.S. Diabetes mellitus and suicide. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2014. DOI:10.4103/2230–8210.137487 [https://www. researchgate.net/publication/26498946_Diabetes_m](https://www.researchgate.net/publication/26498946_Diabetes_m)

471. Seghers P.A.L., Rostoft S., O'Hanlon S., et al. Challenges of caring for older patients with multimorbidity including cancer. *Journal of Geriatric Oncology*. 2023;14. <https://www.geriatriconcology.net/action/showPdf?pii=S1879-4068%2823%2900185-6>

472. Shah A. The relationship between annual predicted future population growth rates and elderly suicide rates. *International Psychogeriatrics*. 2009. DOI: 10.1017/S 1041610208008077. <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychgeri>

473. Skou S.T., Mair F.S., Fortin M. et al. Multimorbidity. *Nature Reviews Disease Primers*. 2022;8(48). <https://www.nature.com/articles/s41572-022-00376-4#citeas> DOI: 10.1038 /s41572-022-00376-4

474. Sørensen H.T., Mellemkjaer L., Olsen J.H. Risk of suicide in users of beta-adrenoceptor blockers, calcium channel blockers and angiotensin converting enzyme inhibitors. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2001. DOI: 10.1046/j.0306-5251. 2001.01442 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11560564>

475. Stefansson J. CSF and plasma testosterone in attempted suicide. *Psychoneuroendocrinology*. 2016;74:1–6. www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030645

476. Tak Kyu Oh., Hye Yoon Park, and In-Age Song Suicide risk in survivors of Acute Respiratory Distress Syndrome: A nationwide cohort study in South Korea. *Psychiatry Investigation*. 2022. DOI:10.30773/pi.2022.0053 researchgate.net/publication/362931096_Suicide_Risk_in

477. Tanji F., Iwasawa A. Association of Suicidal Ideation With Physical Health Conditions, Mental Health Conditions, and Multimorbidity and the Modifying Role of Emotional Social Support: A Cross-Sectional Study in Japan. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2024. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/21501319241277112>

478. Theodorou C.M., Yamashiro K.J., Stokes S.C. et al. Pediatric suicide by violent means: a cry for help and a call for action. *International Journal of Epidemiology*. 2022;9(13). <https://doi.org/10.1186/s40621-022-00378-6>

479. Torres M.E., Lowe B., Schmitz S. et al. Suicide and suicidality in somatic symptom and related disorders: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2021;1(140). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33227556/>

480. Uzych L. Anabolic-androgenic steroids and psychiatric-related effects: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1992;37(1):23–28. DOI: 10.1177/07067437 92037 00106

481. Wagner B. Klinitzke G., Brähler E., Kersting A. Extreme obesity is associated with suicidal behavior and suicide attempts in adults: results of a population-based representative sample. *Depressive and Anxiety*. 2013;30(10):975–81. DOI: 10.1002/da.221

482. Wei-Syun H, Cheng-Li L. Increased risk of suicide attempt among patients receiving blood transfusion: A propensity matched analysis. *Medicine*. 2021;100(52). <https://journals.lww.com/md-journal/subjects/psychology> DOI: 10.1097/MD.00000000000028335

483. Westling S, Åhrén B, Träskman-Bendz L, Westrin Å. High CSF-insulin in violent suicide attempters. *Psychiatry Research*. 2004. DOI: 10.1016/j.psychres.2004.09.004. www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178104002367?

484. Wu V.C. et al. Suicide death rates in patients with cardiovascular diseases-A 15-year nationwide cohort study in Taiwan. *Journal of Affective Disorders*. 2018. www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503277325

485. Xiong Q., Fuyou Tang, Yilin Li et al. Association of inflammatory bowel disease with suicidal ideation, suicide attempts, and suicide: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35872532>

486. Yip P.S., Cheung Y.T., Chau P.H., Law Y.W. The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*. 2010. DOI: 10.1027/0227-5910/a000015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20418214>

487. Zetterqvist M., Jonsson L.S., Landberg Å., Svedin C.G. A potential increase in adolescent nonsuicidal self-injury during covid-19: A comparison of data from three different time points during 2011-2021. *Psychiatry Research*. 2021. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.114208. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178121005047?via

Дополнительная литература

488. Антипов А.В. Об основных понятиях критической суицидологии. *Философия и общество*. 2022;4(105):71-88.

489. Бисалиев Р.В. Суицидальное поведение и болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ. *Медицинский алфавит*. 2024(12):36–42. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-12-36-42>

490. Бисалиев Р.В. Суицидальное поведение пациентов онкологического профиля. *Медицинский вестник Юга России*. 2024;15(3):18-25. DOI 10.21886/2219-8075-2024-15-3-18-25

491. Бисалиев Р.В. Суицидальное поведение лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2024(3):36–41.

492. Бисалиев Р.В. Депрессия, суицидальное поведение и соматические расстройства. *Медицина*. 2024;12(2):71-89.

493. Бисалиев Р.В. Суицидальное поведение детей и подростков-пациентов соматического профиля. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2024;24(2):95 – 103.

494. Кибитов А.О., Мазо Г.Э., Касьянов Е.Д., Горбунова А.П., Рукавишников Г.В., Незнанов Н.Г. Генетическая коморбидность депрессии и соматических заболеваний: обоснование дизайна изучения популяционной когорты с использованием полигенных шкал риска. *Психиатрия*. 2024;22(2):54–65. <https://doi.org/10.3062/9/2618-6667-2024-22-2-54-65>

495. Пчелкин М.А., Разуваева Т.Н. Типологические особенности внутренней картины болезни у онкобольных. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2024;3(141):29.

496. Шамрей В.К., Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Зун С.А., Ятманов А.Н. О философской, культуральной и клинической трактовках некоторых ключевых понятий суицидологии (обзор литературы). *Вестник новых медицинских технологий*. 2022(3):9-16. DOI: 10.24412/1609-2163-2022-3-9-16

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Глава 1. Суицидальное поведение в структуре болезней системы кровообращения и болезней органов дыхания	13
Глава 2. Суицидальное поведение в структуре болезней органов пищеварения и болезней кожи	26
Глава 3. Суицидальное поведение и болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	36
Глава 4. Суицидальное поведение пациентов онкологического профиля	46
Глава 5. Суицидальное поведение лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека....	55
Глава 6. Депрессия, суицидальное поведение и соматические расстройства	62
Глава 7. Суицидальное поведение и коморбидные соматические заболевания	73
Глава 8. Суицидальное поведение и полиморбидные состояния	82
Глава 9. Особенности суицидального поведения детей и подростков-пациентов соматического профиля.....	95
Заключение: Концептуальный подход	101
Практические рекомендации	107
Литература	110

Подписано к печати 22.05.2025
Сдано в набор 26.05.2025
Формат бумаги А5 – 60х90 1/16
Тип гарнитуры “Ариал”.
Объем 9,5 усл.печ.л.
Тираж 500 экз.
Отпечатано в типографии
«Канцлер»