

«Данный обзор подготовлен по материалам Конгресса Европейской психиатрической ассоциации (март 2014 года, Мюнхен) участниками Образовательной программы ВПА «Восточноевропейская академия Всемирной психиатрической ассоциации и компании «Сервье» специально для психиатрических журналов Зоны 10 ВПА (EastEuropeanEducational WPA-ServierAcademy- «EEE WPA-ServierAcademy»».

Отражение проблем суицидов и суицидального поведения на 22-м Европейском конгрессе психиатров

П.Краснова¹, М.Денисенко²

¹Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК, Алматы, Казахстан

²Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук, Харьков, Украина

На 22-м Европейском конгрессе психиатров были рассмотрены различные аспекты развития суицидального и других форм аутоагрессивного поведения, отражен прогресс, достигнутый за последние 30 лет и представлены направления, в которых проводится изучение в настоящее время.

Ключевые слова: суициды, предикторы, генетика, топография, гормоны.

Suicide and Suicidal Behavior Concerns Discussed at the 22nd European Congress of Psychiatrists

P.Krasnova¹, M.Denisenko²

¹Republican Scientific and Practical Centre of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology MOH RK, Almaty, Kazakhstan

²Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences, Kharkiv, Ukraine

At the 22nd European Congress of Psychiatry various aspects of suicidal and other forms of autoaggressive behavior were discussed; the progress that had been made in this field over the past 30 years was shown, and new directions for clinical investigations in autoaggressive behavior were presented.

Keywords: suicides, predictors, genetics, topography, hormones.

На 22-м Европейском конгрессе психиатров была, как обычно, широко представлена крайне актуальная тема суицидов и суицидального поведения. Данная тема является животрепещущей для стран СНГ, в связи с высоким уровнем суицидов, особенно среди детей и подростков. На Европейском конгрессе психиатров, который проходил с 1 по 4 марта 2014 г. в Мюнхене (Германия), данная тема прямо или косвенно звучала во многих сообщениях Европейских и Российских докладчиков. Можно отметить, что даже в приветственной речи на открытии съезда проф. Wasserman упомянула такое известное историческое событие как завершённый суицид короля Людвига II Баварского. Но и то, что Президентом ЕПА является главный суицидолог Европы, позволяет нам оценить масштабы данной проблемы.

Начиная с детского и подросткового возраста данная проблема суицидов многократно поднималась в докладах. Считаем, что и наш анонс стоит начать с детского возраста. Наиболее полно данная тема была раскрыта в докладе проф. Gil Zalsman. В своем сообщении он описал ситуацию с детскими и подростковыми суицидами в Израиле. Начал со статистических данных, в которых указал различие в частоте совершаемых суицидальных попыток по гендерному признаку: так, мальчики составляют 28,5% среди общего количества совершенных суицидальных попыток, а девочки – 71,5%. Была отмечена выраженная разница между религиозным и нерелигиозным населением: 23 и 77% соответственно. Очень интересные данные представлены по иммиграционному статусу. Так, суицидальные попытки среди родившихся в Израиле составляют 63%, иммигрантов в первом поколении 28,5%, иммигрантов во втором поколении – 8,5%. Учащиеся в школе составляют 54,4%, не учащиеся – 44,6%. Как основные триггеры совершения суицидальных попыток Zalsman выделяет: внутрисемейный конфликт 60%, унижение (Аптер, 1993 г.), потерянную любовь (Коннер, 2011). В данном докладе особенно отмечено, что в детском и подростковом возрасте 50% данных стрессовых ситуаций и 10% решений о совершении суицидальной попытки развивались остро за краткий временной промежуток, но и купировались так же быстро. С нашей точки зрения и очень интересной является техника работы по предотвращению суицидального поведения среди детей и подростков. Во-первых, были проведены исследования, в которых выяснено, что подростки редко рассказывают о своих проблемах и планах совершения суицида родителям, а еще реже учителям. Наиболее часто дети делятся со своими друзьями, которые воспринимают такую информацию как «огромную тайну, доверенную другом, которую нельзя разглашать». Исходя из данного исследования, была выявлена актуальность работы с детьми и подростками. На занятиях с ними объяснялась «неправильность вышеупомянутой позиции», подчеркивалась необходимость сообщать о таких беседах учителям и социальным работникам, так как «это спасет жизнь другу». Кроме того, была отмечена значимость социальных сетей, в которых подростки часто размещают «прощальные письма» или просто делятся мыслями о своих суицидальных планах. Также проф. G.Zalsman рассказал о проводимой пилотной программе, основой которой является отслеживание таких сообщений, программа автоматически реагирует на определенные слова и оповещает патрульные машины, которые через несколько минут прибывают по адресам отправителей таких сообщений. Данная программа еще полностью не прошла апробацию, но, со слов докладчика, уже приносит явные результаты.

Классификация алгоритма оценки суицидальной попытки	
Классификация	Действие
Прерванная суицидальная попытка	Человек начал совершать суицидальную попытку, но был остановлен другим лицом до того, как возможный вред здоровью был нанесен
Неудачная суицидальная попытка	Человек начал предпринимать шаги к совершению суицидальной попытки, но остановился самостоятельно до того, как возможный вред здоровью был нанесен
Суицидальная попытка	Был совершен потенциально опасный акт самоповреждения, который должен был привести к смерти, по расчетам лица, совершившего суицидальную попытку
Другие формы пресуицидального поведения	Различные варианты подготовки к суицидальной попытке, которые могут включать суицидальные мысли, покупку оружия, написание прощальных писем, раздача вещей и подарков

Схожим можно считать доклад, представленный российскими исследователями проф. Е.Любовым и др. М.Калугиной, в котором исследовался уровень суицидов среди подростков в России, который оказался гораздо выше, чем среднемировой. Так, в мире уровень суицидов составляет 7,4 на 100 000 населения, а в России – 16,3. Предложенные способы раннего выявления мало отличались от таковых же в схожих выступлениях, но включали госпитализацию при необходимости. Предлагалось проведение различных форм психотерапии: когнитивно-поведенческой, интерперсональной, психодинамической, гештальта, релаксации, основными принципами которых должны быть личностная централизация, решение проблем, формирование мотивации, принятие зрелых решений, повышение самооценки, выявление личностных ресурсов.

Большим докладом был представлен «Прогресс, совершенный за прошедшие 30 лет в плане предотвращения суицидов» (J. John Mann, MD. Paul Janssen Professor of Translational Neuroscience in Psychiatry and Radiology. Division of Molecular Imaging and Neuropathology. Columbia University New York State Psychiatric Institute). Данный доклад начинался с вопроса: Что мы знали о предвестниках суицидов 30 лет назад?

- Суицидальные попытки могут быть как предшественником или последствием «большого» психического заболевания, так и могут быть не связаны с ним.
- Большой риск в развитии суицидального поведения играют социальные факторы.
- Большинство лиц, совершивших суицидальную попытку, имеют психическое заболевание.
- Алкоголизм часто является предиктором развития суицидального поведения.
- Практически ничего нельзя сделать для предотвращения суицида.
- Что же нового удалось достичь за последние 30 лет?
- Выявление суицидальных тенденций и, в частности, скрининговых методов.
- Выше упомянутые методы способствуют развитию способов предотвращения суицидальных попыток.
- Клинические и поведенческие аспекты в развитии суицидального поведения.
- Нейробиология суицидального поведения.
- Биомаркеры риска развития суицидального поведения.

Была также разработана Колумбийская классификация алгоритма оценки суицидальной попытки (см. таблицу) (C-CASA: Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment: Classification of suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. Am. J. Psychiatry. 2007; 164: 1035–43).

Классификация алгоритма оценки суицидальной попытки

Автором был предложен четкий алгоритм действий по предотвращению суицидальных попыток.

1. Так на первом этапе было рекомендовано скрининговое выявление суицидальных тенденций,

которые должны проводиться на любом первичном этапе обращения в общесоматический стационар наравне с измерением артериального давления. Этому может быть обучен любой средний медицинский персонал, а в случае постсоветских стран, фельдшера и медицинские сестры, осуществляющие прием, приезжающие на вызов или оказывающие помощь на участке.

Что же за контингент совершает суицидальные попытки? По исследованиям большинства Европейских психиатрических сообществ: 90% лиц, совершивших суицидальную попытку были психически больны, 60% имели аффективные расстройства, 80% тех, кто имел расстройства настроения, никогда не получали профессиональную помощь, и только 10% получали длительное лечение и наблюдение у специалистов. По объективным данным две трети лиц, совершивших суицидальную попытку, посещали своего семейного врача в течение 30 дней, предшествовавших суициду. Большинство из этих пациентов не обращались и не получали рекомендаций обратиться к психиатру.

2. Необходимо обучение участковым врачам и врачам общей практики методам диагностики депрессивных эпизодов. Как четко прослеживалось практически во всех выступлениях, что львиная доля людей, совершивших суицидальную попытку, посещала врачей общей практики. Данный раздел профилактики суицидов был представлен не совсем удачно с точки зрения выводов, но очень удачно в связи с выявлением лиц с суицидальными тенденциями (исследования Eveline Coppens, Chantal Van Auden hove, Ella Arensman and the OSPI Consortium по обучению врачей общей практики подходам к выявлению депрессий и суицидального поведения).

Данное исследование проводилось в период между 2008 и 2013 гг. Было проведено обучение практикующих врачей, которое длилось от 3 до 4 ч, включало теоретическую часть и интерактивную часть, состоящую из обсуждений и ситуационных постановок. В исследовании приняли участие 212 практикующих врачей: 83 – из Германии, 54 – из Венгрии, 7 – из Ирландии, 68 – из Португалии. Темой исследования являлось изучение исходных знаний до обучения, сразу после тренинга и через 3 мес.

Уровень знаний составил 93% сразу после тренинга и 54% через три месяца. По поводу данных выводов были активные дебаты среди слушателей, вносились предложения по необходимости подсчета случаев выявления депрессий врачами общей практики, снижения уровня суицидального поведения на обслуживаемом участке. Но, несмотря на вышеописанные замечания, была отмечена особая значимость профилактических работ на данном уровне оказания медицинской помощи.

Кроме того рекомендовано объединение самих пациентов и их родственников и обучение способам «самодиагностики», когда пациенту и родственникам объясняются симптомы перехода в группу высокого риска совершения суицидальной попытки; проведение обучающих курсов и объединение усилий с учи-

телями, полицейскими, социальными работниками; правильная подача данных о риске суицидального поведения в средствах массовой информации.

3. В США проведены массивные исследования по уменьшению риска развития суицидальных попыток при назначении современных антидепрессантов. В ходе данных исследований выявлено, что дополнительное назначение антидепрессантов только в 10% случаев уже спасает 968 человек в год в США от совершения суицидальной попытки.
4. Программа по предотвращению суицидального поведения будет более эффективной, если мишенями будут именно главные предикторы: психические заболевания, алкоголизм, взаимная толерантность (исключение возможных оскорблений, которые могут привести к идеям самоуничтожения и самообвинения), правильная подача информации в масс медиа.

Можно отметить выступление Dr.G.Shyamsundar в котором рассматривалось влияние алкогольной зависимости и алкогольного опьянения на риск развития суицидального поведения. В ходе данного исследования было выявлено, что 61% среди исследуемых мужчин были в той или иной степени алкогольного опьянения во время совершения суицидальной попытки, средний возраст лиц, совершивших суицидальную попытку, составил 32 года, было выявлено, что большинство пациентов имело низкий социо-экономический уровень, 32% имели проблемы во взаимоотношениях с женами и другими членами семьи.

Кроме того, в некоторых странах, таких как Норвегия, Австралия, Канада, разработан, с нашей точки зрения, правильный подход к наблюдению за лицами, совершившими суицидальную попытку. Данные пациенты обязаны проходить регулярное наблюдение и при необходимости лечение у психиатров в течение последующих двух лет после совершенной суицидальной попытки. В Швеции, Новой Зеландии и Австралии также законодательно запрещено наличие какого-либо оружия у лиц, когда-либо совершивших суицидальную попытку.

5. Создание так называемых «сетей», в которые входят скрининговые массовые обследования психологов, мониторингирование социальных сетей и другие соответствующие методы, которые помогут выявлять суицидальные тенденции среди населения в целом.

В такие скрининговые методы можно включить рассмотрение анамнестических сведений как предикторов для включения в группу риска, необходимо рассматривать индивидуальный анамнез, семейный анамнез и собирать сведения, о возможно имевших место когда-либо суицидальных мыслях и тенденциях. Кроме того, необходимо уточнять, имел ли место в настоящее время или ранее большой депрессивный эпизод, психотравмирующая ситуация, проблемы с межличностной коммуникацией. Ну и конечно, отталкиваясь от современных тенденций, при наличии факторов риска, возможно выявление биомаркеров.

6. Правильный подбор терапии, которая при различной симптоматике может включать антидепрессанты, стабилизаторы настроения, атипичные нейролептики, когнитивно-поведенческую психотерапию, при выраженных тяжелых депрессивных состояниях со стойкими суицидальными тенденциями назначение комбинации клозапина и лития.
7. Генотип не так важен, как генная модификация, так как именно она приводит к более глубокому развитию депрессивной симптоматики.

Однозначно, нельзя сбрасывать со счетов генетический фактор развития суицидального поведения,

который встречается в 50% случаев. В настоящее время идет массивная работа по выявлению генов, ответственных за развитие суицидального поведения. Выявлены некоторые аспекты нейроиммунологического влияния. Гены влияющие на развитие суицидального поведения имеют клетки-мишени: глутамат и GABA, факторы роста, полиамины, синаптические везикулы, глиальные клетки. (Fiorand Turecki, 2012: *Neurobiology of Disease* 45: 14–22). Было выявлено влияние стресса на депрессию, развитие различных форм депрессивного состояния при выраженном полиморфизме гена 5HTT (Caspi A., Sugden K, Moffitt T.E., Taylor A., Braithwaite A., Poulton R., *Science* 2003). Полиморфизм данного гена приводит к более выраженному развитию депрессивных симптомов и развитию суицидального поведения в стрессовых ситуациях.

Что касается генной предрасположенности к развитию суицидального поведения, то этому была посвящена большая презентация проф. Marcus Sokolowski совместно с проф. Jerzy Wasserman, проф. Danuta Wasserman, National center for Suicide Research and Prevention of Mental ill – health (NASP). Karolinska Institute, Stockholm, Sweden.

По данным этих авторов, причиной развития суицидальной попытки на 30–50% является геном, а остальную часть занимает воздействие окружающих факторов. Авторы проводят исключение большого количества генов, и в данное время отмечают 80 «генов кандидатов» по развитию суицидального поведения из возможных 200 вариантов. Надо отдать должное чувству юмора исследователей, которые относятся с должной критикой к такому большому разнообразию возможных причин. Кроме того, они же в последнее время стали рассматривать возможность мультигенной причины развития суицида.

Были проведены исследования в Украине с 2001 по 2006 гг., где были исследованы 660 «трио», то есть семьи пациента, совершившего суицидальную попытку или какую-либо другую форму аутоагрессии, в которых оба родителя также совершали подобные действия в прошлом. Были проведены так называемые базовые семейные тесты (FBATS – family based association tests), которые давали возможность выделить определенные совпадения в генотипах.

Пациенты отбирались среди лиц, совершивших суицидальную попытку. Гендерные различия: 49% составляли женщины, 51% мужчины, средний возраст 24 года. Основные диагнозы: 18% составляли лица с алкогольной и наркотической зависимостью, с депрессиями – 22%, с тревогой – 27%, с шизофренией и другими психозами – 13%. Данные исследования позволили сократить или лучше сказать выделить наиболее вероятные гены: CDH4, GNAS, CACNA1D, PALMD, EPB41L3, FAM134B. Кроме того выделены генные ассоциации CACNA1D и PALMD, которые поддерживались VEGAS и GATES/min-P.

8. Низкое содержание серотонина и фактора роста, приводит к новой схеме развития поведенческого фенотипа, такого как МДП, со склонностью к более импульсивному принятию решений, большей подверженности стрессовым факторам и нарушенному восприятию окружающей действительности, что, в свою очередь, приводит к развитию более высокого риска развития суицидального поведения.

Суицидальные тенденции развиваются в половину раз чаще у пациентов с МДП при наличии снижения уровня CSF 5-НПAA (Mannetal 2006). Влияние содержание серотонина и нейромедиаторов на развитие суицидального поведения доказано в многочислен-

ных исследованиях, кроме того, в настоящее время мы можем утверждать, что одни и те же медиаторы отвечают и за регуляцию настроения, и за проявление агрессии, и за формирование зависимостей.

Другими тенденциями в предотвращении суицидального поведения являются выборочное наблюдение за семьями, в которых высок риск развития суицидального поведения, и оказание им различных форм адресной помощи, в том числе проведение медикаментозного лечения и когнитивно-поведенческой психотерапии.

Кроме развития суицидального поведения в детском и взрослом возрасте была хорошо представлена тема суицидов в пожилом и старческом возрасте. В этом разделе хотелось бы отметить выступление М. Pompini «Suicide in the old elderly».

Были выделены отдельные своеобразные факторы риска, которые способствуют развитию данного поведения в возрастных группах старше 65 лет и старше 75 лет. По данным некоторых авторов, половина случаев совершения суицида связана с потребностью людей в пожилом возрасте в оказании помощи в обычных повседневных делах, таких как совершение покупок, готовка, уборка... При этом наличие помощника являлось выраженным предиктором в развитии суицидального поведения в группе пожилых людей старше 65 лет.

Факторами же риска в данной возрастной группе являлись типичные провоцирующие факторы, такие как ссоры в семье, одиночество, психические заболевания, депрессии как в возрастной группе старше 65 лет, так и в возрастной группе старше 75 лет. Соответственно лечение антидепрессантами в течение года, приводило к выраженному снижению риска суицида и сохранению жизни.

Данное исследование проводилось среди лиц в возрасте от 75 до 96 лет, совершивших суицидальную попытку и умерших в промежутке между 1994 и 2009 гг., проживавших в провинции Парма, Италия. Сравнения проводились с аналогичными суицидальными случаями у лиц в возрасте от 50 до 64 лет, 65 до 74 лет. Изучались такие вопросы как наличие суицидальных попыток в семье, соматическое здоровье, являлись ли причиной суицида стрессовые факторы, образование, социальное положение, финансовое положение, наличие помощи в решении хозяйственных вопросов и т.д.

Что характерно, в самой старшей возрастной группе чаще отмечалось наличие психического заболевания. Наиболее часто встречались диагноз Органических расстройств: в 68% случаев в возрасте от 65 до 74 лет и 36% – в возрасте от 50 до 74 лет. Часто причиной суицидов являлись стрессовые факторы, причем, в наиболее старшем возрастном коридоре они могли достигать 6-месячной давности. Большая часть из совершивших завершённую суицидальную попытку, были вдовцами. Что характерно, большинство из этих исследуемых посещали врача общей практики в течение 6 мес, предшествовавших суициду: 93,7% – в возрастной группе старше 75 лет, 92% – в группе от 50 до 64 лет, 81,1% – в средней возрастной группе.

Исходя из данного исследования, можно вывести факторы, которые помогут дифференцировать людей с наибольшей вероятностью развития риска суицидального поведения: это одинокие люди в возрасте от 50 до 64 или старше 75, находящиеся в тяжелом материальном положении, имеющие те или иные психические расстройства особенно аффективного и органического плана, которые перенесли психотравмирующую ситуацию в промежутке до 6 мес.

В психологической концепции Edwin S. Shneidman, созданной им в 1990 гг., существуют основные типы «невыносимой психологической боли» наиболее часто приводящей к завершённому суициду: само тяжелое чувство физической боли, чувство стыда, тревоги, чувство одиночества, страха, тоски, боязнь надвигающейся старости и затянувшийся период умирания.

Отдельным разделом можно выделить нанесения самоповреждения, целью которых не является совершение суицидальной попытки. Эту тему открыл Paul L. Plener. Факторами риска в развитии аутоагрессивного поведения, не включающего суицидальные попытки, является юный возраст около 12 лет, пиком является возраст от 16 до 20 лет.

Парасуицидальным поведением, преобладающим в Германии, являются суицидальные мысли 14,4%, суицидальные попытки 7,9%, суицидальные планы 6,5%. Предикторами развития аутоагрессивного поведения в подростковой группе являются низкая поддержка в семье, нарастание уровня тревоги, низкая самооценка.

Исследования по теме суицидального поведения можно было найти и на постерной сессии, где кроме традиционных статистических сообщений были и новаторские. Среди таких постеров считаем интересным отметить работу P. Solano, M. Maganoli, E. Pizzoro, M. Respino, G. Rmosi, M. Innamorati, M. Amore по выявлению корреляции между нанесением татуировок и совершением суицидальных попыток. В исследовании принимали участие пациенты психиатрической клиники Геноа, поступившие в период с октября 2012 г. по май 2013 г. после совершённой суицидальной попытки. Пациенты прошли опрос о стандартных предикторах развития суицидального поведения, наличии суицидальных попыток в прошлом и причинах и времени нанесения бодиарта. Было опрошено 36 пациентов, 21 из них женщины, средний возраст составил 45 лет. 3/4 всех пациентов имели тот или иной вид бодиарта, 18% имели и татуировки, и пирсинг. У 82,4% опрошенных были черно-белые татуировки на спине с животным принтом. Также рассматривались причины, по которым пациенты наносили татуировки. Основными являлись аффективные колебания, следом за ними шла потребность отметить те или иные важные жизненные события, затем, потребность выделить свои личностные качества. У 75% пациентов которые имели и татуировки, и пирсинг, выявлялись тревожно-депрессивные расстройства, и суицидальные попытки совершались более одного раза в жизни.

Новым разделом в изучении суицидального поведения можно считать топографические исследования эмоционального реагирования, выделенные в докладе проф. Gil Zalsman. Профессор начал свое сообщение с обнаруженных возрастных различий восприятия эмоций. Так, у подростков зона восприятия эмоций обнаружена в области Amigdala, а у взрослых во Фронтальной коре, что приводит к тому, что стрессовые факторы по-разному воздействуют на разные возрастные группы, и могут приводить к различным формам импульсивного реагирования, а также помочь в распознавании и регуляции форм поведения.

Автор выделил топографические зоны, которые отвечают за формы реагирования.

- Corpus callosum, который связывает правую и левую гемисферу и принимает активное участие в обучении, формировании ощущений и принятии решений (Hofer и Frahm 2006 г.).
- Fornix-fimbria, которая связывает Hippocampus и сосочковые тела. Hippocampus играет важную роль в формировании памяти как общей, так и

эмоциональной. Оба этих отдела играют одну из важных ролей в формировании депрессии.

- Commissura anterior связывает лобную долю с височными долями и амигдалой в обоих гемисферах, так как амигдала играет важную роль в процессе формирования эмоций, то эта область может играть важную роль в формировании депрессии.
- Singulum, состоящий из singular cortex и Hippocampus, играет важнейшую роль в эмоциональных процессах и процессах когнитивного функционирования. Anterior cingulum является огромным участком в формировании «эмоциональных связей».

На этапе исследования в настоящее время работа, которая должна определить выраженность воздействия короткого и пролонгированного стресса на вещество Fiber Tract у обычной и генетически «депрессивной» мышки. У подопытного животного названного Wistar Kyoto (WKY) во время проведения стрессовых тестов, таких как иммобилизация и плавание, отмечались симптомы тревожно-депрессивного расстройства такие как: потеря массы тела, нарушение сна, и т. д., даже выявлялись парасуицидальные формы поведения, когда «депрессивная» мышка во время плавательного теста, в отличие от ее здорового брата, прекращала плыть и замирала расправив лапки. Все вышеприведенные симптомы купировались назначением антидепрессантов. Кроме того, помогали методики, сходные с психотерапевтическими, когда животное, проходя через определенное количество неудобств и дополнительных испытаний, достигало более комфортных условий. В ходе контрастной МРТ диагностики выявлялись изменения в вышеописанных участках головного мозга, что дает возможность к развитию новых подходов к терапии и диагностике депрессии и суицидального поведения. Следующим этапом будет гистологическое исследование головного мозга подопытных мышек и проведение новых испытаний. Будем с нетерпением ждать результатов.

Отдельным разделом выделяется развитие суицидального поведения среди пациентов больных шизофренией.

Этот раздел был отражен в докладе L.Vavrusova, L.Forgacova, Heretikova – A.Marsalova

По данным Pompili (2007), 3–15% пациентов с шизофренией умирают в результате завершённого суицида. Факторы риска развития суицидального риска среди пациентов с шизофренией аналогичны таковым среди общей популяцией. Интересным является факт, что наличие семьи не отражается на количестве завершённых суицидов. Как всегда, генетический фактор и наследственность играют важную роль в развитии суицидального поведения среди лиц больных шизофренией. Выделяются отдельные факторы риска для пациентов, перенесших первый психотический эпизод:

- европейская раса;
- высокий уровень IQ;
- погруженность в переживания по поводу наличия психического заболевания;
- суицидальные попытки в анамнезе;
- начало заболевания;
- ранний период после установления диагноза.

Женщины с диагнозом шизофрении совершают суицидальные попытки чаще, чем мужчины: женщины – в 29%, мужчины – в 25%. Мужчины наносят себе более серьезные травмы при аутоагрессии. Наиболее частыми причинами развития суицидального пове-

дения и совершения суицидальной попытки являются депрессивные симптомы, импульсивное поведение и наличие продуктивной симптоматики.

В заключение, хотелось бы отметить, что из года в год, на любой конференции по проблемам психического здоровья в той или иной мере представлены доклады о суицидах и суицидальном поведении. Ежегодно они разные. Проводится масса как социальных, так и генетических, топографических, биологических и других исследований, получаем большое количество различных результатов. Несмотря на различные программы по профилактике суицидов, данная тема остается крайне актуальной для настоящего времени и для ближайшего будущего. В многочисленных докладах Европейского съезда психиатров 2014 г. были раскрыты темы суицидального поведения в различных возрастных группах, социальных слоях, у лиц имеющих различные формы психических расстройств и, что характерно, многие авторы говорили о начале своих исследований, программ и о том, что более подробные результаты будут в последующие годы. Будем ждать новых открытий, тенденций и программ, которые помогут, если не предотвратить полностью, то хотя бы заметно снизить высокий уровень суицидов в мире.

Литература

1. Bowen R.C., Balbuena L., Peters E., Mewis C., Baetz M. The relationship between mood instability and suicidal thoughts (Canada).
2. Coppola L., Ressico F., Castello L., Avanzi G., Gramaglia C., Zeppegno P. Predictors of suicidal behaviors: analysis of four years of emergency room psychiatric consultation. (Italy).
3. Mann J.J. Progress in suicide prevention: what have we achieved in the past 30 years? (USA).
4. Coppens E., Van Audenchove C., Arensman E., Coffey C. General practitioner training as an effective intervention to prevent depression and suicide: results of the OSPI-Europe intervention in 4 European countries. (Belgium).
5. Suicide in old elderly. M. Pompili, M. Innamoraty, P. Girardibi, M. Amore (Italy).
6. Can we explain the gender GAP in suicidal behavior? J. Angst (Switzerland).
7. The timing of (non) suicidal self-injury. Staring and continuing non-suicidal self-injury and suicidal behavior. P. Plener (Germany).
8. Kaess M., Nakar O., Park J., Fisher G., Parzer P., Resch F., Brunner R. Trajectories of adolescent deliberate self-harm and the relationship to borderline personality pathology. (Germany).
9. Suicide prevention and risk groups detection: current challenges and solutions. E. Lubov, M. Kalugina (Russia).
10. Solano P., Maganoli M., Pizzoro E., Respino M., Rmosi G., Innamorati M., Amore M. Suicidal attempts and «body-art»: is there any correlation? A preliminary study. (Italy).
11. Dr. Shyamsundar G. Association between hazardous drinking and suicidal attempts among men attending emergency medical care service with suicidal attempts. Christian Medical college, Vellore, India.
12. Wasserman D. Practical training for evaluation of suicidal risk. (Sweden).
13. Zalsman G. Diagnosis and treatment of suicidal behavior in children and adolescents. (Israel).
14. Sokolovski M., Wasserman, J. Gene X environment interaction in suicidal behavior. Wasserman (Sweden).
15. Prof. Zalsman G. Genetic of suicidal behavior: Interaction of gene, environment and timing in adolescents depression. (Israel).
16. Vavrusova L., Forgacova L., Herenticova-Marsalova A. Risk factors for suicide in early stage of schizophrenia (Slovakia).

Сведения об авторе:

Краснова Полина Владимировна – психиатр, нарколог, ГККП на ПХВ, РНПЦППН, Алматы, Казахстан