

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів. Харків, 2016.*  
С.340-342

**Зеленская Е.А.**

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ  
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: профессор, д.мед.н. Кожина А.М.**

Суицидальное поведение представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современного общества. Являясь сложным феноменом, суицидальное поведение включает в себя не только медицинский, но также социальный, психологический, культуральный, религиозный и другие аспекты. Материалы ВОЗ, данные статистики и литературы свидетельствуют о значительном росте уровня аутоагрессивного поведения в последние десятилетия во всех развитых странах мира. По прогнозам ВОЗ подобная тенденция к увеличению количества самоубийств сохранится и в будущем: на 2020 г. примерно 1,53 млн людей на планете покончат с собой и еще большее количество предпримут суицидальные попытки. Тенденция к увеличению уровня суицидов наблюдается также и в Украине, ежегодно в нашей стране добровольно уходят из жизни 14,5 тысяч человек, согласно шкале оценки уровня частоты самоубийств ВОЗ Украина относится к числу стран с высоким уровнем суицидов.

Было проведено комплексное обследование 147 больных депрессивным расстройством молодого возраста. Основную группу составили 96 больных с признаками суицидального поведения, контрольную – 51 больной без признаков суицидального поведения, группу сравнения составили 30 человек без психических нарушений и признаков суицидального поведения.

В работе были использованы следующие методы обследования: клинико-психопатологический, основанный на общепринятых подходах к психиатрическому обследованию путем интервьюирования и наблюдения. Опрос осуществлялся с применением лечебно-исследовательских критериев МКБ-10. Клинико-анамнестическое исследование включало структурированное интервью с изучением наследственности, влияния контекстуальных факторов на развитие психического заболевания. Изучение уровней тревоги и депрессии у обследованных групп проводилось при помощи шкал тревоги и депрессии Гамильтона, шкалы Монтгомери – Айсберга, а также больничной шкалы тревоги и депрессии. Для определения уровня суицидального риска и самосознания смерти у обследованных нами были использованы методики «Способ определения суицидального риска» и «Способ оценки самосознания смерти». Биохимический метод включал в себя количественное определение АСР 1 (эритроцитарной кислой фосфатазы) непрямой метод флуоресцирующих антител.

Как показали данные нашего исследования, для больных депрессивными расстройствами и суицидальным поведением характерны тяжелый депрессивный (72,7% обследованных) и тревожный (67,9%) эпизод по шкале Гамильтона, большой депрессивный эпизод (68,9%) по шкале Монтгомери-Айсберга, клинические проявления тревоги и депрессии (72,5%) по Госпитальной шкале тревоги и депрессии. Как показали результаты исследования у обследованных

больных отмечась превышение нормативных показателей уровня суицидального риска 28,5 балла мужчины и 20,5 баллов женщины, а также низкие результаты методики самосознания смерти (мужчины - 21,1 балла, женщины 21,6 баллов), что может быть проявлением склонности к совершению аутодеструктивных действий, самоубийства

Биохимическое исследование АСР 1 (эритроцитарной кислотой фосфотазы) показало следующее: в группе сравнения значение АСР1 составило  $15,9 \pm 3,5$  нг/л. В контрольной группе и группе пациентов с суицидальным поведением эти показатели были достоверно выше и составили  $25,4 \pm 4,2$  нг/л и  $44,8 \pm 7$  нг/л. При этом более высокие цифры кислотой фосфотазы соответствовали повышенным цифрам серотонина в образцах крови больных, что укладывается в ранее приведенные факты.

Таким образом, исходя из полученных в ходе исследования данных можно представить модель формирования суицидального поведения у лиц молодого возраста с депрессивными расстройствами, которая представлена комплексом патогенных факторов. Прогностически значимыми в формировании суицидального поведения является тревожный и астенический варианты депрессивных расстройств, высокие показатели по клиническим шкалам тревоги и депрессии, высокий уровень суицидального риска в сочетании с низким уровнем самосознания смерти, отягощенный суицидологической анамнез.

Триггерами суицидального поведения являются фрустрации базовых потребностей, сужение когнитивных функций и доминированием содержания психической травмы в сознании, потеря целевых установок личности, возможно дисбаланс в системе АСР 1 - ген / продукт.