

E. J. Bromet, B. G. Link // Schizophr Bull. – 1998. – Vol. 24, № 1. – P. 115-26. – doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033304.

3. Tessler, R. C. Stages in family response to mental illness: An ideal type. / R. C. Tessler, L. M. Killian, G. D. Gubman // Psychosocial Rehabilitation Journal. – 1987. – Vol. 10, № 4. – P. 3-16. – doi: 10.1037/h0099599.

4. Terkelsen, K. G. Schizophrenia and the family: II. Adverse effects of family therapy / K. G. Terkelsen // Fam Process. – 1983. – Vol. 22, № 2. – P. 191-200. – doi: 10.1111/j.1545-5300.1983.00191.x.

5. Солоненко, А. В. Клинико-психологические аспекты межличностных отношений в семьях пациентов с первым психотическим эпизодом и эффективность семейной психотерапии в повышении уровня социального функционирования пациент : 14.01.14 : дис... докт. мед. наук / А. В. Солоненко. – Москва, 2009. – 297 с.

THE FAMILY OF A PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA AS A FACTOR IN DISEASE ONSET

Strelkov O.G.

*Grodno State Medical University
Grodno, Belarus*

Conflicts and contradictions within the family system can act as a factor in psychological trauma, exacerbating the course of the disease. Destructive, multilayered family influences are significant in the pathogenesis of schizophrenia. Further analysis of the "schizophrenic family" revealed the following consequences: socio-psychological personality deformations; impaired development of interpersonal skills; increased patterns of low-functioning behavior; maladaptive psychological defense mechanisms; unconstructive coping strategies; disruptions in values, self-awareness, and personal relationships; social and personal maladjustment; mechanisms for the formation and deepening of stigma.

ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ У СОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ

Харит А.В.

*Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»
Минск, Беларусь
val99april@gmail.com*

Введение. Суицид является одной из ведущих причин смертности во всем мире, в том числе и в Беларуси, представляя серьезную проблему для

общественного здравоохранения, что требует адекватных мер реагирования со стороны медицинского сообщества. Молодые люди, планирующие совершить суицид, часто оказываются вне зоны психиатрического наблюдения (например, не состоят на диспансерном учете в психиатрическом диспансере, так как не обращались за помощью, не были замечены за острой психической симптоматикой со стороны социума, соответственно, не были поставлены на учёт принудительно, не имели острых проблем, которые могли бы привести их к суициду, на момент психиатрического осмотра в рамках профилактического осмотра) [1 с. 42, 2] .

Цель исследования. Сравнить динамику суицидального явления в РБ в 2009 г. и 2023 г. Выявить ведущие этиологические механизмы совершения суицидальных попыток. Разработать критерии понятия суицидальный потенциал, с целью облегчения выявления возможных суицидальных тенденций у пациентов, находящихся вне поля зрения психиатров. Структурировать факторы риска суицидального поведения, разработать схему превентивного лечения, учитывающую этиологию суицидального поведения.

Материалы и методы исследования. В работе использовались методы тематического анализа научной литературы с высокой релевантностью по исследуемой проблеме (ключевые слова: «причины суицидов», «этиология суицидального поведения»), анализ статистических данных суицидального поведения в Республике Беларусь за период 2009–2023 гг., а также ретроспективный анализ историй болезни совершеннолетних пациентов РНПЦ Психического Здоровья и Минского областного клинического центра «Психиатрия-наркология» с диагнозами X60–X84 за 2020–2026 гг. Дополнительно проводились сбор анамнестических данных и клиническое интервью с совершеннолетними пациентами, совершившими парасуицид, проходившими лечение в указанных учреждениях в 2023–2026 гг.

Результаты исследования. Эпидемиология суицидального поведения в Республике Беларусь на 2023 г. составила 32,2 суицидов на 100.000 населения; что соответствует 14-му месту в мировом списке по случаям суицидального поведения. Для сравнения, в 2009 г. число случаев на 100.00 населения в РБ составило 28,4.

Таким образом, число суицидов за 15 лет увеличилось на 13 %, что подчёркивает актуальность проблематики и разработки дополнительных единых критериев выявления повышенного риска суицидального поведения у лиц, не состоящих на учёте у врачей-психиатров, для врачей первичного звена. Что приводит к необходимости обращения к литературе по данной тематике и введения понятия суицидальный потенциал [3].

Суицидальный потенциал - повышенная вероятность совершения суицида в будущем и формируется под влиянием модифицируемых и немодифицируемых факторов. К немодифицируемым факторам относятся:

1. Биологические факторы (генетическая предрасположенность, включая выявленные гены на 13, 15, 16, 17 и 19 хромосомах, врождённые и хронические заболевания, темперамент);

2. Анамнез психических расстройств (инсомния, шизофрения, аффективные расстройства, расстройства пищевого поведения, посттравматическое стрессовое расстройство);

3. Устойчивые факторы среды, длительно воздействующие на пациента (безработица, одиночество, проживание на экономически или эпидемиологически неблагоприятных территориях).

К модифицируемым факторам относятся факторы среды, аддиктивное поведение (употребление алкоголя, психоактивных веществ, наркотических средств), а также особенности восприятия, включая наличие когнитивных искажений.

Согласно проведенному исследованию (изучение историй болезни пациентов, совершивших суицидальные попытки, клиническое интервью с пациентами, совершившими парасуицид), суицидальный потенциал тем выше, чем большее количество факторов, определяющих его, одновременно присутствуют в анамнезе жизни конкретного пациента. При этом, наибольший суицидальный потенциал наблюдался при одновременном наличии нескольких модифицированных и немодифицированных факторов у конкретного пациента; при этом, наличие нескольких немодифицированных факторов у конкретного пациента одновременно, в равной степени повышает суицидальный потенциал как и при наличии нескольких модифицированных факторов одновременно у конкретного пациента. Наличие хотя бы одного модифицированного либо немодифицированного фактора риска создаёт суицидальный потенциал.

У врачей существует ограниченная зона управления суицидальным потенциалом. Тем не менее, она существует и способна в перспективе снизить суицидальное поведение у населения.

Гипотетический пациент чаще посещает врачей первичного звена, поэтому превентивные мероприятия суицидального поведения должны начинаться в кабинете именно такого врача, и, помимо прохождения пациентом с соматической патологией шкалы оценки риска суицида (The Modified SAD Persons Score), с частотой не реже 1 раз в год, согласно приказа Министерства Здравоохранения от 11.11.2025 № 1352, врачами первичного звена должны проводиться мероприятия по своевременному выявлению факторов, которые способствуют возникновению суицидального потенциала у конкретного пациента, что требует разработки единых этиологических групп по формированию суицидального потенциала:

1. Клинические: Врожденные патологии, хронизация соматических заболеваний, диагностированная онкопатология, психические расстройства (аффективные расстройства, шизофрения), анамнез суицидальных попыток, хроническая боль, зависимости.

2. Социальные: Потеря близких, одиночество, финансовые трудности, безработица, социальная изоляция, отсутствие поддержки.

3. Биологические: выявление генов на 13, 15, 16, 17, 19 хромосомах, нейробиологические изменения (гормональный профиль), нарушения сна.

4. Психологические: Импульсивность, чувство безнадежности,

перфекционизм, сниженная самооценка, трудности в решении проблем.

Выводы. Таким образом, ранняя диагностика и профилактика суицидального поведения не должны ограничиваться выявлением суицидального риска при обращении пациента к психиатру или ретроспективной оценкой после неудачной суицидальной попытки. Существенное значение имеет участие врачей всех специальностей в выявлении принадлежности пациента к одной или нескольким этиологическим группам повышенного суицидального риска с целью своевременного направления к специалистам службы ментального здоровья.

Пациентов из группы клинического этиологического риска возможного суицида, отвечающим критериям соматической патологии без наличия психической; социального; психологического; – следует направлять к медицинскому психологу, медикаментозное лечение может быть показано индивидуально. В некоторых случаях пациентов социальной и психологической этиологической группы возможного суицида целесообразнее направлять к психотерапевту (работа с восприятием, коррекция когнитивных искажений). Медикаментозное лечение может быть показано индивидуально. Пациентам из группы биологической этиологической группы стоит назначать наблюдение у узких специалистов по профилю выявленных у него нарушений (невролог, эндокринолог), а также консультацию у психотерапевта; медикаментозное лечение подбирается совместно с врачами-специалистами по профилю выявленных нарушений. Пациенты с клиническими факторами риска, связанными с психической патологией, требуют направления к врачу-психиатру-наркологу с проведением медикаментозной терапии в соответствии с клиническими протоколами Министерства здравоохранения Республики Беларусь, дополненной психотерапевтическими вмешательствами.

Литература

1. Бисалиев, Р. В. Суицидальное поведение при соматических расстройствах / Р. В. Бисалиев. – Москва : ММА, 2025 – 152 с.

2. Шелехов, И. Л. Суицидология: история и современные представления : учебное пособие / И. Л. Шелехов, А. Н. Корнетов, Е. В. Гребенникова. – Томск : Изд-во Томского гос. пед. ун-та, 2016. – 299 с.

3. Шнейдман, Э. С. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии / Э. С. Шнейдман // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах : хрестоматия / сост. А. Н. Моховиков. – Москва, 2001. – С. 353-359.

MANAGING SUICIDAL POTENTIAL IN ADULT PATIENTS

Kharit A.V.

*Minsk Regional Clinical Center «Psychiatry and Addiction Medicine»
Minsk, Belarus*

This research emphasizes the importance of an integrated approach to assessing and managing suicidal risk in modern psychiatry. The purpose of the study is to systematize the risk factors for suicidal behavior and develop a prevention scheme for people who are not on psychiatric treatment, based on etiology. Recommendations for referring patients to specialists depending on their membership in the etiological group, the regimen of recommended therapy according to the dominant etiological factor have been highlighted, which should increase the effectiveness of early intervention in the prevention of suicidal behavior and reduce the number of suicides in the future.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕКУРЕНТНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ ЭПИЗОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ. МИШЕНИ ВОЗДЕЙСТВИЯ КОГНИТИВНОЙ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ

Харит А.В.

*Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»
Минск, Беларусь
val99april@gmail.com*

Введение. Депрессия – одно из самых распространённых психических расстройств, которым страдают около 332 млн. человек. Согласно результатам NCS-R, у 72,1% пациентов с депрессией в течение жизни регистрируется коморбидность с неаффективными расстройствами. Помимо медикаментозного воздействия, в целях лечения депрессивных эпизодов могут быть использованы психотерапевтические методы, в частности, когнитивно-поведенческая терапия. В её основе лежит положение о том, что собственные когниции способствуют тому или иному восприятию, таким образом, изменение когниций влечет за собой изменение аффекта [1].

Цель исследования. Проанализировать коморбидность рекуррентных депрессивных эпизодов с расстройствами личности. Выявить основные триггерные сценарии, провоцирующие симптомы депрессии у пациентов с установленным диагнозом. Выявить эмоции, соответствующие им автоматические мысли - будущие мишени когнитивной реструктуризации, испытываемые пациентами, с установленным диагнозом F33, коморбидными