

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДАЮ

и.о. генерального директора
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»
Минздрава России,
д.м.н., профессор,
член-корр. РАН



З.И. Кекелидзе

2021 года

Суицидальное поведение в условиях пандемии COVID-19

Информационное письмо

Москва-2021

Информационное письмо составлено в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Авторы-составители:

Г.С. Банников, кандидат медицинских наук,
А.В. Милехина, кандидат медицинских наук,
Л.Е. Пищикова, доктор медицинских наук.

Информационное письмо посвящено профилактике и диагностике суицидального поведения в условиях COVID-2019 и предназначено для врачей-инфекционистов, терапевтов, психологов, социальных работников, участвующих в оказании первичной медико-санитарной или специализированной медицинской помощи указанной категории пациентов.

© ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2021.

Введение

В настоящее время в мире отмечается рост числа суицидов, связанный с пандемией Covid-19. По данным японских исследователей (Tanaka T., Okamoto S., 2021 г.), первая волна пандемии уменьшила количество самоубийств на 14%, а вторая увеличила их число на 16%, что связано с ростом уровня безработицы, страха и тревоги. Более значительный рост суицидов был отмечен среди женщин (37%), детей и подростков (49%). По мнению авторов, пандемия может иметь гендерные последствия: социальное дистанцирование непропорционально увеличило женскую домашнюю занятость и риск семейного насилия. Смертность от самоубийств среди женщин в 5 раз превысила аналогичные показатели среди мужчин. Увеличение показателей суицидов среди детей и подростков во время второй волны пандемии соответствовало периоду открытия школ. Несмотря на снижения уровня самоубийств в общей популяции во время карантинных мероприятий в первую волну пандемии, существенного снижения уровня самоубийств среди людей старше 70 лет не отмечалось. Эти данные частично подтверждаются исследованиями ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» (Кекелидзе З.И., Положий Б.С. и др., 2020 г.) о том, что частота суицидов в период карантина первой волны в большей или меньшей степени снизилась, что было обусловлено не только комплексом государственных мероприятий по предупреждению заражения коронавирусом, но и мобилизацией внутренних резервов организма, направленных на сохранение человечества как биологического вида. Статистические данные по числу суицидов в 2020 г., как и их половозрастная характеристика, в настоящее время Росстатом не представлены. По данным Российский информационных источников, во вторую волну пандемии отмечались случаи совершения суицидов пациентами ковид-стационаров (Новосибирская область, Омская область, Москва), что требует особого внимания к выявлению факторов риска суицидального поведения заболевших коронавирусной инфекцией. Таким образом, эффективная профилактика самоубийств, особенно среди уязвимых групп населения, должна стать важным фактором общественного здравоохранения.

Уязвимые группы населения

Пациенты, страдающие психическими расстройствами

В начале развития пандемии эксперты ВОЗ высказывали опасения, что люди с психическими расстройствами с большей вероятностью могут заразиться новым коронавирусом и с меньшей вероятностью получить надлежащее лечение. Однако предварительные данные, полученные специалистами из Великобритании, Южной Кореи показали, что пациенты с психическими расстройствами имели одинаковый по сравнению со здоровыми людьми риск заражения коронавирусной инфекцией при несколько худшем прогнозе исхода. Вторая волна пандемии подтвердила опасения специалистов ВОЗ о появлении новой групп

пы населения с повышенным риском развития неврологических, психических нарушений, различных форм аутоагрессивного поведения после перенесённого заболевания. Люди старшего возраста оказались особенно чувствительными к переменам в их физическом, психологическом состоянии и социальном окружении с наиболее высоким риском развития суицидального поведения. Предварительный анализ особенностей психических нарушений при первой и второй волне пандемии позволяет говорить об их патоморфозе. Если в первую волну доминировали симптомы в большей степени характерные для тревожных, тревожно-фобических расстройств, а суицидальные действия носили выраженный аффективный характер, вторая волна пандемии обусловила появление субклинических стертых состояний, включающих тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные, депрессивные расстройства, сочетающиеся с зависимостями от психоактивных веществ, декомпенсациями личностной патологии, деменциями, что значительно повышало риск совершения самоубийств.

Тревожно-фобические расстройства. К клиническим особенностям тревожно-фобических расстройств второй волны можно отнести присоединение депрессивных состояний. Пандемия увеличивала тяжесть проявления тревожных симптомов. Страх заражения и боязнь заразить окружающих, страх смерти, приступы паники и беспокойства, раздражительность, трудности концентрации внимания, фиксация на негативных переживаниях, разнообразные физические сенсации (сердцебиение, потливость и др.), конверсионные реакции с нарушениями дыхания, восприятие всего происходящего как катастрофы повышали риск совершения самоубийства.

Обсессивно-компульсивное расстройство. Пациентам с обсессивно-компульсивным расстройством из-за постоянных проверок и повторений в своем поведении во время пандемии стало сложнее справляться с усиливающимися страхами заражения и действиями по его предотвращению. Накапливающийся негативный опыт «борьбы» с коронавирусом приводил к возникновению чувства отчаяния, переживаниям безысходности ситуации, безвыходности положения и развитию суицидальных тенденций.

Аффективные расстройства. На фоне постоянного тревожного ожидания заражения у некоторых пациентов отмечалось развитие реактивных депрессивных состояний по типу меланхолического раптуса, сопровождающихся острым идеаторно-моторным возбуждением, враждебностью, ограничением интеллектуальных способностей с невозможностью подавления отрицательных мыслей, постоянным мучительным чувством дискомфорта, приступами острой безрадостности (ангедонии). Усиление страха, доходящего до ужаса, за собственную жизнь и жизнь близких, отчаяние, аффективное сужение сознания способствовали совершению самоубийства как избавлению от страданий. Для пациентов с хроническим течением депрессивных расстройств во время пандемии, напротив, было характерно возникновение чувства некоторого облегчения, в связи с концентрацией на кризисе, с последующим возможным ухудшением психического состояния после его окончания. Пациенты с биполярным аффективным расстройством и эпизодами мании в анамнезе подвергались более высокому

рisku поведенческих нарушений с аутоагрессивными действиями. На фоне маниакального аффекта у них было возможно возникновение грандиозных фантазий с убежденностью в том, что они могут помогать инфицированным людям или даже излечивать их, находиться в общественных местах без средств защиты и быть невосприимчивыми к заражению. В случае инфицирования они продолжали оставаться уверенными в том, что это не повредит их здоровью. Для психотической депрессии с бредовыми расстройствами было характерно включение в бредовую структуру идей «злоумышленного заражения», «расплаты» за грехи человечества, сопровождавшихся глобальным мучительным чувством виновности и греховности с желанием наказать себя, совершив самоубийство.

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ). При проведении судебно-медицинской экспертизы в крови одной из трех жертв самоубийств обнаруживаются различные ПАВ. Национальный институт по борьбе со злоупотреблением наркотиками США отметил потенциальную связь между тяжестью COVID-19 и злоупотреблением ПАВ. Риск завершеного самоубийства в течение 3 месяцев после постановки диагноза COVID-19 был в 10 раз выше при депрессии и других психических расстройствах, вызванных употреблением ПАВ.

Расстройства личности. Важной составляющей в патогенезе суицидального поведения являются реакции декомпенсации в рамках различных расстройств личности. В условиях пандемии COVID-19 отмечается учащение и усиление выраженности этих реакций.

Демонстративная личность. Характеризуется грандиозным чувством собственной важности, потребностью в неограниченном успехе, в идеальной любви, в восхищении, неспособностью воспринимать точку зрения других, отсутствием эмпатии, высокой агрессией или аутоагрессией на отвержение. Суицидальное поведение может развиваться в ситуациях неожиданной утраты своей исключительности, которая переживается как угроза идентичности и ставит под сомнение чувство собственной важности. В условиях пандемии COVID-19 финансовые трудности, конфликты в семье, другие неурядицы способны вызывать острый нарциссический кризис, сопровождающийся суицидальными переживаниями «социального поражения и личного унижения». Возможно возникновение суицидальной реакции дезорганизации (по А.Г. Амбрумовой) с эмоциональной напряженностью, фиксацией на психотравмирующем событии, остром состоянии обиды и гнева.

Эмоционально-неустойчивая, импульсивная (пограничная) личность. Постоянные колебания настроения по незначительным поводам, восприятие мира «поляризовано», с резкими переходами между крайним восхищением и ненавистью, негативизмом, психической инфантильностью, чувством злобы, как и другие непосредственные реакции, возникают довольно легко и плохо контролируются, однако могут быстро сменяться чувством вины и раскаяния. Основной проблемой в условиях карантина и самоизоляции может стать усиление внутреннего напряжения с невозможностью разрядки. В стрессовой ситуации наблюдаются реакции демобилизации (по А.Г. Амбрумовой), характеризующиеся пе-

реживаниями беспомощности, отверженности, незащитности с мыслями о суициде, которые возникают внезапно и быстро реализуются с последующим чувством раскаяния и стыда, в случае его не завершения.

Тревожно-мнительная, зависимая личность. Характеризуется подчинением собственных потребностей потребностям других людей, от которых зависит, беспомощностью, неспособностью к самостоятельной жизни, страхом быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе. Суицидальные тенденции могут развиваться в условиях конфликта, разрыва взаимоотношений в силу ослабления или невозможности непосредственных контактов с близким человеком. Возникновение суицидального поведения возможно в связи со следующими состояниями: а) постоянной тревоги, связанной с необходимостью оправдать ожидания значимых близких; б) бессилия, переживания своей никчемности и ненужности при невозможности оправдать ожидания; в) ненависти к себе с нарастающим напряжением, тоннельным восприятием; г) аутоагрессии с мотивом избегания наказания или наказания себя за бессилие.

Депрессивная личность. Характеризуется серьезностью, скептичностью, тревожностью, обязательностью, склонностью к постоянным колебаниям в принятии решений. В тяжелых жизненных ситуациях отмечается критическая переоценка своей жизни с самообвинениями за провалы, срывы и неудачи. Характерна повышенная уязвимость к ситуациям несправедливости, предательства с ощущением невозможности изменить ситуацию к лучшему. Депрессивные личности часто встречаются среди помогающих профессий и волонтеров. В ситуации с пандемией они находятся на переднем фланге, так как чужая жизнь для них представляет большую ценность, чем своя. Для депрессивного типа личности в большей степени свойственны пессимистические суицидальные реакции (по А.Г. Амбрумовой), характеризующиеся негативным взглядом на настоящее и будущее с отсутствием жизненной перспективы и ощущением потери смысла жизни. Совершение суицида возможно по мотиву выхода из пессимистически оцениваемой сложившейся психотравмирующей ситуации.

Расстройства шизофренического спектра. У пациентов, страдающих шизофренией, наблюдается особая чувствительность к психотравмирующим жизненным обстоятельствам. В рамках бредовых переживаний возможно усиление настороженности в отношении опасности заражения от окружающих, возникновение убежденности в умышленности заражения или, наоборот, уверенность в своей неуязвимости, в искажении результатов анализов, в сокрытии правды, в необоснованности требований соблюдения режима самоизоляции или госпитализации в медицинское учреждение. Тревога и страхи, связанные с пандемией, а также осложнения, вызванные коронавирусной инфекцией, способствуют обострению заболевания с развитием галлюцинаторно-бредовой симптоматики, идей воздействия, преследования, всемирного заговора, тесно связанных с темой COVID-19. На фоне психомоторного возбуждения возможны агрессивные, аутоагрессивные и суицидальные действия по бредовым мотивам.

Когнитивные расстройства и деменции. Для пациентов с когнитивными расстройствами и деменциями характерно развитие тревожных и тревожно-депрессивных состояний с суицидальными тенденциями в рамках текущего церебрально-органического процесса. При сохранности критической оценки своего состояния актуально усиление тревожно-депрессивной симптоматики, связанное с пессимистической оценкой будущего, в ответ на развитие неблагоприятных жизненных обстоятельств в условиях пандемии, таких как одиночество, утрата близкого человека, отсутствие ухода, необходимой и привычной медицинской и социальной помощи, отсрочка определения в стационар или учреждение социального обслуживания, предстоящая выписка из стационара или, напротив, страх перед госпитализацией и ухудшение состояния в связи со сменой привычных жизненных стереотипов. Тревожно-депрессивный аффект, как и сомато-неврологические осложнения коронавирусной инфекции могут способствовать усилению прогрессивности церебрально-органического процесса, возникновению в его рамках состояний психической спутанности, психозов делириозной и аффективно-бредовой структуры, нарушений поведения с аутоагрессивными и суицидальными действиями, нарастанию ухудшения когнитивных функций и тяжести деменции.

Медицинские специалисты, контактирующие с пациентами, заболевшими COVID-19

Медицинские работники, непосредственно контактирующие с пациентами заболевшими COVID-19, являются одной из групп риска по развитию суицидального поведения. Работа в чрезвычайной ситуации – это комплекс психотравмирующих факторов, включающих физическую нагрузку от защитного снаряжения; физическую изоляцию, снижающую уровень комфортного восстановительного отдыха; постоянные ответственность и напряжение; необходимость соблюдения строгих процедур, исключающих спонтанность и независимость; повышенные требования как к удлинению рабочего дня, так и к увеличению количества пациентов; необходимость отслеживания последней информации по COVID-19; снижение возможности социальной поддержки из-за напряженного графика работы и стигматизации; недостаточность личных ресурсов или возможности заботы о себе; страх заражения COVID-19 себя, близких и друзей. Совокупность этих факторов может приводить к быстрому психоэмоциональному истощению, сопровождающемуся суицидоопасными переживаниями безнадёжности и безысходности ситуации. Несправедливость, незаслуженные обвинения в возникновении некоторых случаев заболеваний и смертей пациентов способны стать последней каплей для совершения самоубийства. Соматоневрологические осложнения перенесенной коронавирусной инфекции, в некоторых случаях в тяжелой форме, усиливают показатели по шкалам депрессии, тревоги, общего стресса. Без прохождения реабилитации усиливается риск развития посттравматического стрессового расстройства, профессиональной деформации,

изменений в социальном функционировании, алкоголизации, агрессивного и аутоагрессивного поведения.

Люди старшего возраста

Пожилые люди с сопутствующей мультиморбидной патологией определены как наиболее чувствительная группа населения для COVID-19. Из-за повышенной уязвимости к вирусу и длительного периода самоизоляции резко ограничивается число их социальных контактов и взаимодействий с друзьями, родственниками, сотрудниками центров социальной помощи, медицинскими работниками, что ведет к обострению чувства одиночества, беспомощности, беспокойства, неуверенности и страха из-за пандемии, обуславливает десоциализацию, постепенное ухудшение социальной адаптации и нарушения когнитивного функционирования. Несмотря на стрессоустойчивость, характерную для пожилых людей, связанную с преодолением ими в течение жизни многих критических ситуаций, они в силу инволютивных особенностей реагирования подвержены высокому риску ухудшения психического здоровья из-за переживаний одиночества и уменьшения социальных связей. Воздействие стресса для лиц старшего возраста, обнаруживающих тревожные или тревожно-депрессивные расстройства, снижение когнитивных функций или деменцию, могут быть особо значимым в плане возникновения суицидальных тенденций. Риск самоубийства повышается также с увеличением числа сопутствующих соматоневрологических заболеваний. Развитию суицидальных тенденций могут также способствовать сообщения о заражении COVID-19. Среди факторов, способствующих совершению суицида людьми старшего возраста, выделяются и такие, как потеря автономности, достоинства и контроля в связи с заболеванием; беспокойство о будущей потере автономности, достоинства и контроля; озабоченность по поводу медицинского вмешательства и лечения в случае заражения COVID-19 и последующих осложнений; страх ухудшения когнитивных функций и развития деменции в результате осложнений коронавирусной инфекции, трактующийся как «страх сойти с ума»; чувство виновности перед родственниками и альтруистические мотивы, связанные с желанием облегчить их жизнь своим уходом; а также усиление разобщенности между близкими родственниками, связанное, в том числе с условиями карантина. Принятию решения о суициде может способствовать и изменившийся менталитет пожилых людей, привыкших управлять своей жизнью и нежелающих испытывать зависимость, боль, страдания, беспомощность, а также страх смерти из-за коронавирусной инфекции. Ухудшение соматического состояния у пожилых людей с COVID-19, страх быть выписанными из стационара с соматическими осложнениями (одышка, трудности передвижения, нарушения ритма сердца и т.д.), оказаться дома и умереть без помощи медработников, вызывают тревожно-депрессивные состояния и связаны с риском совершения самоубийства. В период пандемии в ковид-стационарах отмечаются случаи совершения суицидов людьми старшего возраста, обусловленные, в том числе, и предстоящей выпиской. Суицидоопасные изменения в

психическом состоянии пожилых людей часто просматриваются медицинским персоналом из-за возрастной специфичности протекания депрессивных реакций, характеризующихся стертостью и маловыразительностью эмоциональных проявлений.

Несовершеннолетние

По данным ООН, социально-экономические последствия пандемии COVID-19 и необходимые меры защиты оказывают негативные эффекты на детей всех возрастов из всех стран. В наибольшей опасности оказываются дети из бедных стран и регионов, а также дети, находящиеся в уязвимом положении (детимигранты, дети с ограниченными возможностями здоровья, дети, проживающие в социальных учреждениях). Меры изоляции, карантин повышают риск того, что дети могут оказаться свидетелями домашнего насилия или стать его жертвой.

Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних является одним из приоритетных направлений во всем мире, что становится особенно актуальной в ситуации хронического стресса связанного с пандемией. В докладе ООН (2020 г.) отмечается, что приостановка работы школ с населением более 1,5 миллиарда человек по всему миру из-за COVID-19 в более чем 210 странах, нарушенный распорядок дня, другие ограничения, а также затрудненный доступ к различным очным формам социально-психологической помощи, приводит к серьезному психологическому стрессу. Ограничения социальных связей, принудительная изоляция, снижение активности и отказ от значимых занятий, таких как учеба, игры и отношения, являются факторами риска развития у детей тревожных и депрессивных состояний (Paules et al., 2020). Ряд исследователей предполагают, что пандемия COVID-19 будет иметь более серьезные последствия для психического состояния детей, чем все предшествующие эпидемии.

В зоне риска развития суицидального поведения чаще всего оказываются учащиеся девятых и одиннадцатых предэкзаменационных классов. Режим самоизоляции, тревожное беспокойство заразиться самому и инфицировать своих родных, невозможность привычного общения со сверстниками и друзьями, семейные конфликты, нарастающее беспокойство из-за предстоящих экзаменов усиливают общее психоэмоциональное напряжение, а невозможность разрядки обоусловливает совершение агрессивных и аутоагрессивных поступков. Дети, находящиеся на дистанционном обучении, теряют ощущение структуры и стимулирования, которое обеспечивает школьная среда, возможность общаться с друзьями и получать необходимую привычную социальную поддержку. Несмотря на то, что дети восприимчивы к изменениям и способны к быстрой адаптации, маленькие дети с трудом понимают произошедшие события, а дети старшего возраста в ответ на них могут проявлять раздражительность и гнев, а также симптомы соматического неблагополучия.

Исследователями отмечено, что с учетом снижения доступа к услугам охраны психического здоровья из-за карантинных ограничений, а также страхов перед заражением, закономерно уменьшилось число очных консультаций. Обра-

щения несовершеннолетних на «Горячие линии» детских телефонов доверия имели разнонаправленные тенденции: общее их количество уменьшилось практически на 50%, однако на 50% увеличились обращения, связанные с суицидальными тенденциями. После снятия ограничений первой волны коронавирусной инфекции возросло число обращений за амбулаторной и стационарной помощью. После выхода из самоизоляции в соматической сфере у большинства несовершеннолетних наблюдался сбой режима сна-бодрствования, физическая астенизация организма, проблемы, связанные с питанием (булимия, анорексия). В эмоциональной сфере, наряду с радостью от снятия ограничений (свобода передвижений, возможности проведения групповых совместных мероприятий и др.), отмечалось частое возникновение тревожно-фобических реакций, не всегда напрямую связанных с пандемией COVID-19. На первый план выступали страхи, связанные с обучением, сдачей ЕГЭ, неопределенностью с поступлением в институт. К психиатрам стали чаще обращаться подростки с социофобией, дисморфофобией, как отражением проблем постоянного нахождения дома и колебания веса тела. Тревно-дисфорический фон настроения с проявлениями симптомов невращения отмечался у подростков, вовлеченных в конфликтные отношения в семье. Усиление конфликтов с родителями, болезненные изменения отношений, разочарования в романтических отношениях приводили к реакциям агрессии и аутоагрессии, самоповреждающему поведению.

Предварительный сравнительный анализ статистики по регионам за 2019-2020 гг. показал рост суицидальных попыток среди несовершеннолетних в некоторых из них. По данным Следственного комитета г. Москвы, в 2020 г. также был отмечен рост законченных суицидов и суицидальных попыток среди несовершеннолетних. В связи с переводом на дистанционное обучение с октября 2020 г. учащихся средних и старших классов, студентов средних специальных и высших учебных заведений в группе уязвимости по социально-психологической дезадаптации оказались студенты средних специальных и высших учебных заведений первого года обучения. В процессе консультаций учащиеся жаловались на растерянность, тревогу, связанную с непривычной для них формой дистанционного обучения. Переживания одиночества, собственной ненужности, «абсурдности» происходящего испытывали чаще учащиеся из регионов. Отмечались случаи все большего употребления ПАВ. Антивитальные переживания, пассивные суицидальные мысли встречались примерно в 1/3 консультаций, примерно половине студентов первых курсов обратившихся за консультацией была необходима консультация специалистов психиатров с назначением поддерживающей терапии.

Стрессовые события, способствующие развитию суицидального поведения на фоне пандемии COVID-19

Источниками потенциально суицидогенного стресса могут быть уязвимость и потеря контроля, страх самозаражения и причинения вреда близким, напряжен-

ная работа и тщетность усилий по спасению безнадежных больных, обособленность в коллективе и конфликты.

Внезапное известие о заболевании

Заболевание коронавирусом COVID-19, несомненно, можно отнести к тяжелым соматическим заболеваниям, которое способно привести к переоценке смысла жизни, целей и задач, стоящих перед человеком, изменению жизненного сценария, а страх мучительной смерти может способствовать появлению суицидальных мыслей и развитию суицидального кризиса. В первую очередь это касается пожилых людей. Более молодые пациенты, у которых нет большого жизненного опыта, склонны отрицать тяжесть и последствия заболевания, поэтому риск развития суицидального поведения у них значительно ниже. Следует отметить, что риск самоубийства у людей, заразившихся COVID-19, существенно варьирует в зависимости от наличия существующей психиатрической помощи. Риск самоубийства выше у тех, кто заболел психическим расстройством, прежде всего депрессией, вскоре после того, как узнал о своем инфицировании. Это означает, что пациенты, у которых развился серьезный депрессивный или психотический эпизод после получения информации о наличии серьезного соматического заболевания, включая COVID-19, имеют повышенный риск самоубийства. Таким образом, более тесное сотрудничество между общесоматическими и психиатрическими службами должно стать важным компонентом стратегии профилактики самоубийств.

Перенесённое заболевание COVID-19

Частота любого обращения к психиатру в течение первых трех месяцев после постановки диагноза COVID-19 составляет примерно 20%, при этом около 2% пациентов после перенесенного COVID-19 старше 65 лет соответствовали диагнозу деменции. Переболевшие COVID-19 подвергаются повышенному риску возникновения психических расстройств, что связано с соматическими, психоневрологическими, эмоциональными и социальными факторами риска. К соматическим факторам относятся сохраняющиеся симптомы, связанные с дыхательной недостаточностью и страхом ухудшения своего состояния в домашних условиях, вегетативные приступы по типу панических атак, болезненные телесные сенсации, нарушение всех фаз сна. Среди психоневрологических факторов отмечаются ухудшения когнитивно-мнестических функций (способности перерабатывать информацию или принимать решения), повторяющиеся безуспешные попытки подавить отрицательные или тревожные мысли, постоянные головные боли, не купируемые приемом обезболивающих средств, тошнота, спутанность сознания. Среди эмоциональных факторов выявляются тревожно-депрессивные состояния, настороженность и подозрительность, раздражительность, эмоциональная нестабильность и импульсивность. К социальным факторам относятся отчуждение или значительное снижение социальной активности, избегание связей с близкими, увеличение различных форм аутоагрессивного поведения. Развитие суицидального поведения также становилось следствием тяжелой формы

заболевания COVID-19. Перенесенное заболевание способно вызвать соматическое, психоэмоциональное страдание, изменение в социальных связях, потерю важных потребностей человека (безопасность жизни, эмоциональное соучастие, стремление к достижениям), приводя к смысловым потерям и развитию суицидального поведения.

Потеря работы, финансовые трудности

В группе суицидального риска находятся люди, потерявшие работу, имеющие финансовые трудности в связи с пандемией COVID-19. В то же время, наиболее распространенным фактором риска завершеного самоубийства для лиц младше 30 лет является не финансовый стресс, а конфликт с членами семьи, партнерами или друзьями. Опасным дополнением может быть также чувство беспомощности, субъективной безвыходности положения с невозможностью повлиять на ситуацию.

Усиление конфликтов

В сложившихся условиях распространения второй волны коронавируса, и, как следствие, повторения длительной изоляции в домашних условиях всей семьи, усиливаются проявления проблем возникших во время первой волны пандемии, как и возникновение новых психологических проблем и стрессов, конфликтов «близких отношений», которые по статистике составляют около 80% стрессовых жизненных событий, предшествующих самоубийству.

Семейное насилие

Согласно данным зарубежных источников, во всех странах растет волна различных форм домашнего насилия. Возросло количество звонков подростков на Детский телефон доверия, связанных с жалобами на психологическое давление, физические формы насилия со стороны взрослых. Именно эмоциональное (психологическое) насилие, а не проявление пренебрежения к потребностям ребенка и его воспитанию, связано с суицидальностью, независимо от проблем с психическим здоровьем и взаимоотношений в семье. Чаще стали наблюдаться звонки от женщин, связанные с физическим, сексуальным насилием со стороны мужа или партнера. Отмечается частое сочетание физического и сексуального насилия, при этом именно сексуальное, а не физическое насилие приводит к попыткам самоубийства, независимо от социально-экономического статуса семьи, негативных жизненных событий, симптомов психического расстройства, уровня образования. Актуальными остаются вопросы физического и психологического насилия в отношении людей старшего возраста. Отмечено, что риск совершения насилия возрастает при совместном нахождении на карантине с совершающим насилие членом семьи, при финансовой зависимости от пожилого человека, при употреблении насильником психоактивных веществ, при наличии у пожилого зависимого члена семьи психического расстройства или деменции. В этой связи необходимо усиление работы социально-психологических служб за счет быстрого перехода на дистанционное консультирование семей и уязвимых групп

населения, с привлечением при необходимости специалистов из других ведомств. В частности, к работе на Московском детском телефоне доверия привлечены психиатры, юристы, клинические психологи, ранее работавшие в чрезвычайных ситуациях.

Реакция горя, наступившая вследствие потери близкого человека от осложнений COVID-19

Реакция горя, естественная для всех людей, развивается сразу же после известия о смерти родственника, близкого человека, знакомого. Она проходит определенные стадии, имеет циклический характер. Различается «нормальная» и патологическая реакция горя, при последней необходимо обращение за профессиональной помощью. При естественном переживании горя отмечаются следующие симптомы: нарушения сна; потеря или увеличение веса; другие соматические расстройства и кратковременные проявления тех симптомов, от которых умер близкий человек; чувство усталости; ухудшение концентрации внимания; раздражительность, подавленность, потеря интереса к новостям, работе, друзьям, религии и т.п.; отдаление от близких людей и самоизоляция; агрессивные чувства по отношению к окружающим; иллюзии с ощущением присутствия умершего; чувство вины; суицидальные мысли.

Для патологической реакции горя характерны такие симптомы, как задержанная реакция на смерть близкого человека («анестезия чувств»); затянувшееся интенсивное переживание горя до нескольких лет; глубокая депрессия, сопровождаемая бессонницей, напряжением, чувством никчемности и самобичеванием; развитие психосоматических заболеваний; длительное проявление телесных симптомов, от которых страдал сам умерший; сверхактивность; неистовая враждебность, сопровождаемая угрозами, направленная против конкретных людей; резкое и радикальное изменение стиля жизни; нехватка инициативы или побуждений; неподвижность; изменение отношения к друзьям, родственникам, прогрессирующая самоизоляция; суицидальные намерения, планы, разговоры о самоубийстве и о воссоединении с умершим; развитие симптомов, характерных для посттравматического стрессового расстройства.

При выявлении симптомов патологической реакции горя необходимо обращение за помощью к психотерапевту с последующей обязательной консультацией психиатром и психофармакологической коррекцией состояния.

Суицидоопасные переживания, кризисное суицидальное состояние

Трудности, связанные с усиливающимися страхами за свое здоровье и здоровье близких, уменьшение социальных контактов, ограничения в реализации своих привычных потребностей, болезни и смерти близких, переживание своей беззащитности может привести к разочарованию и утрате смысла в жизни. Потеря работы, в сочетании с финансовыми проблемами, неспособность найти другую работу, усиливающиеся чувствами вины и стыда, отчуждение от близких, могут вызывать острое переживание «социального и личного поражения».

Люди пенсионного возраста, лишившиеся работы, могут думать о себе как о бремени для других, что является независимым предиктором развития суицидального поведения. Повышенный риск суицида связан с переживанием безысходности, безвыходности. Переживание невозможности что-либо изменить рождает мучительное эмоциональное страдание, которое вызывает мысли о самоубийстве. Попадание в ситуацию с субъективно невыносимыми страданиями приводит к возникновению кризисного суицидального состояния, имеющего следующие проявления:

в эмоциональной сфере - эмоциональное страдание, «душевная боль», тотальная безрадостность (ангедония), интенсивный страх;

в когнитивной сфере - фиксация на переживаниях, событиях, приведших к кризисному состоянию, невозможность переключиться на позитивные события;

в психической сфере - психосенсорные расстройства, ощущение измененности себя и окружающего мира, болезненное психическое бесчувствие, деперсонализация и дереализация;

в поведении - снижение социальной активности, избегание связей с близкими людьми;

в соматической сфере - хронические болезненные ощущения в теле, нарушение всех фаз сна.

При развитии состояний с вышеописанными психическими проявлениями, необходимо мотивировать пациента к незамедлительному обращению к психиатру.

Заключение

Суицидальное поведение становится насущной проблемой по мере распространения пандемии COVID-19 и будет иметь долгосрочные медицинские и экономические последствия для населения в целом и, особенно для его уязвимых групп. Необходимо усиление мер по профилактике суицидов, как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе. Ответные меры здравоохранения должны опираться на общую политику и практику в области охраны психического здоровья.

Предложения

Для профилактики суицидального поведения в условиях COVID-19 необходимы соблюдение следующих мероприятий:

1. Повышение доступности медико-психологической помощи людям, оказавшимся в кризисных ситуациях, в частности открытие кабинетов социально-психологической помощи на базах поликлиник, городских клинических больниц.
2. Возможность оперативного оказания медико-психологической помощи людям, находящимся на карантине и страдающим психическими расстройствами.

- 2.1. Развитие технологий дистанционного выявления и сопровождения групп риска по суицидальному поведению.
- 2.3. Развитие движения волонтеров, обучения их принципам оказания кризисной психологической помощи.
- 2.4. Поддержка системы экстренной медико-психологической помощи оперативного реагирования и оказания помощи потенциальным суицидентам.
3. Психологическая поддержка работников системы здравоохранения.

Горячая линия помощи при Чрезвычайных и кризисных ситуациях на базе ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П. Сербского" Минздрава РФ: 8 (495) 637-70-70

***Горячая линия по вопросам домашнего насилия
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России: 8 (495) 637-22-20***

Контактный E-mail по вопросам COVID-19 инфекции: covid-19@serbsky.ru