

# Самоотравления гипотензивными препаратами: клинико-психологические и социально-демографические факторы и общие подходы к профилактике

О.Д. Пуговкина✉, А.Б. Холмогорова, М.М. Поцхверия, Г.Н. Суходолова

Отделение острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств  
ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»  
Российская Федерация, 129090, Москва, Б. Сухаревская площадь, д. 3

✉ **Контактная информация:** Пуговкина Ольга Дмитриевна, кандидат психологических наук, доцент, научный сотрудник отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ».  
Email: [olgarugovkina@yandex.ru](mailto:olgarugovkina@yandex.ru)

## АННОТАЦИЯ

Изучение клинической группы пациентов с самоотравлениями гипотензивными препаратами является актуальной и сложной задачей ввиду ее неоднородности, высокой коморбидности соматических и психических (депрессивных) расстройств, а также сочетания ряда неблагоприятных социальных и средовых стрессовых факторов. В настоящем обзоре сформулированы проблемы систематизации эмпирических данных и подходов к исследованию самоотравлений гипотензивными препаратами, а также выделены относительно специфические группы риска, в том числе пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, принимающие гипотензивные препараты по назначению. Описаны клинические характеристики (сочетание сердечно-сосудистых и тревожно-депрессивных расстройств), психологические характеристики (личностный профиль группы кардиометаболического риска), социально-демографические характеристики и психосоциальные факторы стресса. Описаны фармакологические свойства некоторых гипотензивных препаратов, повышающие риск развития депрессивных расстройств.

На основе выделения факторов риска самоотравлений гипотензивными препаратами обоснована необходимость клинико-психологического сопровождения пациентов с самоотравлениями и сформулированы общие принципы профилактики суицидального поведения среди групп наибольшего риска в первичной медицинской сети.

## Ключевые слова:

самоотравления гипотензивными препаратами, факторы риска, профилактика депрессивных расстройств и суицидального поведения

## Ссылка для цитирования

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. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2021-10-4-719-727>

## Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

## Благодарность, финансирование

Исследование не имеет спонсорской поддержки

## ВВЕДЕНИЕ

Проблема самоотравлений гипотензивными препаратами и их профилактики приобретает актуальность в силу широкой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, которые часто предполагают регулярное употребление гипотензивных средств. Хотя она и не носит острого эпидемиологического характера (5% от всех отравлений), но в силу своего междисциплинарного статуса высвечивает многие аспекты медико-психолого-социального сопровождения большой группы пациентов, в первую очередь, больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и, шире, лиц пожилого возраста, имеющих тяжелые соматические и психические расстройства. Актуальность и практическая значимость анализа социально-демографических и клинических факторов самоотравлений гипотензивными средствами определяется достаточной распространенностью данного типа самоотравлений и многочисленностью групп риска. Согласно статистическим

данным, острые отравления гипотензивными средствами средней тяжести, тяжелые и крайне тяжелые составляют 5% от всех отравлений и 10–11% от отравлений лекарственными средствами [1, 2]. Летальность составляет до 6,5% [3].

Следует отметить также, что значительная часть гипотензивных препаратов включена в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и широко доступна населению [3, 4].

Гипотензивные препараты по назначениям принимает многочисленный контингент пациентов, так как артериальная гипертензия является одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. По данным российских эпидемиологических исследований, только среди мужчин в возрасте до 65 лет частота данного заболевания составляет 49%, а у женщин — 40%. Около 42% мужчин и 62% женщин при этом принимают препараты для снижения артериаль-

ного давления [5], при этом нередко встречаются как случайные, так и намеренные нарушения дозировки и кратности приема гипотензивных препаратов, что приводит к острым отравлениям.

Проблема намеренного использования прописанных курсовых препаратов или, шире, препаратов, находящихся в безрецептурном доступе, с целью самоотравления давно обсуждается в медицине [1, 6, 7]. 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 [1, 8].

Основное место среди гипотензивных средств занимают лекарственные препараты, относящиеся к группам  $\beta$ -адреноблокаторов, блокаторов медленных кальциевых каналов и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. Часть из них, особенно в комплексе с препаратами, снижающими уровень холестерина, связывают с повышенным риском развития депрессивных расстройств [8]. В контексте проблемы самоотравлений как формы суицидального поведения важно учитывать и данные механизмы риска.

**Цель исследования:** выделение социально-демографических и психологических характеристик пациентов с самоотравлениями гипотензивными средствами на основе систематизации эмпирических данных и выделение общих мишеней профилактики.

#### 1. ПРОБЛЕМА СИСТЕМАТИЗАЦИИ ЭМПИРИЧЕСКИХ ДАННЫХ И ПОДХОДОВ К ИССЛЕДОВАНИЮ САМООТРАВЛЕНИЙ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

При попытке выделения характеристик целевой группы пациентов с самоотравлениями гипотензивными препаратами возникает ряд объективных и методологических проблем изучения. Данные пациенты представляют собой разнородную группу и редко становятся целевой выборкой для системного изучения факторов риска самоотравлений этой конкретной группой лекарственных средств. Предметом изучения в основном выступают различные аспекты медицинских реабилитационных мероприятий и общие принципы приема и ведения пациентов с острыми самоотравлениями, которые определяются характером патологических процессов — быстрым и прогрессирующим развитием (например, [4, 9–11]).

Имеющиеся эпидемиологические и клинко-психологические исследования посвящены изучению более широких вопросов: сравнительной статистике разных способов самоубийства [12–14], распространенности депрессивных расстройств среди пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями [15–18], проблемам медицинского и социального сопровождения лиц пожилого и старческого возрастов [12, 19, 20]. В каждом из этих направлений пациенты с самоотравлениями гипотензивными препаратами не занимают первые позиции по причинам заболеваемости и смертности, однако их количество составляет устойчивую пропорцию.

При ограниченных размерах выборок в отдельных работах приходится сталкиваться с очень гетерогенными данными. Например, возраст пациентов, включаемых в исследования самоотравлений гипотензивными средствами, составляет от 18 до 87 лет. Часть исследований заранее ограничивает возрастной диапазон пациентов с самоотравлениями [19, 21–24] пожилым возрастом. Вместе со сдвигом выборки по среднему

возрасту это смещает и фокус исследования, так как больший удельный вес приобретают факторы, связанные с возрастом и социальной ситуацией пациентов более старшего возраста. В связи с такой гетерогенностью имеющиеся в литературе, например, описания социально-демографического профиля пациентов с самоотравлениями [4, 13] для содержательной интерпретации требуют привлечения дополнительных данных.

Независимо от возраста среди пациентов с самоотравлениями гипотензивными препаратами преобладают женщины (от 65 до 78% в разных исследованиях) [4, 13, 19]. Во всех работах обращается внимание на сопутствующие психические расстройства (порядка 80%, главным образом депрессии) и соматические заболевания (около 60%), которые сами по себе связаны с риском возникновения и хронификации депрессии и суицидальным риском [8]. Ряд пациентов имеет коморбидный диагноз алкогольной зависимости. Таким образом, характеристики выборок и критерии включения во многом определяют результаты, и ограничением большинства имеющихся работ выступает невозможность отделить специфику, связанную с возрастом, полом, клиническим статусом пациента от специфики, связанной с использованным для самоотравления препаратом.

Отметим также гетерогенность структуры эпизода самоотравления при использовании одних и тех же гипотензивных средств. Ситуации самоотравления включают в себя намеренные суицидальные попытки, случаи передозировки или нарушения кратности приема принимаемого регулярно препарата, а также случайный прием лекарственных средств.

Такое сложное наложение исследовательских выборов затрудняет экспликацию результатов.

Таким образом, в качестве оснований для систематизации имеющихся эмпирических данных, могут выступать: 1) возрастные характеристики пациентов с суицидальными попытками; 2) клинические и психологические характеристики пациентов, принимающих гипотензивные препараты по показаниям; 3) фармакологические свойства некоторых препаратов, обладающих гипотензивным эффектом, повышающие риск развития депрессивных расстройств ( $\beta$ -адреноблокаторы). Требуется учета и структура эпизода самоотравления (намеренного или случайного приема лекарственных средств).

В связи с этим основная часть обзора посвящена факторам намеренных самоотравлений, или факторам суицидального риска среди основных групп риска, а затем будут проанализированы факторы случайных отравлений гипотензивными препаратами. В заключении сформулированы общие принципы профилактики и медико-психолого-социального сопровождения пациентов с самоотравлениями гипотензивными препаратами.

#### 2. КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ ГИПОТЕНЗИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПО ПОКАЗАНИЯМ

##### 2.1 Клинические характеристики; сочетание сердечно-сосудистых и тревожно-депрессивных расстройств

В литературе накоплен значительный объем данных относительно факторов риска суицидального поведения при разных видах хронической или тяжелой соматической патологии, включая онкологические,

сердечно-сосудистые, неврологические, психические заболевания, болезни легких, почек, сахарный диабет, эпилепсию, СПИД и другие [16, 17]. В этих исследованиях суицидальное поведение включает в себя разные формы — повешение, падение с высоты, самоотравления анальгетиками, психотропными, гипотензивными и другими препаратами. Виды суицидального поведения почти никогда не выделяются как переменная для анализа, а фокус исследований затрагивает специфику клинической картины, факторов, связанных с лечением, прогнозом, наличием болевого синдрома и др.

Наиболее общими факторами суицидального поведения при тяжелой соматической патологии выступают социальное неравенство, незанятость, одиночество, деморализация, ощущение обремененности собою и для окружающих, болевой синдром, неудовлетворенность повседневной помощью, сопутствующие психические расстройства, в первую очередь, депрессии.

Группа самоотравлений гипотензивными и антиаритмическими препаратами выделяется только при исследовании суицидального поведения у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В этой группе частота использования указанных препаратов с целью самоотравления составляет около 12–14%, это второе место после психотропных средств [1, 16, 25].

Исследования указывают на самую высокую, по сравнению с другими заболеваниями, ассоциацию сердечно-сосудистой патологии с психическими расстройствами [15], хотя прямая связь сердечно-сосудистых заболеваний и суицида подтверждается не так однозначно [26]. Риск суицидального поведения возрастает и при лекарственном снижении уровня холестерина (у мужчин) [8].

М.С. Уманский и соавт. (2017) анализирует связь между суицидом и сердечно-сосудистыми заболеваниями. При том, что точной статистики нет, указывается, что сердечно-сосудистые заболевания могут быть ведущей причиной самоубийств (21,6% мужчин и 34,4% женщин). Суицидальный риск в первую очередь повышают тревожно-депрессивные расстройства, которые определяют суицидальные идеи у каждого десятого пациента с ишемией сердца. Важно отметить прямую корреляцию между депрессией и снижением приверженности к терапии, что в ряде случаев также может свидетельствовать о суицидальной активности [26–28].

В качестве объективной статистики авторы [26] используют данные о кардиотропных препаратах, применяемых для самоотравления. Сердечно-сосудистые препараты (особенно антигипертензивные и антиаритмические) стабильно занимают второе место после психотропных препаратов в структуре препаратов, применяемых для суицида. Более того, исследования, проведенные в разных регионах страны, дают очень схожие показатели: Нижний Новгород — 12,6%, Тюмень — 13,5%. Из этого делается вывод о высокой распространенности суицидальных настроений среди кардиологических больных, которые, однако, не регистрируются [15, 26, 27].

Проблема высокой коморбидности сердечно-сосудистых и тревожно-депрессивных расстройств изучается в разных аспектах: эпидемиологические данные, патогенетические механизмы взаимосвязи расстройств, комплекс психосоциальных факторов, роль стресса в развитии заболевания. Закономерности, выделенные на больших клинических группах пациен-

тов с сердечно-сосудистыми и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами, представляются существенными и для понимания факторов намеренных самоотравлений гипотензивными средствами.

Так, в эпидемиологических исследованиях коморбидности отмечается, что среди пациентов с сердечно-сосудистыми расстройствами клиническая депрессия выявляется у 17–27% [29, 30]; около трети пациентов (14–45%) обнаруживают депрессивные состояния во время пребывания в стационаре и непосредственно после выписки [31]; по прошествии 3–4 месяцев депрессивные состояния обнаруживают до 33% пациентов [32].

Установлено, что депрессия и сердечно-сосудистые заболевания имеют двустороннюю связь: существует повышенный риск сердечно-сосудистых нарушений у больных депрессией [15]. Так, депрессия увеличивает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний в среднем в 1,5 раза (в зависимости от конкретного диагноза) [15] и заметно ухудшает течение заболевания, даже по сравнению с сочетанием нескольких хронических заболеваний [33]. Симптомы депрессии повышают риск повторных острых состояний, связанных с сердечно-сосудистой патологией [34]. Среди факторов, связывающих депрессию и сердечно-сосудистые заболевания, выделяют как поведенческие (пассивность, малоподвижность, позднее обращение за помощью и низкая приверженность лечению), так и физиологические (воспалительные цитокиновые процессы и повышенная активность тромбоцитов). Важную роль отводят психологическому дистрессу, который часто выступает медиатором между поведенческими аспектами и средовыми влияниями, с одной стороны, и активизацией патогенетических механизмов заболевания, с другой [15].

Можно, таким образом, подчеркнуть роль своевременного выявления симптомов депрессии как непосредственно для коррекции эмоционального состояния, так и для укрепления комплаенса в терапии основного расстройства и профилактики негативного влияния депрессии на течение заболевания.

Развитие депрессивных симптомов непосредственно после знакомства больного с диагнозом рассматривают как вариант острой реакции на стресс. Рубрика F43.8 в МКБ-10 описывает нозогенные тревожные и депрессивные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием (МКБ-10, 1998). Зарубежные авторы [31] предлагают специально рассматривать диагноз посттравматического стрессового расстройства применительно к пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями и выделяют так называемый посттравматический стрессовый синдром, индуцированный кардиологическим заболеванием (*Cardiac-disease-induced PTSD*, или *CDI-PTSD*). Помимо данных двух диагностических категорий для депрессивных состояний, возникающих на фоне соматического заболевания, выделяется особый «синдром деморализации» [35]. Это связано с тем, что комплекс симптомов, возникающий у пациентов, может не вполне отвечать критериям депрессивного эпизода, однако все равно требовать учета в терапии и сопровождении.

Таким образом, в отношении преднамеренных гипотензивных самоотравлений из приведенных данных следует акцентировать роль своевременного выявления симптомов тревожных и депрессивных расстройств, которые являются весьма распростра-

ненным и часто недооцениваемым фактором течения сердечно-сосудистых расстройств. Можно подчеркнуть, что аффективные расстройства могут выступать предрасполагающим фактором по отношению к сердечно-сосудистой патологии, и могут возникать на разных этапах заболевания (манифесте, ознакомления с диагнозом, в отсроченном периоде заболевания). Поэтому рутинное назначение гипотензивных препаратов имеет смысл дополнять скринингом риска развития симптомов депрессии и суицидального поведения. Особым указанием на необходимость такого скрининга или специализированной консультации может служить низкая приверженность лечению у больных.

## 2.2 Психологические характеристики: личностный профиль группы кардиометаболического риска

Сердечно-сосудистые заболевания отличает высокий вклад психологических и других средовых факторов — около 2/3 факторов кардиометаболического риска относятся к образу жизни пациента. Несмотря на то, что личностный профиль и профиль эмоционального реагирования пациентов с артериальной гипертензией (напомним, что около 12–14% пациентов с намеренными самоотравлениями гипотензивными препаратами составляют именно эти пациенты) достаточно хорошо изучен, результаты данных клинико-психологических исследований мало внедрены в практику сопровождения пациентов в первичной медицинской сети [16, 29, 36].

Профиль эмоционального реагирования проявляется в симптомах тревоги, депрессии, межличностной сензитивности, одиночества и безнадежности, трудностях когнитивной переработки стресса (руминирования), магического мышления и некоторых других [15, 28, 36, 37].

К основным индивидуально-психологическим факторам, которые способствуют хронификации эмоциональных нарушений и возникновению суицидального риска у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, относят следующие:

руминации — повторяющиеся циклические размышления о чувствах, мыслях и проблемах, которые носят бесплодный, непродуктивный характер и вытесняют собой другие конструктивные психические процессы, направленные на реальное разрешение жизненных проблем. Тенденция к постоянному анализу себя и своих проблем сопровождается чувством скорби и безысходности [38, 39];

беспокойство — цепочки негативно заряженных и сравнительно малоконтролируемых мыслей и образов, которые так же, как и руминации, являются примером персистирующего негативного мышления, однако «беспокойные» мысли чаще сфокусированы на катастрофических образах будущего, тогда как руминативные мысли — на прошлом [38, 40, 41];

деморализация — капитуляция перед необходимостью переработки стресса болезни, стойкая неспособность совладать с бессилием, беспомощностью, чувство некомпетентности, связанное с потерей смысла и цели в жизни [35];

безнадежность — негативное отношение к собственному будущему, которое выражается в отсутствии жизненной перспективы и утрате смысла поиска этой перспективы. Данная характеристика является одним из важнейших предикторов суицида [40, 42].

К психосоциальным характеристикам профиля пациентов с сердечно-сосудистыми расстройствами относят хронический стресс, дефицит социальной поддержки и недостаточность социальной интеграции [36]. В результате обобщения многочисленных исследований были выделены комплексные профили личности, типичные для группы кардиометаболического риска и известные под названиями личности типа «А» («синдром спешки» — двигательный-эмоциональный комплекс, включающий энергичный стиль поведения, агрессивность, нетерпеливость, настроенность на достижение цели) и типа «D» (тенденция испытывать негативные эмоции, нейротизм в сочетании с тенденцией сдерживать выражение чувств и социальным дистанцированием).

Следует отметить, что на сегодня разработаны различные типы компактных и эффективных вмешательств (психообразовательных и краткосрочных психотерапевтических программ), направленных на выявление и коррекцию перечисленных черт [40]. Примерами могут служить метакогнитивный тренинг для больных депрессиями [43], когнитивно-поведенческая психотерапия, основанная на осознанности (*Mindfulness-based stress reduction, MBSR*) как основа снижения стресса [44].

Эти вмешательства могут служить мишеней ориентированными средствами профилактики самоотравлений гипотензивными препаратами как в группе пациентов, принимающих их по назначениям, так и в других группах риска, о которых пойдет речь ниже.

## 2.3 Социально-демографические характеристики и социальные факторы стресса

Анализ распределения по возрасту лиц с самоотравлениями гипотензивными препаратами дает противоречивую картину. С одной стороны, как указывалось выше, часть исследований, которые могут быть использованы для анализа, ограничивает возрастной диапазон пациентов с самоотравлениями пожилым возрастом как критерием включения [19, 21–24]. Это обусловлено, отчасти, эпидемиологическими данными: самоотравления являются наиболее распространенным типом суицидального поведения у пожилых и составляют около 20% всех завершённых суицидов [12, 19]. Исследователи обращают внимание на сочетание, с одной стороны, наличия ряда соматических и/или психических расстройств как источников боли и страданий, и с другой — доступ к препаратам, прописанным для курсового приема для контроля симптомов.

При этом надо отметить, что как в 90-е годы, так и сегодня суицидальное поведение у пожилых пациентов остается наименее изученным, что косвенно подтверждает актуальность выделения самоотравлений гипотензивными препаратами в отдельное направление исследования, несмотря на то, что по частоте использования при намеренном самоотравлении гипотензивные средства значительно уступают психотропным препаратам (бензодиазепинам и антидепрессантам) [19].

При исследовании пожилых пациентов в качестве факторов суицидального поведения в целом выделяются факторы одиночества, изоляции, симптомов реальной или воспринимаемой беспомощности, социальная изоляция и скрытые затаенные семейные конфликты [19].

В отдельных натуралистических исследованиях выделены еще несколько характеристик суици-

дального поведения в пожилом возрасте. Отмечается, что около 60% пациентов, совершивших намеренные самоотравления лекарствами, прописанными им для курсового приема, страдали от хронической соматической патологии, 80% имели историю хронического депрессивного расстройства, при том, что за консультацией психиатра обращались только треть из них. Эти данные свидетельствуют о роли хронического стресса в связи с соматической патологией и болевым синдромом [12, 19].

В группе женщин был выделен определенный календарный паттерн: значимо чаще суицидальные попытки совершались в зимние месяцы (январь, февраль, март) и в определенные дни недели (понедельники, пятницы). В группе мужчин таких закономерностей не было. Около половины пациентов состояли в браке, 30% — вдовцы, 8% — разведены, 14% никогда не состояли в браке. Возраст пациентов, включенных в исследование, составлял 65–91 год [19].

Тем не менее, возраст пациентов, совершающих самоотравления гипотензивными средствами, не ограничивается пожилым и старческим. В статистике и исследованиях встречаются пациенты от 15 до 91 года. Причем анализ распределения по возрастам показывает, что лица пожилого и старческого возраста составляют не более 30% в разные годы. Наиболее многочисленную группу (около 50%) составляют лица в возрасте от 30 до 60 лет, и важно отметить рост доли пациентов моложе 20 лет с 5,2% в 2010 году до 8,3% в 2014 [4]. Таким образом, подчеркивается проблемная тенденция роста самоотравлений препаратами, действующими на сердечно-сосудистую систему среди лиц трудоспособного возраста [4].

Исследования психосоциальных факторов риска суицидального поведения независимо от возраста имеют определенную культуральную специфику. Например, в Индии к наиболее значимым относятся безработица, отсутствие образования, стрессовые события в течение последних 6 месяцев, соматические расстройства и болевой синдром [45]. В западно-европейских и американских исследованиях подчеркивается вклад семейного статуса (нарушений в семейной системе), ранней утраты родителей, наличия психического расстройства, суицида в семейной истории, высокого уровня жизненного стресса и стресса в интерперсональной сфере.

В контексте данного обзора важны результаты одного из недавних исследований суицидальных переживаний у пациентов с гипертонзией, в котором было показано, что именно психологический дистресс выступает медиатором связи других психосоциальных факторов (пол, экономический и семейный статус, злоупотребление психоактивными веществами — ПАВ и др.) с суицидальными намерениями и поведением [25].

Таким образом, в отношении самоотравлений гипотензивными препаратами можно сделать вывод о роли психологического дистресса и дефицита психологических средств его конструктивной переработки. Эти факторы опосредуют вклад разнородных социально-демографических, психосоциальных характеристик, содержания жизненного стресса пациентов и могут выступать мишенями профилактики и комплексного сопровождения.

### 3. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА НЕКОТОРЫХ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПОВЫШАЮЩИЕ РИСК РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

В ряде исследований было показано, что некоторые гипотензивные препараты могут повышать риск суицида [8]. В одном из масштабных исследований в 1990-х годах были проанализированы 58529 пациентов, получавших гипотензивную и антиаритмическую терапию (β-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы ангиотензина). Было показано, что в группе пациентов, принимавших β-адреноблокаторы, риск суицида был выше, чем в популяции. Было также отмечено, что риск суицида повышался в первые 12 месяцев после назначения терапии и в течение года после прерывания терапии. Риск суицида был ниже при приеме препаратов с низкой растворимостью в липидах по сравнению с препаратами со средней и высокой растворимостью в липидах [8].

Проанализировано использование отдельных препаратов в рутинной практике. Показано, например, что пропранолол (назначаемый для нормализации работы сердечной мышцы и оказывающий гипотензивное, антиангинальное и противоаритмическое действие) при передозировке приводит к быстрым и выраженным нарушениям, в связи с чем его не рекомендуется назначать в специфических группах риска (например, тревожным пациентам, которые катастрофически интерпретируют свои ощущения и рискуют превысить дозу) [46]. Заслуживают упоминания и отчеты об отдельных клинических случаях, которые указывают на необходимость скрининга эмоционального состояния пациентов при назначении антигипертензивной терапии. В литературе есть описания отдельных случаев, которые показывают, что гипотензивные препараты опасны не только в плане передозировки (намеренной или случайной), но и в плане риска интенсивного развития аффективных расстройств. Например, *Ullrich et al.* [47] сообщают о случае развития тяжелого депрессивного эпизода и суицидальной попытки у пациентки 43 лет после 4 недель приема комбинации вальсартана и гидрохлортиазида в качестве антигипертензивной терапии. Отмечается, что эпизод депрессии прошел спонтанно без дополнительного лечения в течение 10 дней после отмены антигипертензивной терапии.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**Перспективы исследования. Принципы профилактики и комплексного сопровождения пациентов с самоотравлениями гипотензивными препаратами**

Обобщая результаты обзора, следует вернуться к идее о том, что неоднородная группа пациентов с самоотравлениями гипотензивными средствами представляет собой вызов для междисциплинарного изучения и выделения специфических мишеней профилактики. Однако как для намеренных, так и для случайных самоотравлений можно сформулировать ряд положений относительно профилактики суицидального поведения и оптимизации комплексного сопровождения пациентов.

В отношении случайных самоотравлений гипотензивными препаратами, нарушений дозировок и кратности приема в первичной медицинской сети представляется важной психообразовательная работа,

развитие навыков психогигиены, аккуратной и точной интерпретации соматических симптомов, укрепление комплайенса и приверженности лечению, учет когнитивных особенностей контингента, которому рекомендована курсовая антигипертензивная терапия.

В отношении всех групп риска самоотравлений гипотензивными препаратами отмечается существенный вклад психосоциальных факторов и роль психологического дистресса, опосредующего связь между стрессовыми жизненными обстоятельствами и активизацией суицидального поведения. Кроме того, в отношении всех основных групп риска (пациенты пожилого возраста, пациенты с сердечно-сосудистыми и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами) отмечаются недостатки выявления и учет симптомов аффективных расстройств и признаков суицидального риска.

Показано, что пациентов с намеренными самоотравлениями, по сравнению с теми, кто использует более brutальные формы суицидального поведения, отличает большее количество внешних признаков, которые могут быть использованы для прогноза суицидального риска. Эти пациенты демонстрируют отчетливые симптомы депрессии или, как минимум, выраженные изменения в настроении по сравнению с обычным. Можно отследить снижение интереса к обычным занятиям, отдельные эпизоды безрасудных, нетипичных поступков, а также шаги по планированию и поиску средств отравления [48; 49]. Эти данные подчеркивают

роль первичной медицинской сети в выявлении риска суицидального поведения; обучение персонала первичной помощи выявлению депрессии и суицидальных намерений — это один из немногих научно-доказанных эффективных элементов превенции [50].

Подходы к профилактике суицидального поведения традиционно подчеркивают роль адекватной терапии основного заболевания, понимая под этим качество повседневной помощи в широком смысле слова: своевременность диагностики, информированное согласие, бригадный подход к ведению пациента с привлечением специалистов сферы охраны психического здоровья и близких пациента [50]. Отмечается, что персонал медицинских учреждений недостаточно осведомлен, бдителен и ориентирован на выявление эмоциональных нарушений и суицидального риска [50, 37]. Подчеркивается тенденция медиализации терапевтической среды в ущерб установлению терапевтических отношений и повышению комплаентности больных, а также недоучет потенциала междисциплинарного взаимодействия специалистов.

Важную роль играет и сопровождение пациента после эпизода самоотравления, включающее корректные алгоритмы обсуждения диагноза, психообразование, скрининг и мониторинг депрессии и злоупотребления психоактивными веществами, психо-реабилитационные мероприятия в отношении семьи пациента [51], врачей, имеющих отношение к ведению пациента, других возможных свидетелей [16, 50].

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Касимова Л.Н., Святогор М.В., Втюрина М.В. Анализ суицидальных попыток путем самоотравления. *Суицидология*. 2011;(1):54–55.
- Шикалова И.А., Лодагян А.Н., Барсукова И.М., Насибуллина А.Р., Каллойда Д.Ю. Анализ токсикологической ситуации по данным трех специализированных центров Российской Федерации. *Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь»*. 2019;8(4):373–378. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2019-8-4-373-378>
- Мельников Е.С. *Химико-токсикологический анализ гипотензивных лекарственных средств при острых отравлениях*. Автореф. дисс. ... канд. фарм. наук. Москва; 2016. URL: <https://search.rsl.ru/ru/record/01006651894> [Дата обращения 21.01.2020]
- Белова М.В., Ильяшенко К.К. Острые отравления препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему. *Токсикологический вестник*. 2016;(5):31–35.
- Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Имаева А.Э., Капустина А.В., Муромцева Г.А., Евстифеева С.Е., и др. Распространенность артериальной гипертензии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации (данные наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ-2). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2019;15(4):450–466. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2019-15-4-450-466>
- Buckley NA, Whyte IM, Dawson AH, McManus PR, Ferguson NW. Correlations between prescriptions and drugs taken in self-poisoning. Implications for prescribers and drug regulation. *Med J Aust*. 1995;162(4):194–197. PMID: 7877541
- Crombie IK, McLoone P. Does the availability of prescribed drugs affect rates of self-poisoning? *Br J Gen Pract*. 1998;48(433):1505–1506. PMID: 10024711
- Sorensen HT, Mellemkjaer L, Olsen JH. Risk of suicide in users of b-adrenoceptor blockers, calcium channel blockers and angiotensin converting enzyme inhibitors. *Br J Clin Pharmacol*. 2001;52(3):313–318. PMID: 11560564 <https://doi.org/10.1046/j.0306-5251.2001.01442.x>
- Карева М.В., Поцхверия М.М., Симонова А.Ю., Белова М.В. Принципы приема, обследования и маршрутизации пациентов с острыми отравлениями в приемном отделении стационара СМП. *Московская медицина*. 2019;(4):66–67.
- Остапенко Ю.Н. О состоянии токсикологической службы в стране. *Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь»*. 2014;(3):7–10.
- Хубутия М.Ш., Кабанова С.А., Гольдфарб Ю.С. Маткевич В.А., Богопольский П.М., Бадалян А.В. Прогноз развития клинической токсикологии в России. *Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь»*. 2016;(3):26–33.
- Любов Е.Б., Магурдимова Л.Г., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение пожилых. *Суицидология*. 2017;8(1):3–16.
- Мягков А.Ю., Смирнова Е.Ю. Структура и динамика незавершенных самоубийств. *Социологические исследования*. 2007;(3):89–97.
- Приленский А.Б. Характер средств, выбранных пациентами для преднамеренного отравления с суицидальной целью (на примере Тюменской области). *Научный форум. Сибирь*. 2016;2(4):95–97.
- Довженко Т.В., Васюк Ю.А., Школьник Е.Л. Особенности патогенетической взаимосвязи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний. *Психические расстройства в общей медицине*. 2007;(1):14–19.
- Зотов П.Б., Любов Е.Б., Пономарёва Т.Г., Скрыбин Е.Г., Брагин А.В., Ананьева О.В. Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение II. *Суицидология*. 2018;9(4):85–108. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04\(33\)-85-108](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-85-108)
- Зыков В.В., Мальцев А.Е. Значение соматических заболеваний в возникновении суицидального поведения. *Тюменский медицинский журнал*. 2013;15(3):5–6.
- Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети». *Социальная и клиническая психиатрия*. 1999;9(4):5–9.
- Gavrielatos G, Komitopoulos N, Kanellos P, Varsamis E, Kogeorgos J. Suicidal attempts by prescription drug overdose in the elderly: a study of 44 cases. *Neuropsychiat Dis Treat*. 2006;2(3):359–363. PMID: 19412483 <https://doi.org/10.2147/medt.2006.2.3.359>
- Innamorati M, Pompili M, Di Vittorio C, Baratta S, Masotti V, Badaracco A. Suicide in the old elderly: Results from one Italian county. *Am J Ger Psychiatry*. 2014;22(11):1158–1167. PMID: 23890752 <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.03.003>
- Cattell H, Jolley DJ. One hundred cases of suicide in elderly people. *Br J Psychiatry*. 1995;166(4):451–457. PMID: 7795915 <https://doi.org/10.1192/bjp.166.4.451>
- Harwood DM, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(8):736–743. PMID: 10960886 [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200008\)15:8<736::aid-gps214>3.0.co;2-k](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200008)15:8<736::aid-gps214>3.0.co;2-k)
- Hawton K, Fagg J. Deliberate self-poisoning and self-injury in older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1990;5:367–373. <https://doi.org/10.1006/jado.1999.0290>
- Ticehurst S, Carter GL, Clover KA, Whyte I, McGregor, Raymond J, Fryer J. Elderly patients with deliberate self-poisoning treated in an Australian general hospital. *Int Psychogeriatr*. 2002;14(1):97–105. PMID: 12094912 <https://doi.org/10.1017/s1041610202008311>
- Wu VC, Chang SH, Kuo CF, Liu JR, Chen SW, Yeh YH, et al. Suicide death rates in patients with cardiovascular diseases – A 15-year nationwide cohort study in Taiwan. *J Affect Disord*. 2018;1(238):187–193. PMID: 29885608 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.046>

26. Уманский М.С., Зотов П.Б., Абатурова О.В., Жмуров В.А., Родяшин Е.В., Приленский А.Б. Суицид и сердечно-сосудистые расстройства: есть ли связь? *Суицидология*. 2017;8(3):94–99.
27. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust*. 2009;190(S7):S54–S60. PMID: 19351294 <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02471.x>
28. Krousel-Wood MA, Frohlich ED. Hypertension and depression: co-existing barriers to medication adherence. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2010;12(7):481–486. PMID: 20629809 <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2010.00302.x>
29. Семиглазова М.В., Довженко Т.В., Краснов В.Н., Лебедев А.В. Клинико-динамические особенности расстройств аффективного спектра и эффективность комплексной терапии (антиагреганты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ и тианептин) у пациентов после перенесенного острого инфаркта миокарда. *Психическое здоровье*. 2008;(6):33–39.
30. Carney RM, Freedland KE, Sheeps DS. Depression is a risk factor for mortality in coronary heart disease. *Psychosom Medicine*. 2004;66(6):799–801. PMID: 15564342 <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000146795.38162.b1>
31. Wilder Schaaf KP, Artman LK, Peberdy MA, Walker WC, Ornato JP, Gossip MR, et al. Anxiety, depression, and PTSD following cardiac arrest: a systematic review of the literature. *Resuscitation*. 2013;84(7):873–877. PMID: 23200996 <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.11.021>
32. Schleifer SJ, Macari-Hinson MM. The Nature and Course of Depression Following Myocardial Infarction. *Arch Intern Med*. 1989;149(8):1785–1789. PMID: 2788396
33. Довженко Т.В., Краснов В.Н., Семиглазова М.В., Васюк Ю.А., Лебедев А.В. Терапия расстройств депрессивного спектра у пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2008;(4):62–65.
34. van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, Tijssen JG, Ormel J, van Veldhuisen DJ, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom Med*. 2004;66(6):814–822. PMID: 15564344 <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000146294.82810.9c>
35. Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust NZ J Psychiatry*. 2002;36(6):733–742. PMID: 12406115 <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01086.x>
36. Алехин А.Н., Трифонова Е.А. Психологические факторы кардиометаболического риска: история и современное состояние проблемы. *Артериальная гипертензия*. 2012;18(4):278–291.
37. Kretzschmar IA, Owusu-Daaku FT, Danquah SA. Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *Int J Ment Health Syst*. 2014;8:25. PMID: 24987456 <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-25>
38. McEvoy PM, Watson H, Watkins ER, Nathan P. The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *J Affect Disord*. 2013;151(1):313–320. PMID: 23866301 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>
39. Nolen-Hoeksema S. The Role of Rumination in Depressive Disorders and Mixed Anxiety/Depressive Symptoms. *J Abnorm Psychol*. 2000;109(3):504–510. PMID: 11016119
40. Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016;24(3):144–163. <https://doi.org/10.17759/cpp.2016240309>
41. Borkovec TD, Robinson E, Pruzinsky T, DePree JA. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behav Res Ther*. 1989;21(1):9–16. PMID: 6830571 [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90121-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3)
42. Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF. Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav*. 1993;23(2):139–145. PMID: 8342213
43. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatlet J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in treatment resistant depression: a platform trial. *Behav Res Ther*. 2012;50(6):367–373. PMID: 22498310 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.004>
44. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte; 1990.
45. Srivastava MK, Sahoo RN, Ghotekar LH, Dutta S, Danabalan M, Dutta TK, et al. Risk factors associated with attempted suicide: A case control study. *Indian J Psychiatry*. 2004;46(1):33–38. PMID: 21206774
46. Potential under-recognised risk of harm from the use of propranolol. *Healthcare Safety Investigation Branch*. 2018. Available at: <https://www.hsb.org.uk/investigations-cases/potential-under-recognised-risk-harm-use-propranolol/> [Accessed January 25, 2021]
47. Ullrich H, Passenberg P, Agelink MW. Episodes of depression with attempted suicide after taking valsartan and hydrochlorothiazide. *Dtsch Med Wochenschr*. 2003;128(48):2534–2536. PMID: 1464843 <https://doi.org/10.1055/s-2003-44949>
48. Rezaie L, Khazaie H, Soleimani A, Schwebel D. Self-immolation a predictable method of suicide: A comparison study of warning signs for suicide by self-immolation and by self-poisoning. *Burns*. 2011;37(8):1419–1426. PMID: 21570773 <https://doi.org/10.1016/j.burns.2011.04.006>
49. Rudd D, Berman A, Joiner Th, Nock M, Silverman M, Mandrusiak M, et al. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(3):255–262. PMID: 16805653 <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.255>
50. Любов Е.Б. Опыт, осведомленность и отношение больничного психиатрического персонала к суицидальному поведению. *Суицидология*. 2015;6(2):18–29.
51. Борисоник Е.В., Любов Е.Б. Клинико-психологические последствия суицида для семьи жертвы. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016;24(3):25–41.

## REFERENCES

1. Kasimov LN, Svyatogor MV, Vtyurin MV. Analysis by Suicide Attempts Self-Poisoning. *Suicidology*. 2011;(1):54–55. (in Russ.)
2. Shikalova IA, Lodyagin AN, Barsukova IM, Nasibullina AR, Kalloyda DY. The Analysis of Toxicological Situation According to Three Specialized Centers of Russian Federation. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*. 2019;8(4):373–378. (in Russ.) <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2019-8-4-373-378>
3. Mel'nikov E.S. *Khimiko-toksikologicheskii analiz gipotenzivnykh lekarstvennykh sredstv pri ostrykh otravleniyakh. cand. med. sci. diss. synopsis*. Moscow; 2016. (in Russ.) Available at: <https://search.rsl.ru/record/01006651894> [Accessed Jan 21, 2020]
4. Belova M.V., Ilyashenko K.K. Acute Poisoning with Drugs Mainly Affecting the Cardiovascular System. *Toxicological Review*. 2016;(5):31–35. (in Russ.) <https://doi.org/10.36946/0869-7922-2016-5-31-35>
5. Balanova YuA, Shalnova SA, Imaeva AE, Kapustina AV, Muromtseva GA, Evstifeeva SV, et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Russian Federation (Data of Observational ESSERF-2 Study). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2019;15(4):450–466. (in Russ.) <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2019-15-4-450-466>
6. Buckley NA, Whyte IM, Dawson AH, McManus PR, Ferguson NW. Correlations between prescriptions and drugs taken in self-poisoning. Implications for prescribers and drug regulation. *Med J Aust*. 1995;162(4):194–197. PMID: 7877541
7. Crombie IK, McLoone P. Does the availability of prescribed drugs affect rates of self-poisoning? *Br J Gen Pract*. 1998;48(433):1505–1506. PMID: 10024711
8. Sorensen HT, Mellemejaer L, Olsen JH. Risk of suicide in users of b-adrenoreceptor blockers, calcium channel blockers and angiotensin converting enzyme inhibitors. *Br J Clin Pharmacol*. 2001;52(3):313–318. PMID: 11560564 <https://doi.org/10.1046/j.0306-5251.2001.01442.x>
9. Kareva MV, Potskhveriya MM, Simonova AY, Belova MV. Printsipy priema, obsledovaniya i marshrutizatsii patsientov s ostrymi otravleniyami v priemnom otdelenii statsionara SMP. *Moskovskaya meditsina*. 2019;(4):66–67.
10. Ostapenko YuN. Toxicology Services in Russian Federation. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*. 2014;(3):7–10. (in Russ.)
11. Khubutiya MS, Kabanova SA, Goldfarb YS, Matkevich VA, Bogopolsky PM, Badalyan AV. Forecast of Clinical Toxicology Development in Russia. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*. 2016;(3):26–33.
12. Lyubov EB, Magurdumova LG, Tsuprun VE. Suicide Behavior in Older Adults. *Suicidology*. 2017;8(1):3–16. (in Russ.)
13. Miagkov AY, Smirnova EYu. Structure and Dynamics of Attempted Suicide. *Sotsiologicheskies Issledovaniya*. 2007;(3):89–97. (in Russ.)
14. Prilenskiy AB. Kharakter sredstv, vybrannykh patsientami dlya prednamerennogo otravleniya s suitsidal'noy tsel'yu (na primere Tyumenskoy oblasti). *Nauchnyy forum. Sibir'*. 2016;2(4):95–97. (in Russ.)
15. Dovzhenko TV, Vasyuk YuA, Shkol'nik EL. Osobennosti patogeneticheskoy vzaimosvyazi depressii i serdечно-sosudistykh zabolevaniy. *Mental Disorders in General Medicine*. 2007;(1):14–19. (in Russ.)
16. Zotov PB, Lyubov EB, Ponomareva TG, Skryabin EG, Bragin AV, Ananeva OV. Somatic Pathology Among Suicide Risk Factors. Report II. *Suicidology*. 2018;9(4):85–108. (in Russ.) [https://doi.org/10.52878/suiciderus.18-09-04\(33\)-85-108](https://doi.org/10.52878/suiciderus.18-09-04(33)-85-108)
17. Zykov VV, Mal'tsev AE. Znachenie somaticheskikh zabolevaniy v vozniknovenii suitsidal'nogo povedeniya. *Tyumen Medical Journal*. 2013;15(3):5–6. (in Russ.)
18. Krasnov VN. Nauchno-prakticheskaya programma "Vyyavlenie i lechenie depressii v pervichnoy meditsinskoj seti". *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 1999;9(4):5–9. (in Russ.)
19. Gavrielatos G, Komitopoulos N, Kanellou P, Varsamis E, Kogeorgos J. Suicidal attempts by prescription drug overdose in the elderly: a study of 44 cases. *Neuropsychiat Dis Treat*. 2006;2(3):359–363. PMID: 19412483 <https://doi.org/10.2147/ndt.2006.2.3.359>
20. Innamorati M, Pompili M, Di Vittorio C, Baratta S, Masotti V, Badaracco A. Suicide in the old elderly: Results from one Italian county.

- Am J Ger Psychiatry.* 2014;22(11):1158–1167. PMID: 23890752 <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.03.003>
21. Cattell H, Jolley DJ. One hundred cases of suicide in elderly people. *Br J Psychiatry.* 1995;166(4):451–457. PMID: 7795915 <https://doi.org/10.1192/bjp.166.4.451>
  22. Harwood DM, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2000;15(8):736–743. PMID: 10960886 [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200008\)15:8<736::aid-gps214>3.0.co;2-k](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200008)15:8<736::aid-gps214>3.0.co;2-k)
  23. Hawton K, Fagg J. Deliberate self-poisoning and self-injury in older people. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1990;5:367–373. <https://doi.org/10.1006/jado.1999.0290>
  24. Ticehurst S, Carter GL, Clover KA, Whyte I, McGregor, Raymond J, Fryer J. Elderly patients with deliberate self-poisoning treated in an Australian general hospital. *Int Psychogeriatr.* 2002;14(1):97–105. PMID: 12094912 <https://doi.org/10.1017/s1041610202008311>
  25. Wu VC, Chang SH, Kuo CF, Liu JR, Chen SW, Yeh YH, et al. Suicide death rates in patients with cardiovascular diseases – A 15-year nationwide cohort study in Taiwan. *J Affect Disord.* 2018;1(238):187–193. PMID: 29885608 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.046>
  26. Umansky MS, Zotov PB, Abaturova OV, Zhmurov VA, Rodyashin EV, Prilensky AB. Suicide and Cardiovascular Diseases: is There a Relation? *Suicidology.* 2017;8(3):94–99. (in Russ.)
  27. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust.* 2009;190(S7):S54–S60. PMID: 19351294 <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02471.x>
  28. Krousel-Wood MA, Frohlich ED. Hypertension and depression: co-existing barriers to medication adherence. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2010;12(7):481–486. PMID: 20629809 <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2010.00302.x>
  29. Semiglazova MV, Dovzhenko TV, Krasnov VN, Lebedev AV. Clinical and Dynamic Peculiarities of Affective Disorders and Efficiency of Complex Therapy (by Antiaggregants, (J-Adrenoblockers, Inhibitors of Angiotensin-converting Enzyme, and Tianeptine) in Patients After Acute Myocardial Infarction. *Psikhicheskoe zdorov'e.* 2008;(6):33–39. (in Russ.)
  30. Carney RM, Freedland KE, Sheeps DS. Depression is a risk factor for mortality in coronary heart disease. *Psychosom Medicine.* 2004;66(6):799–801. PMID: 15564342 <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000146795.38162.b1>
  31. Wilder Schaaf KP, Artman LK, Peberdy MA, Walker WC, Ornato JP, Gossip MR, et al. Anxiety, depression, and PTSD following cardiac arrest: a systematic review of the literature. *Resuscitation.* 2013;84(7):875–877. PMID: 23200996 <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.11.021>
  32. Schleifer SJ, Macari-Hinson MM. The Nature and Course of Depression Following Myocardial Infarction. *Arch Intern Med.* 1989;149(8):1785–1789. PMID: 2788396
  33. Dovzhenko TV, Krasnov VN, Semiglazova MV, Vasyuk YuA, Lebedev AV. Therapy of Depressive Disorders in Patients with Different Cardiovascular Diseases. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii.* 2008;(4):62–65. (in Russ.)
  34. van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, Tijssen JG, Ormel J, van Veldhuisen DJ, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom Med.* 2004;66(6):814–822. PMID: 15564344 <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000146294.82810.9c>
  35. Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust NZ J Psychiatry.* 2002;36(6):733–742. PMID: 12406115 <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01086.x>
  36. Alekhin AN, Trifonova EA. Psychological Factors of Cardiometabolic Risk: History and Modern State. *Arterial'naya Gipertenziya.* 2012;18(4):278–291. (in Russ.)
  37. Kretchi IA, Owusu-Daaku FT, Danquah SA. Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *Int J Ment Health Syst.* 2014;8:25. PMID: 24987456 <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-25>
  38. McEvoyr PM, Watson H, Watkins ER, Nathan P. The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *J Affect Disord.* 2013;151(1):313–320. PMID: 23866301 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>
  39. Nolen-Hoeksema S. The Role of Rumination in Depressive Disorders and Mixed Anxiety/Depressive Symptoms. *J Abnorm Psychol.* 2000;109(3):504–510. PMID: 11016119
  40. Kholmogorova AB. Suicidal Behavior: Theoretical Model and Practical Implications in Cognitive-Behavioral Therapy. *Counseling Psychology and Psychotherapy.* 2016;24(3):144–163. (in Russ.) <https://doi.org/10.17759/cpp.2016240309>
  41. Borkovec TD, Robinson E, Pruzinsky T, DePree JA. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behav Res Ther.* 1989;21(1):9–16. PMID: 6850571 [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90121-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3)
  42. Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF. Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav.* 1993;23(2):139–145. PMID: 8342213
  43. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in treatment resistant depression: a platform trial. *Behav Res Ther.* 2012;50(6):367–373. PMID: 22498310 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.004>
  44. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness.* New York: Delacorte; 1990.
  45. Srivastava MK, Sahoo RN, Ghotekar LH, Dutta S, Danabalan M, Dutta TK, et al. Risk factors associated with attempted suicide: A case control study. *Indian J Psychiatry.* 2004;46(1):33–38. PMID: 21206774
  46. Potential under-recognised risk of harm from the use of propranolol. *Healthcare Safety Investigation Branch.* 2018. Available at: <https://www.hsib.org.uk/investigations-cases/potential-under-recognised-risk-harm-use-propranolol/> [Accessed Jan 25, 2021]
  47. Ullrich H, Passenberg P, Agelink MW. Episodes of depression with attempted suicide after taking valsartan and hydrochlorothiazide. *Dtsch Med Wochenschr.* 2003;128(48):2534–2536. PMID: 1464843 <https://doi.org/10.1055/s-2003-44949>
  48. Rezaie L, Khazaie H, Soleimani A, Schwebel D. Self-immolation a predictable method of suicide: A comparison study of warning signs for suicide by self-immolation and by self-poisoning. *Burns.* 2011;37(8):1419–1426. PMID: 21570773 <https://doi.org/10.1016/j.burns.2011.04.006>
  49. Rudd D, Berman A, Joiner Th, Nock M, Silverman M, Mandrusiak M, et al. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36(3):255–262. PMID: 16805653 <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.255>
  50. Lyubov E.B. Mental Health Hospital Staff: Experiences with, Competence and Attitudes Towards, and Concerns about Inpatient Suicidal Behavior. *Suicidology.* 2015;6(2):18–29. (in Russ.)
  51. Borisonik EV, Lyubov EB. Clinical and psychological consequences for the families of suicide victim. *Counseling Psychology and Psychotherapy.* 2016;24(3):25–41. (in Russ.)

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

### Пуговкина Ольга Дмитриевна

кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии, ФГБОУ ВО МГППУ, научный сотрудник отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»;

<https://orcid.org/0000-0003-2878-9843>, [olgapugovkina@yandex.ru](mailto:olgapugovkina@yandex.ru);

50%: сбор и систематизация материала, написание текста

### Холмогорова Алла Борисовна

доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, ведущий научный сотрудник отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»;

<https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, [kholmogorova-2007@yandex.ru](mailto:kholmogorova-2007@yandex.ru);

30%: общая концепция статьи, анализ материалов, написание текста

### Почхверия Михаил Михайлович

кандидат медицинских наук, заведующий научным отделением острых отравлений и психосоматических расстройств ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», доцент кафедры клинической токсикологии ФГБОУ ДПО РМАНПО;

<https://orcid.org/0000-0003-0117-8663>, [potskhveriyamm@sklif.mos.ru](mailto:potskhveriyamm@sklif.mos.ru);

10%: согласование материала и структуры обзора, редактирование текста

**Суходолова Галина Николаевна** доктор медицинских наук, профессор, старший научный сотрудник отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»; врач-токсиколог ФГУ «Научно-практический токсикологический центр» ФМБА России; <https://orcid.org/0000-0001-7838-4612>, [sukhodol56@mail.ru](mailto:sukhodol56@mail.ru);  
10%: согласование материала и структуры обзора, редактирование текста

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов**

## Self-Poisoning With Antihypertensive Drugs: Clinical, Psychological and Sociodemographic Factors and General Approaches to Prevention

**O.D. Pugovkina<sup>✉</sup>, A.B. Kholmogorova, M.M. Pockhveria, G.N. Sukhodolova**

Department of Acute Poisoning and Psychosomatic Disorders  
N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Healthcare Department  
3 Bolshaya Sukharevskaya Square, Moscow 129090, Russian Federation

✉ **Contacts:** Olga D. Pugovkina, Researcher, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Health Department. Email: [olgapugovkina@yandex.ru](mailto:olgapugovkina@yandex.ru)

**ABSTRACT** The study of the clinical group of patients with self-poisoning with antihypertensive drugs is an urgent complex task due to its heterogeneity, high comorbidity of somatic and mental (depressive) disorders, as well as combination of a number of unfavorable social and environmental stress factors. In the present review, based on identifying the relatively specific psychological and sociodemographic groups, and risk factors of self-poisoning antihypertensive drugs the necessity of clinical-psychological support of patients with self-poisoning. General principles of suicide prevention among the groups most at risk in the primary care network formulated.

**Keywords:** self-poisoning with antihypertensive drugs, risk factors, prevention of depressive disorders and suicidal behavior

**For citation** Pugovkina OD, Kholmogorova AB, Pockhveriya MM, Sukhodolova GN. Self-Poisoning With Antihypertensive Drugs: Clinical, Psychological and Sociodemographic Factors and General Approaches to Prevention. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*. 2021;10(4):719–727. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2021-10-4-719-727> (in Russ.)

**Conflict of interest** Authors declare lack of the conflicts of interests

**Acknowledgments, sponsorship** The study has no sponsorship

**Affiliations**

Olga D. Pugovkina	Candidate of Psychologic Sciences, Researcher of the Department of Acute Poisoning and Psychosomatic Disorders, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine; <a href="https://orcid.org/0000-0003-2878-9843">https://orcid.org/0000-0003-2878-9843</a> , <a href="mailto:olgapugovkina@yandex.ru">olgapugovkina@yandex.ru</a> ; 50%, collection and systematization of material, text writing
Alla B. Kholmogorova	Doctor of Psychologic Sciences, Professor, Dean of the Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education; Leading Researcher of the Department of Acute Poisoning and Psychosomatic Disorders, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine; <a href="https://orcid.org/0000-0001-5194-0199">https://orcid.org/0000-0001-5194-0199</a> , <a href="mailto:kholmogorova-2007@yandex.ru">kholmogorova-2007@yandex.ru</a> ; 30%, general concept of the article, analysis of materials, writing a text
Michail M. Pockhveria	Candidate of Medical Sciences, Head of the Scientific Department of Acute Poisoning and Psychosomatic Disorders, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Health Department, Associate Professor at the Department of Clinical Toxicology, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of Russian Federation; <a href="https://orcid.org/0000-0003-0117-8663">https://orcid.org/0000-0003-0117-8663</a> , <a href="mailto:pockhveriyamm@sklif.mos.ru">pockhveriyamm@sklif.mos.ru</a> ; 10%, approval of the material and structure of the review, editing the text
Galina N. Sukhodolova	Doctor of Medical Sciences, Professor, Senior Researcher, Department of Acute Poisoning and Somatopsychiatric Disorders, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Physician-toxicologist, Scientific and Practical Toxicology Center, Federal Medico-Biological Agency of Russia; <a href="https://orcid.org/0000-0001-7838-4612">https://orcid.org/0000-0001-7838-4612</a> , <a href="mailto:sukhodol56@mail.ru">sukhodol56@mail.ru</a> ; 10%, approval of the material and structure of the review, text editing

Received on 27.01.2021

Review completed on 10.02.2021

Accepted on 29.06.2021

Поступила в редакцию 27.01.2021

Рецензирование завершено 10.02.2021

Принята к печати 29.06.2021