**Образовательная программа по депрессивным расстройствам Всемирной психиатрической ассоциации**

**Mario Maj, Norman Sartorius, Allan Tasman и Oye Gureje**

**Профилактика суицида: информация для врачей общей практики**

**Dr. Danuta Wasserman, Dr. Susanne Ringskog Vagnhammar**

**Анализ суицидального риска**

Для врачей общей практики Департамент психического здоровья ВОЗ разработал специальное

пособие «Профилактика суицидов. Информация для врачей общей практики» (WHO 2000a),

который можно найти на сайте http://www.who.int/mental health/resources/ suicide.

Факторы, повышающие риск завершенных суицидов, сведены в опросник в таблице 5.1. При

опросе пациента, который совершил попытку суицида, важно учитывать ситуацию в целом. Что

в конечном итоге послужило поводом совершения этой попытки? Изменился ли риск суицида?

Риск суицида существует если:

• У пациента имеется психическое расстройство, особенно депрессия;

• Имеется суицидальное поведение в анамнезе;

• Кто‐либо из членов семьи или знакомых покончил жизнь самоубийством.

Рассказывал ли пациент кому‐либо о своих суицидальных намерениях? Если человек

рассказывал о намерениях, значит он готов, чтобы его убеждали оставаться в живых. Когда

пожилые люди сообщают о своих суицидальных намерениях, они очень серьезны, хотя любое

сообщение о желательности суицида от человека любого возраста следует воспринимать

серьезно. Waern (2000) показал, что у пожилых людей среднее время между сообщением о

намерениях покончить жизнь самоубийством и суицидом составляет всего 1 месяц.

Наличие суицидальной попытки в анамнезе следует рассматривать как серьезный фактор риска.

Кроме того, наличие суицида или суицидальных попыток у членов семьи увеличивает риск

суицидального поведения в будущем (Hawton et al. 2003; Hulten 2000).

288

**Таблица 5.1**

1. Психиатрические симптомы

Депрессия

Выраженная тревога\_\_

Психотические идеации

Склонность к насилию

Злоупотребление алкоголем или наркотиками

2. Суицидальная модель (в семье или близком окружении)

3. Наличие попыток суицида в прошлом (когда, метод)

4. Тяжелая соматическая патология

5. Социальная сеть (недостаточная или отсутствует)

6. Суицидальные намерения

Безысходность

Мысли о смерти\_\_\_

Мысли о

самоубийстве

Желание суицида \_\_\_\_

Предсмертная

записка\_\_\_

План

суицида/метод\_\_\_

7. Острые проблемы

Психосоциальная ситуация\_\_\_

Развод\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Разлука \_\_\_

Смерть члена семьи\_\_\_

Серьезные проблемы в отношениях между членами семьи или на работе\_\_\_

Безработица\_\_

289

Экономические

проблемы\_\_\_

Жилищная

проблема\_\_\_

Проблемы на работе

Проблемы с

законом\_\_\_

Иммиграция

8. Информирование о намерении суицида

Устное сообщение\_\_\_

Приготовления к суициду\_\_\_

**Информирование о намерении суицида**

Когда человек обдумывает суицид, он обычно каким‐либо образом об этом информирует.

Врачи общей практики должны быть очень внимательны, чтобы распознать эту информацию.

Как было замечено выше, часто за некоторое время до совершения суицида пациенты

навещают своего врача, однако при этом пациенты обычно не раскрывают своих суицидальных

мыслей. 41% пациентов, покончивших жизнь самоубийством, в течение 4 недель до суицида

посещали медицинские учреждения (Isometsa et al. 1995). Среди пожилых пациентов перед

суицидом 80% консультировалось врачом по поводу плохого физического состояния (DeLeo

2003).

Можно выделить четыре вида информирования о суициде (Wasserman 2001):

1. Прямое устное сообщение, когда люди открыто выражают свои мысли или планы в

отношении суицида.

2. Косвенное устное сообщение, в котором люди не так явно делятся своими мыслями,

например, «Я так больше не могу».

3. Прямое невербальное информирование, например, покупка оружия, патронов или лекарств

4. Косвенное невербальное сообщение, например, внезапное, без видимой причины

составление завещания или подготовка страховки.

Таким образом, информирование о суициде может быть прямым и косвенным, вербальным и

невербальным. Если оно **прямое**, то выявить его не сложно. Врачам общей практики следует

серьезно относиться к подобным заявлениям. Им следует посвятить некоторое время

обсуждению сложившейся ситуации, также для этой беседы следует пригласить родственников

и друзей больного.

290

Если информирование **косвенное**, врачу общей практики следует уделить особое внимание

расспросу людей из окружения пациента. Например, не было ли в последнее время изменения

поведения или привычек пациента? Не приводил ли он в порядок свои бумаги и финансы,

намекая при этом о смерти как о возможном решении своих проблем? На эти вопросы смогут

ответить только люди из ближайшего окружения пациента, особенно в случае косвенного

невербального информирования. Когда пациент обращается за медицинской помощью с

соматическими жалобами, это тоже может иногда служить косвенным признаком

суицидальных мыслей.

У индивидов с суицидальными наклонностями часто возникает состояние психологической

уязвимости, когда они становятся излишне чувствительны к **отвержению** и **амбивалентному**

**отношению** со стороны значимых других. Поэтому важно, чтобы значимые люди обращали

внимание на «суицидальные сообщения» и воспринимали их серьезно. Если суицидальное

поведение сохраняется длительно, врачам общей практики следует проинформировать

окружение пациента и провести психообразование, обучив правильно реагировать на пациента

и смягчать ситуацию, вместо того, чтобы ее обострять.

Реакции значимых других и медицинских работников на суицидальные сообщения пациента

могут искажаться так называемым **контр‐переносом** (например, они могут испытывать

неадекватные чувства раздражения, нетерпения, недостаточного интереса или амбивалентные

чувства по отношению к суицидальному пациенту). Особенно это выражено, если пациент

совершал несколько попыток самоубийства. Если суицидальному пациенту не становится

лучше, то он может вызывать чувства вины, некомпетентности, тревоги, страха или злости у

лечащего врача. Это в свою очередь может приводить к недооценке глубины и серьезности

проблем пациента (Wolk‐Wasserman 1987). Врачам общей практики необходимо проходить

обучение для приобретения навыков распознавания своих чувств и реакций на этих сложных

пациентов, чтобы их суждения о суицидальном риске пациента были более адекватны.

**Взаимосвязь между попыткой суицида и суицидом**

Если человек предпринимал попытку самоубийства один или несколько раз, то это увеличивает

риск завершенного суицида. Hawton et al. (2003) провели катамнестическое исследование

11583 человека в течение 15 лет после акта преднамеренного самоповреждения и выяснили,

что 300 из этих пациентов умерли в результате суицида; таким образом, суицидальный риск в

этой группе людей был в 66 раз выше, чем в общей популяции. Поэтому очень важно выяснять у

суицидального пациента, предпринимал ли он раньше попытки суицида, потому что это

значительно увеличивает риск завершенного суицида.

291

**Предикторы завершенного суицида**

Хотя факторы риска суицида хорошо известны, предсказать суицид сложно. Перечисленные

факторы являются показателями высокого риска суицида:

• Мужской пол

• Возраст старше 45 лет

• Переживание разлуки, развода или вдовства

• Безработица или увольнение

• Хроническое соматическое заболевание

• Большое психическое расстройство, особенно депрессия

• Зависимость от алкоголя или наркотиков

• Использование жестоких методов суицида

• Написание предсмертной записки

**Оценочные шкалы**

Оценочные шкалы могут быть полезны при диагностике депрессии и суицидальных мыслей. К

таким шкалам относятся Шкала Депрессии Бека (BDI) (Beck et al. 1961) и Шкала Оценки

Депрессии Монтгомери‐Асберг (MADRS) (Montgomery and Asberg 1979; Svanborg and Asberg

1994). У шкалы MADRS есть два преимущества. Первое, она может заполняться самостоятельно

и, второе, последние два пункта касаются образа «Я» и суицидальных мыслей, поэтому они

могут служить хорошим поводом для начала разговора с пациентами об этой сложной и

интимной проблеме.

Шкала безнадежности Бека (Beck et al. 1974) используется для прогнозирования суицидального

поведения. Было доказано, что восприятие индивидом своего будущего как «темного» или

«светлого» имеет высокое прогностическое значение. Aish и Wasserman (2001) показали, что эта

шкала из 20 пунктов может быть заменена всего одним: «Мое будущее видится мне темным, и

у меня имеются суицидальные помыслы».

Однако беседа один на один с врачом общей практики гораздо важнее результата оценочных

шкал. Врач не должен бояться спрашивать у пациента о суицидальных мыслях или планах, и

также должен поинтересоваться предпринимал ли пациент ранее суицидальные попытки и

совершал ли суицид кто‐то из членов семьи или ближайшего окружения пациента. Наличие этих

факторов значительно увеличивает риск суицида.

По всему миру самый распространенный способ суицида – это отравление. Поэтому все врачи,

и психиатры и врачи общей практики и других специальностей, должны быть осторожны при

назначении большого количества препаратов и должны учитывать риск возможных

суицидальных мыслей и планов (Fleischman et al. 2005). Hawton et al. (2004) показали, что

292

назначение меньшего количества препаратов может помочь снизить количество суицидальных

попыток. Врачи общей практики также должны спрашивать о наличии дома оружия и

медикаментов, которые можно использовать для совершения суицида, также следует

информировать родственников о возможных рисках в случае наличия этих предметов.

**Оценка суицидального риска**

При оценке суицидального риска у пациента, можно пользоваться опросником из таблицы 5.1.

ЛЕЧЕНИЕ

**Фармакологическое лечение суицидальных пациентов**

Среди людей, покончивших жизнь самоубийством, около 80‐90% имели психиатрический

диагноз. Это значит, что лечение лежащего в основе психического расстройства может служить

профилактикой суицида.

*Антидепрессанты* используются для лечения тяжелой и умеренной депрессии. Легкая и

умеренная депрессия также может эффективно лечиться различными видами психотерапии или

поддерживающей терапии (Wasserman 2006).

*Литий* используется для лечения биполярного расстройства (маниакально‐депрессивных

состояний). Терапию литием должен контролировать психиатр.

*Антипсихотики* используются для лечения шизофрении и других психозов, а также

биполярного расстройства, особенно мании. Низкие дозы антипсихотиков могут также быть

эффективны при стабилизации негативных эмоций у пациентов с расстройствами личности,

особенно при эмоционально‐неустойчивом расстройстве личности. Прием антипсихотиков

должен контролироваться психиатром.

*Лечение* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_антидепрессантами следует всегда комбинировать с *поддерживающей терапией,*

которая может осуществляться психологом, медсестрами или другим персоналом первичной

медицинской сети, прошедшим психотерапевтическое обучение. Когда суицидальных

пациентов спросили, что им не хватало в курсе психотерапии, большинство сказало, что

возможности обсуждения экзистенциальных вопросов (Wasserman 2001, 2006).

При выборе антидепрессивной терапии для суицидального пациента, целью лечения является

седативный эффект. Этот эффект может быть присущ самому антидепрессанту или можно на

короткое время добавить к антидепрессанту седативный препарат. Препаратами первого

выбора являются СИОЗС, они могут назначаться одновременно с кратковременным курсом

бензодиазепинов, поскольку на первом этапе лечения СИОЗС могут усиливать тревогу. По

данным недавно проведенного мета‐анализа Bridge et al. (2007) у детей младше 12 лет только

флуоксетин обладает антидепрессвным эффектом.

Назначаемые суицидальным пациентам антидепрессанты должны быть относительно

*безопасны в случае передозировки* (например, СИОЗС, миансерин или миртазапин) (для более подробной

информации см. Wasserman 2006). Однако следует помнить, что нет полностью безопасного

293

лекарства. При приеме слишком большого количества таблеток и СИОЗС могут приводить к

смерти. Поэтому следует выписывать необходимый минимум препаратов, или следует давать

дополнительные указания членам семьи или амбулаторной медсестре по контролю приема

препаратов в течение критического периода. Особенно важно помнить о риске намеренной

передозировки врачам общей практики, поскольку они привыкли выписывать большое

количество препаратов для лечения соматических заболеваний.

Для пациента с депрессией каждый день приносит страдания. Поэтому следует начинать

лечение как можно раньше.

Соблюдение режима лечения и его эффективность частично зависит от взаимоотношений врача

общей практики и пациента. Если пациент доверяет своему врачу, он будет принимать

препараты и следовать советам, если не доверяет, то он этого делать не будет.

Врач общей практики может убедиться в том, что пациент принимает лекарство и хорошо его

переносит, если в течение первых двух дней приема будет дважды в день звонить пациенту, а

также назначать ему частые визиты в течение первого этапа лечения. Так он может установить с

пациентом доверительные отношения, что является ключевым моментом для улучшения

состояния пациента: врач таким образом дает понять, что он *заботится* о пациенте.

**Суициды и прием антидепрессантов**

Среди людей, умерших от суицида, примерно 60% или больше по данным некоторых

исследований, страдают депрессией, но только 15% назначают антидепрессанты. Исследования

также показали, что только 3%‐6% умерших от суицида получали адекватную дозу препарата

(Isacsson et al. 1994).

Имеется несколько объяснений недостаточного лечения депрессии:

• Во‐первых, не все пациенты реагируют на лечение антидепрессантами (только около 70%).

• Во‐вторых, как было отмечено ранее, соблюдение режима лечения пациентами в

большинстве случаев зависит от отношений врач‐пациент.

• В‐третьих, многие пациенты не доверяют препаратам и даже не хотят попробовать их

принимать.

• В‐четвертых, многие пациенты испытывают множество побочных эффектов, что приводит к

прекращению приема препаратов почти сразу после их назначения, если врач общей

практики не обеспечивает наблюдения и не дает соответствующие пояснения.

Врач общей практики должен поддерживать контакт с пациентом, чтобы оценивать его

реакцию на препараты. Многие СИОЗС усиливают тревогу на начальном этапе лечения, поэтому

пациент может чувствовать себя хуже в начале лечения, и пациенту надо об этом сообщить.

Некоторые антидепрессанты могут даже провоцировать суицидальные мысли у некоторых

пациентов. Поэтому вскоре после назначения лечения следует назначить пациенту

консультацию, чтобы оценить психический статус и суицидальный риск.

294

Усиление тревоги в связи с приемом антидепрессантов может наступить в течение нескольких

дней после начала терапии, тогда как антидепрессивный эффект обычно наступает только через

10‐14 дней. Поэтому важно связаться с пациентом на 2 или 3 день после начала лечения

(например, по телефону или через медсестру), такой персональный контакт может сыграть

важную роль в успехе лечения. Обязательно, чтобы пациент пришел лично на 2‐3 неделе

терапии, затем следует регулярно контактировать с пациентом и членами его семьи раз в 2‐3

недели. Благодаря этому у пациента и его родственников возникнет уверенность, что в случае

необходимости им есть кому позвонить. Контакт с врачом также важен как прием препаратов.

Благодаря этому врач получает подтверждение, что пациент продолжает принимать терапию.

Недостаточно явный ответ на терапию может быть следствием плохого соблюдения режима

приема препарата, но также это может говорить о том, что у некоторых пациентов метаболизм

ускорен, а поэтому, чтобы достигнуть терапевтического уровня, им необходимы более высокие

дозы препаратов. Поэтому, если пациент не реагирует на лечение при применении обычных

терапевтических доз препарата, следует проверить концентрацию препарата в плазме. Это

можно сделать, когда концентрация препарата находится в стабильном состоянии, его время

можно рассчитать, умножив время полувыведение препарата (T1/2) на десять. Кровь следует

брать с утра до приема утренней дозы препарата, чтобы получить данные о минимальной

концентрации препарата за сутки.

**Психологическое лечение суицидальных пациентов**

Психотерапия – это форма консультирования, которая может помочь пациентам разработать

стратегии по решению проблем. Принципиальным для успешной психотерапии являются

хорошие и доверительные отношения между терапевтом и пациентом. Доступно несколько

видов психотерапии с доказанной эффективностью:

• Когнитивно‐бихевиоральная психотерапия (КБТ) фокусируется на изменении восприятия себя

и других и изменении негативного отношения на более позитивное. Можно проводить как

краткосрочную, так и долговременную КБТ.

• Диалектическая поведенческая психотерапия (ДПП) фокусируется на пациентах с

расстройствами личности, ее эффективность была доказана у пациентов с повторными

попытками суицида. ДПП – это индивидуальная терапия, но она также содержит упражнения,

которые проводятся в группе, чтобы дать пациенту возможность применить на практике

новые подходы к разрешению трудных ситуаций.

В рамках КБТ и ДПП суицидальное поведение рассматривается как заученная копинг‐стратегия

и стратегия решения проблем, которая активизируется в ситуации сильного эмоционального

переживания или тревоги, переносимость которых у суицидальных пациентов плохая.

Суицидальное поведение, таким образом, может рассматриваться как экстремальная форма

эмоционального избегания (см. Клиническое руководство по оценке и лечению суицидальных

пациентов, авторы Chiles et al. 2005), к которой пациент прибегает, когда уже испробованы все

другие доступные ему стратегии по решению проблем. Также это поведение может

рассматриваться, как попытка пациента обрести контроль над нежелательными чувствами,

295

мыслями, воспоминаниями или физическими ощущениями, а также сопровождающей эти

состояния тревогой. Целью КБТ и ДПП в данном случае является помощь в поиске

альтернативных методов решения эмоциональных проблем. Одним из аспектов этих видов

психотерапии является обучение пациентов принимать противоположные точки зрения и

рассматривать явления под разными углами одновременно, вместо того, чтобы оценивать их

как черные или белые (например, помочь пациенту увидеть, что черное и белое существует

одновременно, с серой зоной посередине). Также важно выявить триггерные ситуации, которые

провоцируют у пациента чувство безысходности и желание уйти из жизни. Эти ситуации можно

разбить на небольшие части и каждую их них попытаться разрешить альтернативным

конструктивным способом, вместо негативных обобщений пациента (например, мысли

пациента «И вот опять я брошен, никто не хочет со мной общаться»).

«Список причин оставаться в живых» (Strohsal et al. 1992) – это перечень заявлений, которые

могут помочь в работе с суицидальными пациентами. У пациента могут быть суицидальные

мысли, но тот факт, что он готов обсуждать их с врачом общей практики, означает, что пациент

готов к переменам. Нахождение рядом с пациентом, серьезное восприятие пациента,

обсуждение с ним его проблем создает у пациента ощущение, что его уважают, т.е. именно то,

чего ему не хватает в его обычном окружении.

Очень важно открыто обсуждать суицидальные намерения. Если пациент чувствует, что эта тема

запретна, то его суицидальные мысли будут продолжать жить собственной жизнью, без того,

чтобы сталкиваться с вопросами или противоречиями. Чтобы усилить желание пациента жить,

клиницист в качестве исходной точки должен использовать тот факт, что пациент все еще жив.

Еще один вид психотерапии, которая может быть эффективна у суицидальных пациентов – это

трансфер‐фокусированная психотерапия (ТФП). ТФП концентрируется на прошлом и настоящем

пациента, чтобы помочь пациенту сформулировать и понять его деструктивные стили жизни и

поведение.

**Важность комбинирования фармакотерапии и психологических подходов у суицидальных пациентов**

У большинства пациентов страдающих депрессией симптомы начинают редуцироваться при

комбинации фармакотерапии и психотерапии. Пациенты с тяжелой депрессией, например,

большим депрессивным расстройством или психотической депрессией сначала должны

проходить лечение препаратами (например, антидепрессантами), а после достижения

улучшения состояния такие пациенты могут продуктивно включаться в психотерапию. Контакт с

психиатром в течение начальной стадии лечения должен быть частым и психиатр должен

оказывать поддержку пациенту (Wasserman 2006).

**Снижение повторов случаев намеренного самоповреждения**

Перечисленные стратегии могут уменьшить повторение суицидального поведения:

1. Защита пациента от повторных попыток суицида и завершенного суицида. Суицидальные

попытки значительно увеличивают риск завершенного суицида и необратимого

самоповреждения.

296

2. Уменьшение чувства безысходности. Аарон Бек (1974) показал, что *безысходность*

коррелирует с завершенным суицидом сильнее, чем с депрессией. Врач общей практики

чаще всего знает своих пациентов на протяжении долгого времени, поэтому он может

напомнить суицидальному и отчаявшемуся пациенту о его сильных сторонах, успешных

периодах и радостях, которые испытывал пациент, чтобы показать ему, что темная полоса

жизни также пройдет. Искусство подарить надежду является основным при лечении

суицидальных пациентов.

3. Лечение пациента фармакологическими (антидепрессанты) и психологическими методами

или направление для лечения к специалисту.

4. Улучшение субъективного качества жизни путем вовлечения пациента в общение со

значимыми людьми, медицинскими работниками и социальными службами.

5. Работа социальных служб, которые могут оказать помощь в жилищном вопросе и устройстве

на работу, что может улучшить жизненную ситуацию суицидального пациента. Врач общей

практики может сыграть решающую роль в содействии предоставления этих услуг пациенту.

**Обучение врачей общей практики и персонала**

У врача общей практики не всегда есть возможность направить депрессивного пациента на

психотерапию или в специализированное учреждение. Важно понимать, что та поддержка,

которую оказывает пациенту во время приема препаратов врач общей практики, очень важна.

Исследования показали, что от качества взаимоотношений между врачом и пациентом зависит,

что пациент получит от лечения препаратами. Терапию следует в некоторых случаях принимать

длительно или ее требуется возобновить, если у пациента наблюдается возобновление

депрессии и суицидальных мыслей.

**Медицинский персонал**

При посещении поликлиники пациенты чаще сталкиваются с персоналом, нежели с врачом

общей практики, поэтому персоналу важно знать и практиковать методы профилактики

суицидов. Персонал следует поощрять на эту деятельность, а также ему должна

предоставляться возможность клинической супервизии и повышения квалификации. Работа с

депрессивными и суицидальными пациентами часто требует много сил. Кроме того,

исследования показывают, что в психиатрической сфере часто работают люди

гиперсенситивные, у них чаще выявляются суицидальны мысли и поведение, чем в общей

популяции. Врачу общей практики следует брать ответственность за их пациентов, и даже в

большей мере за их персонал – ведь известно, что где тонко там и рвется.

**Обучение врачей общей практики лечению депрессии и методам профилактики суицидов**

Исследования показали, что уровень суицидов у пациентов снижается, если врач общей

практики прошел обучение по лечению депрессии и методам профилактики суицидов. На

острове Готланд в Швеции, Rutz et al. (1989) проводил обучение врачей общей практики

диагностике и лечению депрессии, а также тому, как выявлять пациентов, находящихся в группе

297

риска по совершению суицида, и направлять их для дальнейшего лечения. Эта деятельность

привела к 60% снижению суицидов среди женщин. Однако, было обнаружено, что через

несколько лет обучение необходимо повторять.

Hegerl et al. (2006) применял программу по улучшению помощи пациентам с депрессией,

которая состояла из четырех уровней:

• Первый уровень: обучение семейных врачей и персонала

• Второй уровень: информирование широких масс о депрессии

• Третий уровень: сотрудничество с источниками связи с общественностью (например,

учителями, священниками, местными СМИ)

• Четвертый уровень: поддержка групп самопомощи и групп высокого риска.

Проект проходил в Нюрнберге (480,000 жителей) в течение 2 лет. При сравнении с

показателями в контрольном регионе, исследователи отметили 19,4% снижение суицидальных

действий в течение первого года вмешательства. В течение второго года этот уровень достиг

24%. Также было отмечено снижение количества суицидальных попыток на 18,3%. Было

особенно заметно снижение применения методов суицида высокого риска.

Szanto et al. (2007) изучил эффективность похожего вмешательства ‐ образовательной

программы по лечению депрессий для врачей общей практики, которую изучали в регионе

Венгрии с высоким уровнем суицидов. В этом исследовании в 5‐летнем обучении участвовало

28 врачей общей практики и их медсестры, которые обслуживали 73000 населения. В этот

период в данном регионе также были организованы клиника для лечения депрессии и

консультация психиатра по телефону. Годовой уровень суицидов снизился с 59,7 на 100000

населения до вмешательства до 49,9 на 100000, т.е. 16% снижение. В сельской местности

данного региона уровень суицидов среди женщин снизился на 34%.

В исследовании Oyama et al. (2006) в сельской местности Японии оценивалась эффективность

длительной (10‐летней) программы профилактики суицидов на основе местных сообществ,

которая фокусировалась на снижение уровня суицидов среди пожилых. Эта программа

включала скрининг депрессии у пожилых и последующее медицинское просвещение, которое

осуществлялось медицинскими службами общественного здравоохранения и первичной сети. В

результате отметилось снижение риска суицидов у пожилых людей в данном регионе, при этом

значительный эффект наблюдался среди женщин, а не мужчин.\_\_