

УДК 616.89 – 008.441.44

Аскарова К.И., Аграновский М.Л., Джураев Н.Н., Муминов Р.К.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

**ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
И ИХ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ**

Аннотация: Решение проблемы профилактики суицидального поведения несовершеннолетних носит комплексный, системный и междисциплинарный характер, требует непрерывного повышения уровня компетентности педагогических работников по вопросам раннего выявления признаков суицидального поведения и оказания психолого-педагогической помощи детям в кризисных ситуациях, оперативного реагирования.

Суицидальное поведение – это проявление суицидальной активности – мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения. Суицидальное поведение встречается как в норме (без психопатологии), так и при психопатиях и при акцентуациях характера – в последнем случае оно является одной из форм девиантного поведения при острых аффективных или пато-характерологических реакциях.

Ключевые слова: суицид, профилактика, суицидент, поведения, психотерапия и психокоррекция.

Askarova K.I., Agranovskiy M.L., Djurayev N.N., Muminov R.K.

Department of Psychiatry and Narcology

Andijan State Medical Institute

**ASSESSMENT OF SUICIDAL RISK AND PREVENTION OF
SUICIDAL BEHAVIOR
AND THEIR PSYCHO CORRECTION**

Abstract: The solution to the problem of preventing suicidal behavior of minors is complex, systemic and interdisciplinary in nature, requires a continuous increase in the level of competence of teachers in the early detection of signs of suicidal behavior and the provision of psychological and pedagogical assistance to children in crisis situations, prompt response.

Suicidal behavior is a manifestation of suicidal activity - thoughts, intentions, statements, threats, attempts, attempts. Suicidal behavior occurs both normally (without psychopathology) and with psychopathies and with character accentuations - in the latter case, it is one of the forms of deviant behavior in acute affective or pathocharacterological reactions.

Key words: suicide, prevention, suicide, behavior, psychotherapy and psychocorrection.

Актуальность. Суицидальное поведение, в силу тяжести медицинских, социально-психологических и экономических последствий причисляют к категории не только общемедицинских, но и глобальных проблем человечества. По данным ВОЗ уровень самоубийств в мире за последние 45 лет вырос на 60 %, при этом общий коэффициент смертности составил 14,5 на 100 тысяч населения в мировом масштабе и 19,1 на 100 тысяч населения в Европейском регионе[4].

Среди причин смерти суициды занимают 13 место в мире, а в Европейском регионе - 7 место. Наиболее высоким суицидальным риском характеризуется население Восточной Европы (ВОЗ, 2002, 2003). Уровень самоубийств в Европе варьируется от 3,8 на 100 000 населения в Греции до 40 на 100 000 населения в Венгрии. Если учесть число неудавшихся самоубийств, которые происходят в 20 раз чаще, то масштабность проблемы возрастает еще более[5].

В России число самоубийств и динамика их роста превышают аналогичные показатели большинства европейских стран, среди которых

она по этому показателю занимает второе место[1]. В Российской Федерации с начала 90-х годов, отмечен рост суицидов с 26,4 случаев на 100 тысяч населения в 1990-1991гг. до 38,6 - в 2004 году во всех возрастных группах. В 2005 году частота самоубийств находилась на уровне 36-38 случаев на 100 тысяч населения[3].

Значимость изучения проблемы суицидального поведения обусловлена несколькими причинами: регистрируемым ростом количества самоубийств и суицидальных попыток, прогнозируемым увеличением числа депрессивных состояний, имеющих непосредственную связь с патогенезом суицидального поведения, которое неминуемо вслед за собой повлечет рост суицидальных проявлений, динамикой современной социально-экономической ситуации[6].

Суицидальное поведение - не только общемедицинская, но и социально-экономическая проблема, которая приводит к длительной временной, а иногда и постоянной утрате трудоспособности. Детальное исследование индивидуальных, семейных и социальных факторов, может обеспечить всесторонний подход к пониманию условий, влияющих на оформление суицидального поведения[3].

Большинство специалистов, работающих с суицидентами, не получили суицидологической подготовки, не разработаны национальное руководство по суицидологии и стандарты оказания помощи лицам, находящимся в суицидо-опасных состояниях[2].

Несмотря на то, что помощь пациентам, обнаруживающим высокий суицидальный риск, оказывается в условиях психиатрического стационара, этому вопросу до настоящего времени уделяется недостаточно внимания. При этом врач-психиатр стационара испытывает не меньшие, чем в амбулаторном звене сложности по курации суицидентов. Широкий диапазон психических расстройств, выявляемый у суицидентов, а также большой удельный вес пациентов с высоким суицидальным риском

именно в психиатрическом стационаре, требует от специалистов не только высокой квалификации, но и специальной суицидологической подготовки.

Суицидальное поведение вызывает трудности диагностики и лечения не только у врачей общей практики, но и у врачей-психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов[2,5].

Цель исследования. Целью настоящего исследования является изучение закономерностей формирования и динамики развития суицидального поведения, обусловленного психическими расстройствами, анализ особенностей оказания суицидологической помощи и разработка эффективных лечебно-профилактических и психотерапевтических мероприятий для предупреждения самоубийств.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач будут обследованы лица, находившиеся после суицидальной попытки в токсикологическом, нейро-реанимационном и ожоговом отделениях Андиганского филиала РЦЭМ, а также по данным архивные данные судебно-медицинских освидетельствований.

Результаты исследования. Суицидальное поведение - сложный биосоциальный феномен, который определяется соотношением средовых, личностных и патологических причин, обуславливающих его развитие, динамику и степень суицидального риска.

Личностные особенности суицидентов характеризовались нарушением коммуникативных способностей, неадекватной саморегуляцией, высокой степенью личностной и ситуационной тревожности, преобладанием непродуктивных способов психологической защиты и структурой агрессивности, низкой или пороговой сопротивляемостью стрессу (78,2% суицидентов), что предопределяет высокую вероятность возникновения дезадаптационных расстройств, являющихся источником суицидального поведения

В отличие от группы ГСП, в группе ГНС преобладали: нежелание жить (40,6% против 10,5%>), непринятие мер к сохранению жизни (47,8%) и 15,8%), выраженное желание совершить СП (92,1% и 59,6%), неотступное желание смерти (36,3% и 19,3%»), охваченность суицидальными идеями (53,6% и 19,3%), желание положить конец своим страданиям (53,6% и 15,8%).

В группе ГСП чаще не прогнозировался исход суицидальных действий (11,2%, против 47,8%) в группе ГНС), сохранялся контроль над суицидальными мыслями (40,4%) и 72,5%), преобладали избегание и манипуляция (78,9% и 46,4%), отмечалось восприятие сдерживающих от СП обстоятельств (15,9%, и 84,1%).

Изучение характеристик суицидальных попыток позволяет оценить серьезность суицидального акта, степень суицидального риска, прогнозировать динамику течения суицидального поведения.

Среди способов СП преобладали саморанения (39,1%), характерные для мужчин и самоотравления (33,4%), типичные для женщин. Реже встречались самоповешения (19,9%), падения с высоты (5,1%), самоутопления (1,9%).

Самоотравления чаще встречались в 26-30 лет (23,6%), самоповешения - в 31-35 лет (23,8%), саморанения в 16-20 лет (17,7%) и 21-25 лет

25,7%), падения с высоты - в 56-60 (38,9%) и 16-20 лет (27,8%), самоутопления в равных долях представлены в 16-20 и 56-60 лет.

3.3. У больных с органическим поражением головного мозга и расстройствах личности преобладали само-ранения (81,8 и 47,3%), при аффективных и невротических расстройствах - самоотравления (44,4 и 43,1%, соответственно). При шизофрении обнаруживался весь спектр изучаемых способов СП, с преобладанием само-ранений (25,0%) и самоотравлений (21,7%).

В группе ГСП преобладали само-ранения (47,3%). Вдвое реже встречались самоотравления (24,6%) и само-повешения (21,1%). В группе ГНС преобладали самоотравления (43,3%) и само-ранения (30,0%), нередко проникающего и огнестрельного характера (9,7%). При само-повешениях (18,7%), у большей части пациентов, требовалось проведение реанимационных мероприятий.

38,8% суицидентов задолго до реализации суицидального акта сообщали о своих намерениях. В 40,1% случаев суицидальные действия производились в присутствии других лиц, из них 96,9% из группы ГСП. Максимально скрывали свои намерения 36,2% из группы ГНС и 12,3% из ГСП. Большая часть суицидентов каждой из групп, при обнаружении суицидальных замыслов ближайшим окружением, отступали в осуществлении своих намерений - 61,4% из ГСП и 56,5% из ГНС.

Изучение суицидентов, госпитализированных в психиатрический стационар, показало целесообразность выделения двух клинических групп различных по нозологическому составу, корреляциям со степенью суицидального риска, процессуальным характером, тяжестью и прогрессивностью психического расстройства.

В группе «Суицидальные попытки» преобладали женщины, средний возраст пациентов составил $29,8 \pm 1,4$ года. СП имели демонстративную направленность. Само-ранения и самоотравления не носили угрожающего для жизни характера (порезы предплечий, отравления препаратами домашней аптечки). Как правило, это были пациенты, первично госпитализируемые в психиатрический стационар с невротическими и личностными расстройствами, органическим поражением головного мозга. Минимальное число больных было представлено эндогенными заболеваниями.

Большую часть пациентов группы «Незавершенные суициды» составили мужчины, старшего возраста (средний возраст $38,3 \pm 2,0$ года).

Способы СП характеризовались применением более опасных форм самоотравлений и само-ранений, необычностью, малодоступностью, дополнительной подготовкой, последствия, которых, требовали проведения реанимационных мероприятий. Суицидальные намерения носили истинный характер, со склонностью к фиксации суицидальности, преобладали повторно совершаемые СП. Среди пациентов преобладали лица с органическим поражением головного мозга, шизофренией, аффективными заболеваниями, болезнями зависимости.

Как при первичных, так и повторных СП преобладали мотивы призыва и протеста, особенно в возрасте 16-25 лет, представляя основную часть группы ГСП. При повторных СП частота мотивов отказа от существования выше в 4 раза, преимущественно в возрасте 41-45 лет, за счет больных с органическим поражением головного мозга и шизофренией. Общим для всех форм психической патологии, сопровождающихся суицидальным поведением, независимо от уровня расстройств, является наличие различной степени выраженности аффективных расстройств, наибольшие показатели которых приходятся на органическое поражение головного мозга, шизофрению и аффективные психозы.

Подавляющее число СП и незавершенных суицидов реализовывалось на фоне психических расстройств не-психотического уровня (89,9%). Лишь небольшая их часть совершалась в психотическом состоянии, которое преимущественно или полностью обуславливало суицидальные поступки за счет попытки больных на фоне ощущения отчаяния и безысходности избавиться от крайне тяжелого, мучительного душевного страдания. Диагностика и верификация типа пост-суицидального периода, с учетом характеристик суицидального покушения, уровня выраженности аффективных расстройств, психологических особенностей позволяет оценить степень суицидального риска, склонность к повторным

суицидальным действиям, на основе чего определять лечебно-профилактические мероприятия.

Максимальный суицидальный риск обнаруживают суициденты при суицидально-фиксированном типе пост-суицидального периода, преимущественно в возрастном интервале от 36 до 55 лет, соответствующем пику смертности от самоубийств, с высокой долей больных шизофренией и органическим поражением головного мозга, использованием опасных для жизни способов самоубийства (тяжелых отравлений, самоповешений).

Наиболее благоприятными в анти-суицидальном плане являются критический и, в меньшей степени, манипулятивный типы пост-суицида. Манипулятивное поведение у изучаемого контингента почти в половине случаев может нести серьезную суицидальную угрозу, так как возникает на фоне выраженной депрессии и склонно к повторению. Аналитический пост-суицидальный период является наиболее сложным для прогноза динамики суицидального поведения, так как сохраняющаяся неразрешенность суицидального конфликта после совершения СП, в случае рецидива может трансформировать первичную цель суицидального акта, как в сторону его демонстрации, так и в сторону отказа от существования.

Выявлены типичные ошибки курации суицидентов: недоучет изменений в психическом статусе больного, редкие осмотры суицидентов, неверная оценка суицидального риска, неадекватная психофармакотерапия, недооценка нежелательных лекарственных явлений (гиперседации, акатизии), преждевременная отмена строгого надзора за больным при сохранении суицидальных тенденций, нарушение охранительного психологического режима.

Вывод. Полученные данные доказали важность учета комплекса анамнестических сведений, социальных условий, личностных

характеристик, что позволяет наряду с клиническими особенностями определять риск развития суицидального поведения у лиц, страдающих психическими расстройствами.

Выявленные закономерности формирования, динамики и структуры пост-суицидального периода легли в основу определения терапевтического и социального прогноза.

Предложенные подходы к организации суицидологической помощи способствуют оптимизации терапии, профилактики и реабилитационных мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамова Н.М. Исследование личности суицидентов с помощью Я-структурного теста Аммона // Вестник психотерапии. 2004. -№ 12(17).-С. 91-96.

2. Васильев В.В. Социально-демографические и клинические особенности женщин с психическими расстройствами и суицидальным поведением // Российский психиатрический журнал. 2009. - № 6. - С. 39-45.

3. Корнетов Н. А. Организационные и образовательные подходы к выявлению депрессивных расстройств с превенцией суицидального поведения // Материалы XV съезда психиатров России. М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. - С. 343.

4. Соколова Е. Т., Сотникова Ю. А. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс // Вопросы психологии. 2006. - № 2. -С. 103-115.

5. Pompili M., Serafini G., Innamorati M. et al. Suicidal behavior and alcohol abuse // Int. J. Environ Res. Public Health. 2010. - Vol. 7, № 4. -P. 1392-1431.

6. Zhang J., McKeown R. E., Hussey J. R. et al. Low HDL cholesterol is associated with suicide attempt among young healthy women: the Third

National Health and Nutrition Examination Survey // J. Affective Disorders.
2005. - Vol. 89, № 1-3. - P. 25-33.