

На правах рукописи

КИСЕЛЁВ Дмитрий Николаевич

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ,
СОВЕРШИВШИХ ПОПЫТКУ САМОУБИЙСТВА,
И ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

14.01.06 – психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Москва-2019

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

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ

Положий Борис Сергеевич

Официальные оппоненты:

Руженков Виктор Александрович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологии НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Медицинский институт, город Белгород.

Тимербулатов Ильгиз Фаритович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психотерапии с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, город Уфа.

Ведущее учреждение:

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России.

Защита диссертации состоится «__» декабря 2019 г. в 14.00 на заседании диссертационного совета Д.208.024.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России и на сайте: www.serbsky.ru.

Автореферат разослан «__» октября 2019 г.

Учёный секретарь Диссертационного совета,
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. В настоящее время для большинства государств суициды продолжают оставаться одной из наиболее острых медико-социальных проблем (Кекелидзе З.И. с соавт., 2018; Huang, X., Ribeiro, J.D., Musacchio, K.M., Franklin, J.C., 2017). Согласно современным представлениям, в генезе суицидального поведения участвует совокупность различных факторов - биологических, личностно-психологических, социально-средовых, этнокультуральных, стрессовых, психопатологических, что позволяет считать суицидологию мультидисциплинарной областью знаний (Положий Б.С., 2017).

Проблема оказания медико-психологической помощи лицам, совершившим суицидальную попытку, является актуальной в наше время. За последние 45 лет общее количество суицидов выросло на 60% (Вайт Т., 2017), и в настоящее время около миллиона человек в год гибнет таким образом. В развитых странах (США, Великобритания, Германия и др.) суицид занимает третье место среди причин смерти наиболее трудоспособного населения после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний (Любов Е.Б., 2018).

Также остро стоит проблема самоубийства среди подростков, так как среди лиц 15-19 лет суицид является третьей причиной смерти среди девочек и четвертой среди мальчиков (Сыровквашина К.В., Макушкин Е.В., Дозорцева Е.Г., Бадмаева В.Д., 2018).

По официальным данным Росстата в последнее время в Российской Федерации происходит снижение частоты самоубийств (с 39,7 случая на 100000 населения в 2001 году до 12,4 случая на 100000 в 2018 году), однако ее уровень все равно остается достаточно высоким.

Несмотря на то, что значительную роль в превенции суицидального поведения играет профилактика (Панченко Е.А., 2016; Wilcox, H.C., Wyman, P.A., 2016), важным остается оказание непосредственной медико-психологической помощи лицам, совершившим попытку самоубийства.

Неослабевающее внимание специалистов привлекают исследования психического здоровья суицидентов. По мнению одних авторов, среди суицидентов преобладают лица с непсихотическими формами психических расстройств, которые после совершения суицидальной попытки обычно не

госпитализируются в психиатрический стационар и остаются без своевременного оказания психиатрической помощи (Бохан Н.А., Приленский Б.Ю., Уманский С.М., 2014). По другим данным, среди госпитализированных после совершения суицидальной попытки преобладают больные шизофренией и расстройствами личности, причём почти у половины из них основное психическое заболевание было осложнено алкогольной или наркотической зависимостью (Ефремов В.С., 2018; Любов Е.Б., Зотов П.Б., 2018). В последнее время большинство исследователей расценивают в качестве наиболее распространенной и доминирующей причины суицида депрессивные расстройства (Зотов П.Б. с соавторами, 2018; Khemakhem, K. et al., 2017).

Помимо высокой частоты суицидальных попыток, актуальность их изучения определяется ещё рядом причин. Во-первых, до сих пор отсутствуют чёткие рекомендации по оказанию скорой суицидологической помощи лицам, совершившим покушение на самоубийство. Во-вторых, продолжают оставаться дискуссионными вопросы наличия психических расстройств у лиц, совершивших суицидальные попытки, и их роли в формировании суицидального поведения. В-третьих, подавляющее большинство лиц, совершивших суицидальные попытки, не попадают в поле зрения психиатров и суицидологов, а оказываемая им медицинская помощь ограничивается лечением соматических последствий суицида. Все это приводит к тому, что 60-70% суицидентов в течение последующих 3 лет совершают повторные попытки, часть из которых заканчиваются фатальным исходом.

Продолжают оставаться недостаточно изученными социальные факторы риска суицидального поведения, что затрудняет как его первичную профилактику, так и предупреждение повторных суицидальных действий.

С нашей точки зрения, психиатрическая бригада Скорой медицинской помощи (СМП) является той организационной структурой, которая может и должна оказывать первичную суицидологическую помощь лицам, совершившим суицидальные попытки. В этой связи, актуальным представляется владение врачами психиатрических бригад методами диагностики суицидального поведения с опорой на его клинические проявления, определение уровня суицидального риска, проведение неотложных лечебных мер, а также знание показаний для

госпитализации таких пациентов, либо применения мер амбулаторного характера. Исходя из этого, разработка форм и методов работы психиатрических бригад СМП по оказанию помощи лицам, совершившим суицидальные попытки, и её этапов могут позволить оптимизировать существующую врачебную тактику, а также достигнуть позитивных результатов по снижению уровня суицидального риска и предотвращению повторных суицидальных действий.

Таким образом, недостаточная научная разработанность и высокая медико-социальная значимость проблемы оказания скорой суицидологической помощи лицам, совершившим покушение на самоубийство, определяют актуальность темы исследования.

Цель работы. Разработать обоснование и этапы оказания скорой суицидологической помощи лицам, совершившим покушение на самоубийство, психиатрическими бригадами Скорой медицинской помощи на основе изучения клинических и социальных факторов риска суицидального поведения.

Основные задачи работы.

1. Изучить распространённость, синдромальную и диагностическую структуру психических расстройств у лиц, совершивших суицидальные попытки.
2. Изучить социодемографические характеристики лиц, обследованных психиатрической бригадой Скорой медицинской помощи по поводу совершенной суицидальной попытки.
3. Изучить интенционные характеристики суицидального поведения у лиц, совершивших суицидальные попытки.
4. Разработать клинко-феноменологическую типологию суицидальных попыток.
5. Разработать обоснование и этапы оказания скорой (неотложной) суицидологической помощи психиатрической бригадой Скорой медицинской помощи.

Основные положения, выносимые на защиту диссертационной работы.

1. Психические расстройства различного уровня в острый постсуицидальный период присутствуют у всех лиц, совершивших покушение на самоубийство.

Более чем в половине случаев они характеризуются наличием депрессивной симптоматики.

2. Наиболее распространёнными характеристиками лиц, совершивших суицидальную попытку, являются: возраст 21-40 лет, отсутствие места работы или учёбы, социальное одиночество, патологическое воспитание в родительской семье, отсутствие собственной семьи либо неполная семья, низкая толерантность к стрессу.
3. Наиболее частыми способами совершения суицидальных попыток являются самоотравление, падение с высоты и нанесение самопорезов – более 80% всех случаев.
4. Определены три клинко-феноменологических типа суицидального поведения у лиц, совершивших покушение на самоубийство: экспроективный (осознание необходимости прекращения жизни находится **вовне**, в условиях, продиктованных внешними факторами); интрапроективный (обусловлен внутренними установками, мировоззрением, патохарактерологическими особенностями суицидента) и метапроективный (обусловлен существующей психопатологической симптоматикой).
5. Система оказания психиатрической бригадой СМП скорой (экстренной) суицидологической помощи лицам, совершившим покушение на самоубийство, позволяет повысить эффективность и внести вклад в предупреждение повторных суицидальных действий у пациентов.

Научная новизна. Впервые получена информация о социодемографических и интенционных характеристиках лиц, совершивших покушение на самоубийство и пользовавшихся услугами Скорой психиатрической помощи. Впервые на безвыборочном материале определены частота, клиническая структура и клинические проявления психических расстройств у лиц, совершивших суицидальную попытку. Получены новые данные о факторах риска суицидального поведения в форме покушения на самоубийство. Впервые разработана клинко-феноменологическая типология суицидальных попыток. Впервые разработан алгоритм оказания скорой (неотложной) суицидологической помощи психиатрической бригадой Скорой медицинской помощи.

Теоретическая значимость. Полученные данные о факторах риска незавершённых самоубийств будут способствовать оптимизации профилактики первичных и повторных суицидальных действий. Новая информация о частоте, синдромальной и нозологической структуре психических расстройств у лиц, совершивших суицидальные попытки, позволяет внести вклад в лучшее понимание феномена суицидального поведения и роли психической патологии в суицидогенезе. Разработанная в результате исследования клинико-феноменологическая типология суицидальных попыток расширяет теоретические основы их терапии и профилактики. Впервые созданная система оказания скорой (неотложной) суицидологической помощи психиатрическими бригадами Скорой медицинской помощи является вкладом в научную организацию работы по предупреждению суицидов.

Практическая ценность работы. Новые сведения о социодемографических и интенционных характеристиках лиц, совершивших суицидальную попытку, факторах риска развития у них суицидального поведения; частоте, структуре и клинических проявлениях имеющихся психических расстройств дают возможность психиатрической бригаде Скорой медицинской помощи повысить эффективность оказываемой неотложной суицидологической помощи и определить показания для дальнейших действий (амбулаторное лечение, психиатрический стационар). Разработанная клинико-феноменологическая типология суицидальных попыток позволит повысить качество диагностики и оказания специализированной суицидологической помощи. Внедрение созданной системы оказания скорой (неотложной) суицидологической помощи в работу психиатрических бригад Скорой медицинской помощи даст возможность повысить качество помощи суицидентам и внесёт вклад в предупреждение у них повторных суицидальных действий.

Реализация и внедрение результатов работы. Результаты диссертационного исследования внедрены в работу ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава РФ, Московской станции Скорой медицинской помощи, кафедры социальной и судебной психиатрии Сеченовского университета, филиалов Психиатрической клинической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина города

Москвы: «Психоневрологический диспансер № 7»; «Психоневрологический диспансер № 8»; «Психоневрологический диспансер № 16».

Степень достоверности результатов исследования подтверждается репрезентативностью клинической выборки и применением современных научных методов исследования и методов статистической обработки полученных результатов.

Апробация и публикации материалов исследования. Материалы исследования докладывались на V Национальном конгрессе по социальной и клинической психиатрии, Москва, 11 - 12 декабря 2013 г.; XVI съезде психиатров России, Казань, 23-26 сентября 2015 г.; Национальном конгрессе по социальной психиатрии и наркологии, Уфа, 18-20 мая 2016 г.; Проблемном совете по клинической и социальной психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 21 марта 2019 г.; на научно-практической конференция с международным участием «Неотложные состояния в психиатрической и наркологической практике» 19 июня 2019 г.

По результатам исследования опубликовано 8 научных работы (5 из них в рецензируемых журналах, включённых в утверждённый ВАК перечень изданий).

Объем и структура работы. Текст диссертации изложен на 179 страницах. Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, библиографического указателя (содержащего 397 источников, из них 242 отечественных и 155 зарубежных) и приложения. Работа иллюстрирована 23 таблицами, 7 рисунками и тремя примерами клинических наблюдений.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Клинико-эпидемиологическое исследование лиц, обследованных психиатрической бригадой Скорой медицинской помощи по поводу совершенного покушения на самоубийство (121 человек), позволило определить состояние их психического здоровья, социодемографические и интенционные характеристики, и разработать на этой основе формы оказания скорой (неотложной) суицидологической помощи и «маршруты» дальнейшей реабилитации и профилактики повторных суицидальных действий.

Изучение состояния психического здоровья суицидентов выявило его нарушения у всех обследованных. Наиболее распространённым синдромом

оказался депрессивный, установленный более чем у половины (53,7%) общего числа суицидентов. Достоверно реже ($p < 0,05$) встречались депрессивно-бредовый (15,7%), далее в порядке убывания - параноидный и галлюцинаторно-параноидный, психопатический и психопатоподобный, невротический и неврозоподобный, делириозный синдромы. Причём, у мужчин, по сравнению с женщинами, был выше удельный вес делириозного (в 5,3 раза: 8,5% и 1,6%), психопатического и психопатоподобного (в 1,8 раза: 11,9% и 6,5%) синдромов, у женщин – невротического и неврозоподобного (в 2,7 раза 9,6% и 3,4%).

Несмотря на наличие у суицидентов клинически оформленной психопатологической симптоматики, лишь 22,3% из них находились к моменту совершения суицидальных действий под психиатрическим диспансерным наблюдением, а ещё 20,7% ранее получали психиатрическую консультативную помощь. Таким образом, 57% из них до настоящей суицидальной попытки никогда не попадали в поле зрения психиатров.

Анализ диагностического распределения психических расстройств среди суицидентов показал, что ведущее место (около половины всех случаев – 44,6%) занимает шизофрения. Достоверно меньшую долю составили депрессивные расстройства – 23,1% ($p < 0,05$). Однако при этом следует учесть, что в данную группу попали лишь лица с диагнозами в рамках кластера «Аффективные расстройства» (по МКБ-10.) Что касается суицидентов с наличием депрессии при других формах психической патологии (шизофрения, органическое психическое расстройство, и др.), то они были зарегистрированы в соответствующих диагностических группах. Отсюда следует, что реальный удельный вес депрессивных состояний является существенно более высоким.

Достоверно ($p < 0,05$) меньшие доли психических расстройств приходятся на алкогольную зависимость – 12,4%, органические психические расстройства – 8,3%, расстройства личности – 7,4%, невротические и связанные со стрессом расстройства – 4,1% всех случаев. У мужчин по сравнению с женщинами выше доля суицидентов с алкогольной зависимостью (в 2,1 раза: 15,3% и 9,7%) и органическими психическими расстройствами (в 2,5 раза: 11,8% и 4,8%). В свою очередь, у женщин относительно преобладают депрессивные расстройства (в 1,7 раза: 29% и 16,9%), а также невротические и связанные со стрессом расстройства (в

3,8 раза: 6,5% и 1,7%). Доли суицидентов с шизофренией и расстройствами личности в мужской и женской группах суицидентов достоверно не различаются ($p > 0,05$).

Помимо синдромальной и нозологической структуры психических расстройств у суицидентов нами было изучено наличие у них наследственной отягощённости по психическому заболеванию и по суицидам. Психопатологическая отягощённость наследственности была зарегистрирована почти у одной трети всех суицидентов – 32,2%, что в равной степени характерно и для мужчин, и для женщин. Наличие суицидальной отягощённости было выявлено почти в 8 раз реже – 4,1% всех случаев ($p < 0,05$). Это позволяет предположить, что роль отягощённости наследственности по психическому заболеванию в суицидогенезе существенно значимее, чем отягощённости по суициду.

Исследование социодемографических характеристик суицидентов установило равное соотношение среди них мужчин и женщин. Это противоречит большинству литературных данных, свидетельствующих о преобладании женщин среди лиц с незавершёнными суицидами. Более половины от общего числа суицидентов составили лица молодого и среднего (21-40 лет) возраста – 52,9%, а наиболее представительными оказались группы 26-30 и 31-40 лет (соответственно 19,8 и 18,2%). Наименьшую долю среди суицидентов составили лица юного (до 20 лет) и старшего (более 60 лет) возраста – соответственно 8,3 и 12,4%. Полученные данные указывают на большую подверженность совершению суицидальных попыток лиц молодого и зрелого возраста (26-40 лет), что следует учитывать при планировании антисуицидальных профилактических мероприятий.

Около одной трети (30,6%) от общего числа суицидентов к моменту совершения попытки не работали и не учились, хотя и находились в трудоспособном возрасте. В частности, доля таких лиц в общей популяции России составляет 6%, т.е. в 5 раз меньше. На долю работающих и учащихся пришлось лишь 42,2%. Изучение распределения работающих суицидентов по занимаемой должности показало, что 20,5% из них являются руководителями разного уровня. Учитывая, что в любой организованной популяции их доля от числа всех работающих не достигает такой величины, установленный факт позволяет предположить большую суицидальную уязвимость лиц, занимающих руководящие

должности. Среди суицидентов, которые к моменту совершения суицидальной попытки находились на пенсии, в равной степени были представлены лица, имеющие её по старости, и вследствие инвалидности по психическому заболеванию – по 39,4% случаев. Достоверно реже ($p < 0,05$) встречались лица с инвалидностью по соматическому заболеванию – 21,2%.

Изучение семейного статуса суицидентов свидетельствует, что доля лиц, состоящих в браке, составила среди них лишь 29,8%. Учитывая преимущественно молодой и зрелый возраст обследованных, эта доля весьма незначительна и уступает таковой в общей популяции. Большинство же суицидентов (около 70%) оказалось представлено лицами, не имеющими своей семьи (в порядке убывания это – холостые/незамужние, разведённые, вдовы). При этом фактор социального одиночества оказался наиболее значимым для суицидентов с повторными попытками, который встречался у них вдвое чаще, чем у суицидентов с первой попыткой ($p < 0,05$). Данный фактор непосредственно связан со страхом одиночества как одним из основных компонентов психологической уязвимости личности и, соответственно, суицидального риска. У женщин, по сравнению с мужчинами, оказалась выше доля овдовевших, а среди мужчин – женатых. Таким образом, отсутствие своей семьи может служить важным фактором суицидального риска. Кроме того, при собеседовании с суицидентами и их родственниками удалось установить, что у 65,3% лиц, имеющих свою семью, отношения в ней характеризовались как неблагоприятные и даже конфронтационные, что приводило к частым конфликтным ситуациям.

Изучение состава семей суицидентов показало, что наиболее неблагоприятным вариантом оказалось проживание с родителями – 43,8% всех случаев. Учитывая совершеннолетний возраст большинства суицидентов, это указывает на психологические проблемы при проживании взрослых детей со своими родителями. Полученные данные свидетельствуют о необходимости учёта данной характеристики как predisponирующего фона, вызывающего психологическую дезадаптацию, способствующую развитию суицидального поведения.

При анализе данных, характеризующих психологический микроклимат в период детства суицидентов, оказалось, что у половины из них имели место

девиации на этапах раннего воспитания, обусловленные антисоциальным поведением родителей (пьянство, скандалы, физическое насилие, безнадзорность), проживанием в неполной семье, либо в семье родственников второй и третьей линии родства.

Изучение отношения суицидентов к религии установило, что 80,2% из них считали себя верующими и декларировали свою религиозную принадлежность. Однако лишь 26,8% среди них соблюдали традиционные религиозные установки. В 23,7% случаев речь шла о формальном отношении к вере, когда к религии обращались лишь при возникновении критической жизненной ситуации. Характерно, что доля суицидентов-мужчин среди таких лиц была достоверно больше, чем доля женщин (соответственно 31,1 и 17,3%; $p < 0,05$). Около половины всех суицидентов заявили о «веровании в душе». В принципе это достаточно распространённый вариант верования, но, не будучи ориентированным на нравственные основы религии, он, возможно, теряет свою антисуицидальную направленность.

Таким образом, к наиболее типичным социодемографическим характеристикам лиц, совершивших суицидальную попытку, можно отнести: молодой и зрелый (26-40 лет) возраст; отсутствие профессиональной занятости, среди работающих – большая доля руководителей, нахождение на пенсии по возрасту и вследствие психического заболевания, одиночество из-за отсутствия или утраты собственной семьи, совместное проживание взрослых детей со своими родителями.

Изучение интенционных характеристик незавершённых самоубийств дало возможность определить их основные параметры у суицидентов. Установлено, что преобладающими целями реализации суицидальных намерений (☒ Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980) явились «наказание» и «избегание» (24,8 и 23,1% соответственно). Достоверно реже ($p < 0,05$) - «протест» – 18,2%, «отказ» – 13,2% и «призыв» – 12,4%. Не удалось выяснить цель совершения попытки у 8,3% суицидентов.

Двумя наиболее распространёнными способами покушения на самоубийство оказались самоотравление и падение с высоты (соответственно 30,6 и 29,8% всех случаев), несколько ниже доля самопорезов - 19,8%. Достоверно меньше ($p < 0,05$)

доли других способов: самоповешение – 5%, падение под движущийся транспорт и нанесение колото-рубленых ран – по 4,1%, утопление – 1,7%, прочие способы – 5% случаев. Таким образом, структура способов суицидальных попыток выявила определённые особенности. Во-первых, несмотря на то, что самоотравления занимают первое место по частоте, их доля в структуре способов суицидальных действий оказалась существенно меньше, чем приводимая в данных литературы. Во-вторых, выявлена очень высокая доля падения с высоты, оказавшаяся практически равной доле самоотравления (возможно, это связано с тем, что исследование проводилось на московском материале).

Другим важным аспектом стало определение кратности совершенных попыток. Установлено, что почти для половины суицидентов (45,5% от их общего количества) данная суицидальная попытка была повторной. По нашим данным, в одних случаях повторные суицидальные попытки совершались под влиянием патологического паттерна, сформировавшегося у личности для разрешения текущей ситуации в свою пользу. В других случаях суицидальные действия были обусловлены отсутствием своевременной квалифицированной помощи, вследствие чего сохранилась актуальность суицидального конфликта.

подавляющее большинство суицидальных попыток (86,8%) были совершены в своей квартире, либо собственном доме. При этом в момент совершения в ряде случаев присутствовали члены семьи, находящиеся в другом помещении. Достоверно реже ($p < 0,01$) суицидальная попытка была осуществлена в общественном месте – 9,9%, а в единичных случаях – в безлюдном месте и в чужой квартире – по 1,7% случаев.

Исследование выявило определённые особенности сезонности совершения суицидальных попыток. Их наибольшее количество совершается летом и зимой (соответственно – 28,9 и 27,3% случаев) и несколько реже - весной и осенью (22 и 18,6%). При этом мужчины наиболее часто совершали суицидальные попытки зимой - 33,9% всех случаев, а женщины – летом (32,3%).

В качестве наиболее частого фактора, способствующего реализации суицидального намерения, большинство исследователей рассматривают употребление алкоголя или наркотических средств. В нашем исследовании около половины суицидентов (44,6%) находились в момент совершения попытки в

состоянии алкогольного, а ещё 5% - наркотического опьянения. Мужчины-суициденты, по сравнению с женщинами, достоверно чаще находились в состоянии алкогольного опьянения – соответственно 61 и 29% ($p < 0,05$). При этом в большинстве случаев речь не шла об алкоголизме. Большинство обследованных мотивировали приём спиртного необходимостью преодолеть внутреннюю неуверенность, тревогу, облегчить принятие и реализацию решения.

Для определения уровня суицидального риска и поиска дифференцированных подходов к стратегии оказания скорой помощи лицам, совершившим суицидальные попытки, включая решение вопроса о необходимости госпитализации, нами была разработана клинко-феноменологическая типология, в основу которой положен вектор мотивации, приводящий к формированию суицидальных намерений и их реализации. Структура клинко-феноменологических типов суицидального поведения является следующей:

1. Суицидальное поведение с экзопроективным (реактивно-адаптивным) вектором мотивации суицида – 24,8% всех случаев.

2. Суицидальное поведение с интрапроективным (лично-адаптивным) вектором мотивации суицида – 37,2%.

3. Суицидальное поведение с метапроективным (процессуальным) вектором мотивации суицида – 38%.

Сущность формирования суицидального поведения при экзопроективном клинко-феноменологическом типе заключалась в том, что побудительная причина, приводящая к возникновению суицидального намерения и осознанию необходимости прекращения жизни как единственно возможного исхода, находится во внешнем (окружающем) мире. Данный тип встречался в рамках следующих диагностических категорий: депрессивная реакция как следствие острого стресса, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации (кратковременная, пролонгированная, смешанная тревожная и депрессивная реакции), депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство (депрессивная фаза), дистимия, органическое психическое расстройство, психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.

Формирование экзопроективного типа происходит достаточно быстро (в период от нескольких часов до недели) вслед за ситуацией, субъективно воспринимаемой больным в качестве несовместимой с продолжением жизни, чаще возникает на высоте острого аффекта. В качестве таких лично-значимых ситуаций для лиц, предрасположенных к суицидальному реагированию, могут выступать резкие нарушения привычного стереотипа жизни - смерть близкого человека, развод, семейный конфликт, изнасилование, физические увечья, полученные после катастрофы; диагностирование тяжёлого заболевания и т.п.

Клинические случаи, когда декларируемая больными побуждающая к суициду причина была обусловлена их личными внутренними установками, были отнесены ко интрапроективному типу суицидального поведения. Он встречался в рамках расстройства личности (декомпенсация), депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного расстройства, биполярного аффективного расстройства, шизофрении, шизотипического и шизоаффективного расстройств. В данной группе суицидентов речь шла о формировании у них на протяжении месяцев, а иногда и лет, особого экзистенциального мировоззрения с размышлениями о смысле жизни, неоднозначности человеческого существования, его бесперспективности, бессмысленности. Временной отрезок от начала формирования суицидального намерения до его реализации достаточно продолжителен. Утрата смысла жизни и, конечном итоге, «отказ» от неё становится основной мотивацией в формировании суицидального поведения. Реализации суицидальных намерений способствует дополнительная ситуационная психическая травматизация. К этому клинко-феноменологическому типу следует отнести попытки на фоне дисморфомании, когда мотивами становятся чувства собственной неполноценности, наличия мнимых или резко преувеличенных физических дефектов, невозможности получения помощи. В целом, при интрапроективном типе основными мотивациями являются сознательное лишение себя жизни с целью «наказания» или «избавления» и тщательность разработки плана реализации намерений.

Формирование суицидального поведения метапроективного типа обусловлено наличием психопатологической симптоматики, при этом вектор мотивации суицида может быть обращён как вовне, так и на самого пациента.

Данный тип выявлялся у больных шизофренией, шизоаффективным расстройством, биполярным аффективным расстройством, алкогольной и наркотической зависимостью, органическим психическим расстройством. Характеристики этой группы суицидентов отражали отсутствие контроля за своим поведением, поступками, ситуацией, а также малую разработанность реализации попытки и умеренную вероятность повторных суицидальных действий.

Определены особенности основных параметров суицидального поведения при каждом из клинико-феноменологических типов. Так, для экзопроективного типа характерны женский пол, интенсивность суицидогенного события, призыв, протест и избегание в качестве цели; падение с высоты и самострел как наиболее частые способы реализации, высокая интенсивность аффекта, умеренный риск рецидива и повторных суицидальных действий. Интрапроективному типу более свойственны мужской пол, зачастую истинные суицидальные намерения, цель - отказ от существования и протест; основные способы - самопорезы, самоотравление и самоповешение; высокий риск повторных суицидальных действий. Метапроективный тип обусловлен влиянием психопатологической симптоматики и характеризуется импульсивностью, а также зачастую неожиданными и даже нелепыми способами реализации суицидальных намерений. Например, замерзание (зимой), или голодание с полным отказом от пищи.

Кроме того, в рамках выделенных типов суицидального поведения установлена различная длительность пре- и постсуицидального периодов. Так, в группах суицидентов с метапроективным и экзопроективным типами пресуицидальный период был непродолжительным – соответственно от одного часа до недели при первом из них, и от 3 суток до нескольких недель – при втором. Напротив, среди суицидентов с интрапроективным типом суицидального поведения длительность пресуицидального периода составляла от нескольких месяцев до одного года и более.

В рамках классификации постсуицидального периода критический и манипулятивный варианты наиболее часто встречались при экзопроективном (до 70% случаев) и метапроективном (до 56,8%) типах суицидального поведения. Суицидально-фиксированный и аналитический варианты постсуицида преобладали

в группе больных с интрапроективным типом. Для него же наиболее характерна склонность к рецидивированию и совершению повторных суицидальных действий.

Таким образом, предложенная нами типология по приоритетному вектору мотивации суицидального поведения характеризует различную нозологическую представленность психических расстройств и обнаруживает корреляционную зависимость между степенью суицидального риска и характером психического расстройства. Исходя из этого, к группе высокого риска суицидального поведения можно отнести лиц с депрессивными расстройствами, заболеваниями шизофренического спектра, органическими психическими расстройствами, алкогольной и наркотической зависимостями. К группе умеренного риска – пациентов с личностными и невротическими расстройствами, что обусловлено большей частотой формирования у них демонстративно-шантажных форм суицидального поведения.

Профилактика самоубийств является максимально эффективной при условии своевременного оказания специализированной помощи уже на ранних этапах развития суицидального процесса. Адекватная помощь лицам, совершившим покушение на самоубийство, может быть обеспечена адекватными методами скорой (экстренной) суицидологической помощи в острый постсуицидальный период. Однако вплоть до настоящего времени практика её оказания сталкивается с рядом проблем и трудностей, существенно затрудняющих работу СМП.

К основным из них следует отнести отсутствие чётко разработанной системы суицидологической помощи в условиях регламента работы Скорой медицинской помощи и отсутствие рекомендаций (стандартов) по скорой суицидологической помощи лицам, совершившим покушение на самоубийство. Это приводит к тому, что оказываемая медицинская помощь направлена преимущественно на соматические последствия суицида. Спорными и неопределёнными остаются критерии госпитализации таких лиц, поэтому вопрос о целесообразности стационарного психиатрического лечения решается субъективно.

На основании ретроспективного анализа сопроводительных листов суицидентов за прошлые годы, установлено, что в 80 % случаев в описании их состояния отсутствовала оценка суицидального риска, не была охарактеризована динамика суицидального процесса, отсутствовал суицидальный анамнез. Более чем

в половине случаев (53,7%) врачи формально констатировали совершение суицидальной попытки без указания способа её совершения, а в случаях лекарственных самоотравлений не указывались препараты, использованные суицидентом.

В этой связи одним из важных направлений оптимизации скорой суицидологической помощи является определение её задач и функций в деятельности психиатрических бригад СМП, оказывающих первичную помощь суицидентам. Разработанная и апробированная нами система оказания скорой суицидологической помощи включает в себя 2 этапа. На первом из них основной задачей является оценка соматического и психического состояния пациента, а также определение соматических последствий суицидальной попытки, требующих госпитализации в общемедицинский стационар. Оценка психического состояния предполагает выявление психопатологической симптоматики, определение ведущего синдрома и постановку предварительного диагноза.

Наряду и одновременно с диагностикой проводится осуществление неотложных мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению психического состояния суицидента. В первую очередь следует создать условия для обеспечения его безопасности, принять меры для предотвращения повторного суицида, получить письменные данные, которые послужили основанием для осмотра суицидента врачом-психиатром. В каждом конкретном случае необходимо подробно выяснить степень суицидальной настроенности пациента. С этой целью тщательно анализируются его утверждения, обязательно учитываются ведущий синдром, предположительный диагноз, способ суицидальной попытки, обстоятельства, при которых она была совершена и др. При этом следует учитывать, что определение серьёзности суицидальных намерений носит преимущественно субъективный характер и базируется на косвенных доказательствах, включающих в себя сведения, полученные от самого суицидента и/или его родственников – наличие суицидального плана, декларация суицидальных намерений, склонность к шантажному поведению, присутствие конфликтной ситуации и пр.

Тактика врача-психиатра в отношении обследуемого зависит от оценки индивидуального суицидального риска, который определяется соотношением

установленных суицидальных и антисуицидальных факторов. Следующим важным аспектом на первом этапе является адекватный подбор первичной медикаментозной помощи, учитывающей психическое и соматическое состояние суицидента. В случае его госпитализации, эти сведения должны быть отражены в путёвке, поскольку могут влиять на картину психического состояния.

Таким образом, объем скорой суицидологической помощи на первом этапе включает в себя: синдромальную и диагностическую оценку психического состояния, неотложные медицинские мероприятия и оценку риска совершения повторных суицидальных действий. После этого, с учётом выявленных параметров (уровень психических расстройств (психотический/непсихотический), наличие/отсутствие критического отношения к совершенной попытке, оценка индивидуального суицидального риска), принимается решение о дальнейшем маршруте суицидента – госпитализация в общемедицинский стационар, госпитализация в психиатрический стационар, оказание дальнейшей помощи во внебольничных условиях.

В нашем исследовании установлено, что около одной четверти суицидентов (23,1%) после оказания им скорой суицидологической помощи были оставлены дома (по месту вызова бригады СМП). По нашей оценке, они не нуждались в госпитализации и могли получать специализированную помощь в наименее ограничительных и стигматизирующих условиях уже в острый постсуицидальный период. Эта группа была представлена в основном суицидентами с невротическими, связанными со стрессом, и в ряде случаев - личностными расстройствами. При этом напомним, что в изучаемую выборку нами не включались суициденты, госпитализированные в общемедицинские стационары с учётом тяжести соматического состояния.

Около половины от общего числа суицидентов (43,8%) были госпитализированы в психиатрические стационары. Это касалось лиц с высоким уровнем риска совершения повторных суицидальных действий, большая часть которых страдала психотическими расстройствами с актуальной психопатологической симптоматикой. 19,8% от их общего количества были госпитализированы в недобровольном порядке, часть из них по решению суда, другие – по собственному согласию, данному в течение 48 часов.

Второй этап предполагает организацию преемственности между медицинскими организациями после оказания скорой суицидологической помощи и передачи суицидента в психиатрическое медицинское учреждение. Отсюда следует, что задачей врача психиатрической бригады СМП становится представление в сотрудничающие учреждения максимально полной и унифицированной диагностической информации о суициденте с целью обеспечения его дальнейшего динамического наблюдения.

Таким образом, унифицированность подходов к диагностике и квалификации суицидального поведения, применение клинических стандартов и системы контроля качества позволяют сформировать единую систему оказания суицидологической помощи в следующей последовательности: скорая суицидологическая помощь (синдромальная и предварительная диагностическая оценка психического состояния, неотложная психо- и/или медикаментозная терапия, определение уровня суицидального риска, выбор дальнейшего маршрута (психиатрический стационар; психоневрологический диспансер; суицидологическая служба, при её наличии); оставление дома с соответствующими рекомендациями; организация преемственности и сотрудничества с медицинскими организациями, принимающими участие в дальнейшей помощи суициденту. По нашему опыту, применение такой системы позволяет повысить эффективность терапевтической, реабилитационной и профилактической помощи лицам, совершившим суицидальную попытку.

Исходя из вышеизложенного, суицидологическая помощь лицам, совершившим покушение на самоубийство, должна оказываться поэтапно и дифференцированно. Её первой ступенью должна быть скорая суицидологическая помощь, оказываемая психиатрическими бригадами СМП. Это обеспечивает максимально быструю диагностическую оценку и терапию в острый постсуицидальный период, оперативное принятие решения о видах и формах дальнейшей помощи и преемственность на её последующих этапах. Предложенная система даёт возможность улучшения качества суицидологической помощи в целом, предупреждения повторных суицидальных действий, эффективности профилактики, что способно внести вклад в снижение числа повторных

завершённых и незавершённых суицидов и улучшение суицидальной ситуации в стране.

ВЫВОДЫ

1. Сплошное клинико-эпидемиологическое исследование лиц, обследованных психиатрической бригадой Скорой медицинской помощи по поводу совершенного покушения на самоубийство, не требующих госпитализации вследствие соматических последствий (121 человек), выявило психические расстройства у всех суицидентов. 57% из них до настоящей суицидальной попытки никогда не попадали в поле зрения психиатров.
2. В синдромологическом отношении наиболее распространен депрессивный синдром - 53,7% всех случаев. Достоверно реже ($p < 0,05$) встречаются депрессивно-бредовый (15,7% случаев), далее в порядке убывания - параноидный и галлюцинаторно-параноидный (9,9%), психопатический и психопатоподобный (9,1%), невротический и неврозоподобный (6,6%), делириозный (5%). У суицидентов-мужчин, по сравнению с женщинами, выше доля делириозного (в 5,3 раза), психопатического и психопатоподобного (в 1,8 раза) синдромов, у женщин – невротического и неврозоподобного синдромов (в 2,7 раза).
3. В диагностической структуре психических расстройств (по МКБ-10) у суицидентов ведущее место занимает шизофрения – 44,6% случаев. Далее следуют депрессивные расстройства – 23,1%, алкогольная зависимость – 12,4%, органические психические расстройства – 8,3%, расстройства личности – 7,4%, невротические и связанные со стрессом расстройства – 4,1% всех случаев. У суицидентов-мужчин, по сравнению с женщинами, выше доля лиц с алкогольной зависимостью (в 2,1 раза) и органическими психическими расстройствами (в 2,5 раза). У женщин с депрессивными расстройствами (в 1,7 раза), а также с невротическими и связанными со стрессом расстройствами (в 3,8 раза).
4. К основным социодемографическим характеристикам суицидентов относятся: равная представленность мужчин и женщин – 48,8 и 51,2%, патологическое воспитание, полученное в родительской семье – 54,2%, молодой и средний (21-40 лет) возраст – 52,9%, отсутствие трудовой

занятости у лиц трудоспособного возраста – 30,6%, среди работающих – высокая доля лиц, занимающих руководящие должности (20,5%); среди пенсионеров – равная представленность лиц, имеющих пенсию по старости и вследствие инвалидности по психическому заболеванию – по 39,4%; незначительная доля лиц, состоящих в браке – 29,8%; наличие фактора социального одиночества; у лиц, имеющих собственную семью – неблагоприятные межличностные отношения (65,3%); совместное проживание взрослых суицидентов с родителями – 43,8% случаев.

5. Наиболее распространенными интенционными характеристиками суицидальных попыток являются: цель реализации суицидальных намерений – «наказание» и «избегание» (24,8 и 23,1% соответственно), способы – самоотравление и падение с высоты (соответственно 30,6 и 29,8% всех случаев), кратность попытки (вторая и более) – 45,5%, место совершения – своя квартира (дом) – 86,8%, присутствие членов семьи при совершении попытки – 76,3%, сезонность – лето и зима (соответственно 28,9 и 27,3%), алкогольное опьянение в момент совершения – 44,6% (мужчины 61%, женщины 29%).
6. Разработана клинико-феноменологическая типология суицидального поведения, способствующая повышению уровня диагностики и реабилитации суицидентов и включающая в себя три типа суицидального поведения: экзопроективный (с реактивно-адаптивным вектором мотивации суицида) – 24,8% всех случаев, интрапроективный (с личностно-адаптивным вектором) – 37,2% и метапроективный (с процессуальным вектором) – 38%. Типология показывает корреляционную зависимость между степенью суицидального риска и характером психического расстройства. Высокий суицидальный риск – депрессивные расстройства, заболевания шизофренического спектра, органические психические расстройства, алкогольная и наркотическая зависимости. Умеренный риск – невротические, связанные со стрессом и личностные расстройства.
7. Разработаны этапы оказания скорой (экстренной) суицидологической помощи лицам, совершившим покушение на самоубийство, оказываемой психиатрическими бригадами Скорой медицинской помощи.

На первом этапе проводится клиническая оценка соматического и психического состояния суицидента, определение наличия психопатологической симптоматики и ведущего синдрома, постановка предварительного диагноза, осуществление неотложных медицинских вмешательств, способствующих стабилизации или улучшению психического состояния пациента; оценка риска совершения повторных суицидальных действий, выбор маршрута дальнейшей суицидологической помощи (психиатрический стационар, психоневрологический диспансер, суицидологическая служба (при ее наличии), оставление дома с соответствующими рекомендациями). Второй этап предусматривает организацию преемственности между медицинскими организациями с представлением в них максимально полной и унифицированной диагностической информации о суициденте для обеспечения его дальнейшего динамического наблюдения, реабилитации и профилактики.

Предложенная система скорой суицидологической помощи лицам, совершившим покушение на самоубийство, дает возможность улучшения качества суицидологической помощи в целом, предупреждения повторных суицидальных действий, повышения эффективности профилактики, что способно внести вклад в снижение числа повторных завершенных и незавершенных суицидов и улучшение суицидальной ситуации в стране.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Киселёв Д.Н. Психические расстройства у лиц, совершивших покушение на самоубийство (на материале Скорой психиатрической помощи). Социальная психиатрия /Под редакцией Т.Б. Дмитриевой – М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2009. – Вып. 4, С.124-127.
2. Киселёв Д.Н. Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших покушение на самоубийство, и организация первичной суицидологической помощи. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2010. - № 7, С.60-64.
3. Киселёв Д.Н. Клинико-феноменологические типы мотивации суицидального поведения у больных с психическими расстройствами /Положий Б.С./. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2013. - № 9. – С. 3-10.

4. Киселёв Д.Н. Социодемографические, социально-средовые и психопатологические паттерны суицидального поведения /Положий Б.С./. Психическое здоровье, 2013. - № 12. – С. 29-34.

5. Киселев Д.Н. Психические расстройства у лиц, совершивших покушение на самоубийство (на материале скорой психиатрической помощи). Клинико-организационные и социальные вопросы психиатрии. Материалы научно-практической конференции, посвященной 120-летию Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева / Департамент здравоохранения г. Москвы, Психиатрическая Клиническая Больница № 1 им. Н.А. Алексеева, Региональная общественная Организация «Клуб психиатров». Под ред. А.Л. Шмиловича, А.А. Шмиловича, Е.А. Загряжской, К.А. Лемешко, 2014. – С. 40-43.

6. Киселев Д.Н. Актуальные вопросы организации психолого-психотерапевтического сопровождения в условиях кабинета социально-психологической помощи при кризисных состояниях /Палин А.В., Власов Н.А./.

Актуальные вопросы суицидологии: Материалы межрегиональной научно-практической конференции, Иркутск, 22 мая 2019 г. / Под ред. д.м.н. О.П. Ворсиной. – Иркутск: ИНЦХТ, 2019. - С. 160-163.

7. Киселёв Д.Н. Психические расстройства у лиц, совершивших суицидальную попытку (на материалах психиатрической бригады скорой медицинской помощи). Психическое здоровье, 2019. - № 8. – С. 26-30.

8. Киселёв Д.Н. Модель алгоритма экстренной суицидологической помощи лицам, совершившим покушение на самоубийство. Психическое здоровье, 2019. - № 9. – С. 57-61.

Подписано в печать 22.10.2019
Тираж 100 экз. Заказ № 1/22
Отпечатано в типографии
ГБУ «ЛТМ при ПБ №3 ДЗМ»
г. Москва, ул. 8-ая Соколиной горы д. 28
+7(495) 365-14-25, www.ltmdzm.ru

