Федеральное государственное бюджетное учреждение "Федеральный
медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии"
Министерства здравоохранения РФ

На правах рукописи

**КОНОВАЛОВ АЛЕКСЕЙ ЮРЬЕВИЧ**

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ
ЛИЦ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПОПЫТКАМИ В УСЛОВИЯХ
МНОГОПРОФИЛЬНОГО ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**14.01.06 - «Психиатрия»

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель: Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор Б.С.Положий

Москва - 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

[Введение 3](#bookmark1)

Глава 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ (обзор литературы) 12

1. Краткий экскурс в историю изучения суицидального поведения 12
2. Факторы риска и частота суицидальных попыток в общей

популяции 17

1. Профилактика повторных суицидальных действий у лиц, совершивших

покушение на самоубийство 33

[Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 38](#bookmark4)

Глава 3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ПОКУШЕНИЕ НА САМОУБИЙСТВО И ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИЙ

[СТАЦИОНАР 45](#bookmark14)

* 1. Распространённость психических расстройств у суицидентов

госпитализированных в общесоматический стационар 45

* 1. Клиника психических расстройств у лиц, совершивших покушение на

[самоубийство 53](#bookmark10)

* 1. [Преморбидные характеристики суицидентов 75](#bookmark9)

Глава 4. ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ, СПОСОБСТВОВАВШИЕ ФОРМИРОВАНИЮ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ПОКУШЕНИЕ НА САМОУБИЙСТВО 89

[Глава 5. ИНТЕНЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ПОКУШЕНИЕ НА САМОУБИЙСТВО 108](#bookmark12)

[Глава 6. ФОРМЫ И МЕТОДЫ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА 120](#bookmark13)

1. Антикризисная терапия суицидального поведения в условиях

общесоматического стационара 120

1. [Поственционные маршруты 136](#bookmark17)

[Заключение 139](#bookmark18)

[Выводы 159](#bookmark21)

[Практические рекомендации 162](#bookmark22)

[Список литературы 163](#bookmark23)

Приложение

**ВЫВОДЫ**

1. По результатам сплошного клинико-эпидемиологического

исследования лиц, госпитализированных по поводу соматических последствий покушения на самоубийство в многопрофильный общесоматический стационар (130 человек, в том числе, 44 мужчины и 86 женщин; средний возраст - 35,3 года), частота психических расстройств среди суицидентов составляет 94%. При этом 67% из них ранее никогда не имели контактов с психиатрами. Это свидетельствует о важной роли психической патологии в формировании суицидального поведения, а также указывает на низкий уровень выявления психиатрическими службами больных с психическими расстройствами.

1. Наиболее распространенным психопатологическим синдромом у суицидентов является депрессивный - 45% всех случаев, в том числе, его тревожный и тоскливый варианты (соответственно 17,2 и 16,5%). В нозологическом отношении ведущее место занимают расстройства, связанные со стрессом (27,8 %), аффективные (депрессивные) расстройства (22,1%) и шизофрения (19,7%). В клиническом отношении расстройства, связанные со стрессом, представлены расстройством адаптации в форме кратковременной или пролонгированной депрессивной реакции; в структуре аффективных расстройств преобладают депрессии средней тяжести; в структуре шизофрении - параноидная форма с эпизодическим типом течения.
2. Основными преморбидными характеристиками суицидентов с

психическими расстройствами являются: астенический соматотип;

наследственность, отягощенная по суицидальному поведению и/или психическому заболеванию; неполная родительская семья; патологическое воспитание в родительской семье с преобладанием варианта «гипоопека и безнадзорность»; нарушения поведения в детском и подростковом возрасте, наиболее частым из которых является девиантное поведение; аутоагрессивная и аутично-депрессивная реакции на стресс; высокий уровень ситуационной и личностной тревожности; злоупотребление алкоголем, особенно у мужчин.

1. В социодемографическом отношении среди суицидентов преобладают лица со средним специальным образованием (44,6%); пенсионеры, неработающие лица трудового возраста и работники частных предприятий (75,4%); лица, занятые в сфере торговли и услуг (37,3%); лица, относящиеся к среднему и младшему персоналу (соответственно 49 и 35,4%); лица, не имеющие собственной семьи (70,8%); проживающие совместно с родителями (40%); у имеющих свою семью - неблагополучные межличностные отношения с ее членами (73,8%); среди лиц, считающих себя верующими, большинство обращаются к религии лишь в критических жизненных ситуациях. К ведущим социальным факторам, способствующим формированию суицидального поведения, следует отнести: отсутствие профессиональной занятости (у лиц трудового возраста), отсутствие собственной семьи, а при ее наличии - деструктивные межличностные отношения в семье.
2. Основными интенционными характеристиками суицидальных попыток являются: совершение покушения на самоубийство в собственной квартире (80% всех случаев); наличие пресуицидального периода (97,7%) продолжительностью не более одной недели (83,5%) и наиболее частыми проявлениями в виде душевной боли и тоски (55,9 %), обиды (46,5 %), гнева и возмущения (22 %); скрытая подготовка к суициду (76,1%); практически одинаковое количество покушений, совершенных в присутствии или в отсутствии посторонних; состояние алкогольного опьянения в момент покушения (56,9 %); самоотравление и нанесение самопорезов как наиболее частые способы совершения суицидальной попытки (соответственно 46,1 и 23,1%).
3. Наиболее эффективной организационной формой суицидологической помощи лицам, поступившим в многопрофильные общесоматические стационары по поводу соматических последствий покушения на самоубийство, является создание в их структуре специализированных отделений (кризисных стационаров). В их задачи входит проведение краткосрочной интенсивной терапии, направленной на купирование или смягчение суицидальной симптоматики. Она включает в себя фармако- и психотерапию, начинающуюся сразу же после купирования угрожающих жизни соматических последствий суицида. Наиболее часто фармакотерапия включает в себя назначение транквилизаторов (31,5% случаев), а также их сочетания с антидепрессантами (20,8%). Психотерапия осуществляется в индивидуальной (38,5% случаев) и групповой (семейной) формах - 33,1%. Среди психотерапевтических техник наиболее целесообразно применение краткосрочной кризисной психотерапии (59,2% всех случаев). В результате проведенного лечения у 41,5% суицидентов достигнута полная редукция суицидальной симптоматики, а у 50,8% - частичная.
4. С целью дальнейшей реабилитации суицидентов и предупреждения совершения ими повторных суицидальных действий разработаны 4 «поственционных маршрута», учитывающие клинический вариант постсуицидального периода:

а). При критическом варианте постсуицидального периода у суицидентов без психических расстройств (наличие полной критики к случившемуся, полная редукция суицидальной симптоматики), а также при манипулятивном варианте с полной редукцией суицидальной симптоматики - выписка из стационара с представлением суициденту и его родственникам рекомендаций по укреплению психического здоровья, методам совладания со стрессом, повышению психологической устойчивости, конструктивному разрешению психотравмирующих ситуаций;

б) . При критическом и аналитическом вариантах постсуицидального периода у суицидентов с психическими расстройствами вне стадии обострения - выписка из стационара с сообщением в территориальный психоневрологический диспансер и перевод суицидента под наблюдение участкового врача-психиатра для проведения дальнейшего амбулаторного лечения;

в) . При наличии тяжелых соматических последствий покушения - перевод в профильное соматическое отделение для проведения комплексной (соматической и психиатрической) терапии.

г) . При суицидально фиксированном варианте постсуицидального периода - перевод в психиатрический стационар.