

УДК 616.89-008.441.44-07(075.9)

Козимжонова И.Ф., Аграновский М.Л.,

Джураев Н.Н., Муминов Р.К.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ЛИЦ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ

Резюме: Суицидальное поведение представляет собой актуальную этическую, моральную, социальную и медицинскую проблему. Ежегодно самоубийства совершают от 873 тыс. до 1 млн. человек во всём мире, включая 163 тыс. в Европейском регионе.

Самоубийство является 13-й по счёту причиной смерти во всём мире, а в возрастном диапазоне 15-35 лет в Европе оно занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий. Предположительно в 10- 20 раз большее количество людей совершает суицидальные попытки, что выдвигает эту форму аутоагрессии на 6-е место среди причин потери трудоспособности в мире

Ключевые слова: суицидальный процесс, универсальная профилактика, селективная профилактика, антикризисная профилактика, индикативная профилактика, антисуицидальный барьер личности, эффективность профилактики.

Kozimzhonova I.F., Agranovskiy M.L.,

Dzhuraev N.N., Muminov R.K.

Department of Psychiatry and Narcology

Andijan State Medical Institute

PREVENTION OF REPEATED SUICIDAL ACTIONS IN PERSONS WITH INCOMPLETE SUICIDES

Resume: Suicidal behavior is a pressing ethical, moral, social and medical problem. Between 873,000 and 1 million people worldwide commit suicide every year, including 163,000 in the European Region.

Suicide is the 13th leading cause of death worldwide, and in the 15-35 age range in Europe, it ranks second after road traffic accidents. Presumably, 10-20 times more people commit suicidal attempts, which puts this form of auto-aggression on the 6th place among the causes of disability in the world.

Key words: suicidal process, universal prevention, selective prevention, anti-crisis prevention, indicative prevention, anti-suicidal personality barrier, prevention effectiveness.

Актуальность. Профилактика суициального поведения является одним из самых сложных видов медико-психологической и социальной помощи[3,5]. Высокая частота самоубийств в России (23,1 случая на 100 000 населения в 2011 г.) определяет высокую потребность в разработке эффективных методов превенции суицидов[2].

Многолетние исследования данной проблемы позволили нам разработать модель дифференцированной профилактики суициального поведения[2,4]. При ее создании мы базировались на современной концепции медицинской профилактики Всемирной Организации Здравоохранения, выделяющей три ее основные формы — универсальную, селективную и индикативную[1,3].

С учетом особенностей суициального поведения нами были определены четыре уровня профилактики: универсальный, селективный, антикризисный и индикативный[1,2].

Цель исследования. Разработка методов профилактики и лечения повторных попыток суицида у лиц, незавершеннх суицидов.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили лица, совершившие суицидальные попытки и

госпитализированные по этому поводу в психиатрический стационар г. Андижана (более 150 человек).

Результаты исследования. У больных с эндогенными депрессивными расстройствами средней и тяжелой степени и суициальными попытками самоотравления суициальный конфликт формируется под влиянием как реальных жизненных обстоятельств, так и патологических переживаний. У больных с повторными суициальными попытками достоверно чаще выявляются конфликты, связанные с изменением жизненного стереотипа и собственной несостоительностью, а у больных с однократными попытками - с тяжелыми психотравмами.

Суициальные тенденции у больных депрессиями с повторными попытками возникают как при повторяющихся однотипных психотравмах, так и при длительных субъективно неразрешимых психотравмирующих ситуациях. У больных с единственной суициальной попыткой провоцирующие факторы чаще носят временный характер и чаще отмечается сочетание ряда проблем, на фоне которых запуском суициального действия служит случайное событие.

Для больных, как с единственной, так и с несколькими суициальными попытками характерны:

-в клиническом аспекте: высокая наследственная отягощенность по аффективной патологии, алкоголизму, шизофрении, психопатии и суицидам в семье; умеренная или тяжелая степень депрессивных расстройств перед суицидом; отсутствие апатического аффекта; присутствие в структуре депрессивного симптомокомплекса раздражительности и факультативной симптоматики, формирующей дисгармоничную структуру синдрома; диссоциация депрессивного симптомокомплекса, особенно депрессивной триады (сочетание тоски с психомоторным возбуждением);

-в клинико-социальном аспекте: низкий интеллектуальный, образовательный и профессиональный уровень; большой удельный вес безработных, одиноких и социально дезадаптированных лиц; высокая отягощенность неблагоприятными факторами в детстве (неполная семья, неадекватное воспитание); преобладание лиц с акцентуациями характера;

-в суицидологическом аспекте: наличие высказываний о возможности и/или желательности собственной смерти, прощальные записки; преобладание суицидальных попыток типа протеста-мести, отказа от жизни, избегания ситуации, шантажа близких; наличие сезонности с пиком в феврале месяце, совершение суицидальных попыток в вечернее или утреннее время в собственном жилище; высокая доля смешанных (особенно с алкоголем) самоотравлений, преимущественное использование психотропных препаратов, часто назначаемых в клинике.

Больные с повторными суицидальными попытками достоверно отличаются от пациентов совершивших однократный суицид:

-в клиническом аспекте - более ранним началом заболевания, наличием депрессивных эпизодов в анамнезе, более медленной редукцией практически всех тревожно-депрессивных и соматовегетативных симптомов с тенденцией к затягиванию приступа на субклиническом уровне.

По тяжести болезни, характеру ведущего аффекта и развернутости депрессивного симптомокомплекса достоверных отличий не выявляется.

-в клинико-социальном аспекте - более молодым возрастом и низким профессиональным уровнем.

-в суицидологическом аспекте - наличием суицидальных попыток в анамнезе; повторяющимися однотипными острыми или протагированными психотравмирующими ситуациями с выраженной социальной дезадаптацией; несостоятельностью и затрудненной выработкой механизмов совладания (психологических защит и копингов),

большой выраженностью и частотой соматоневрологических осложнений в постсуицидальном периоде,

В постсуицидальном периоде на фоне стандартной терапии (трициклическими антидепрессантами) отмечается быстрое снижение выраженности депрессивных и тревожных нарушений (почти до полной редукции к 30-му дню лечения). Медленнее обратному развитию подвергаются: чувство напряжения, ипохондрические расстройства, общие соматические и генитальные симптомы.

Выделены три варианта депрессивного симptomокомплекса, связанные с высоким риском повторной суицидальной попытки:

- сдматизированная депрессия с нарушениями сна;
- тревожная ажитированная депрессия с чувством напряжения, идеаторными навязчивостями и соматовегетативными нарушениями;
- тоскливая депрессия с заторможенностью, ипохондрическими расстройствами, снижением либидо, чувством вины и соматовегетативными симптомами.

По клинико-психологическим данным больные с высоким риском повтора суицидальной попытки достоверно отличаются более высоким уровнем социального, физического и психического неблагополучия. Это лица с выраженной социальной дезадаптацией, глубоко переживающие свою отчужденность от общества, высоким уровнем самоотчуждения (само стигматизации), социальной интроверсией. Им присущи: нарциссизм, гиперсензитивность, зависимость, острота реагирования, снижение толерантности к психическим нагрузкам, выраженный комплекс неполноценности, заострение личностных черт, аморальность, неумение и нежелание нести ответственность за свои поступки, более выраженное снижение умственной трудоспособности, памяти и интеллекта, озабоченность своим соматическим состоянием и выраженная

«субъективная депрессия» с тревогой, умственной притупленностью, навязчивыми размышлениями пессимистического содержания,

В качестве предикторов повтора суицидальных попыток выделены два комплекса признаков:

Клинические: депрессивное настроение и психическая тревога.

Патопсихологические: нарциссизм, комплекс неполноценности, гиперсензитивность, вспыльчивость, личностный дискомфорт, ригидность, само отчуждение и межличностная отчужденность, трудности в общении, подозрительность и озабоченность соматическими проблемами.

Превенции повторных суицидальных попыток могут способствовать:

- своевременная адекватная диагностика и терапия депрессии и коморбидных ей состояний, лечение осложнений после перенесенной суицидальной попытки, профилактика повторных обострений депрессивной симптоматики;
- включение лиц, перенесших попытку самоубийства, в группу риска, с динамическим наблюдением и оценкой их состояния с учетом выделенных предикторов повторного суицидального поведения;
- комплексная и длительная программа коррекции, включающая помочь психиатра, психотерапевта, психолога, социального работника;
- коррекция личностных и суицидальных установок в пост суицидальном периоде;
- социальная реабилитация с восстановлением профессиональной и микросоциальной адаптации.

Вывод. В связи с этим, важным направлением профилактики суицидов является раннее выявление психических расстройств и суицидального риска на этапе первичной врачебной помощи до обращения пациента к психиатру.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ;

1. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 55-63.
2. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск, 1999. – С. 267-269.
3. Dingman C.W., McGlachan T.H. Discriminating characteristics of suicides: Chestnut lodge follow-up sample including patients with affective disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder // Acta Psychiatr. Scand. – 1986. – Vol. 74, № 1. – P. 91-97.
4. Enachescu C., Retezeanu A. Psychopathologic characteristics of the presuicidal syndrome // Rom-J-Neurol-Psychiatry. – 1992 Apr-Jun. – V. 30, N 2. – P. 141-146.
5. Farberow N., Shneidman E. The Cry for Help. – New York: Ve Graw – Hill, 1961.
6. Pallis D.J. Clinical problems in assessing suicide risk // Suicide: Biopsychosocial Approaches: Book of Abstracts, Athens, 16-19 May 1996. – Athens, 1996. – P. 23.