

УДК 616.89 – 008.441.44

*Козимжонова И.Ф., Аграновский М.Л.,*

*Муминов Р.К., Азимова Г.А.*

*Кафедра психиатрии и наркологии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

**СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВТОРНЫХ  
СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПАЦИЕНТОВ С  
НЕЗАВЕРШЕННЫМ СУИЦИДОМ**

**Резюме:** 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

**Ключевые слова:** незавершенный суицид, изменения личности, суицидальные действия, профилактика.

*Kozimzhonova I.F., Agranovsky M.L.,*

*Muminov R.K., Azimova G.A.*

*Department of Psychiatry and Narcology*

*Andijan State Medical Institute*

**A MODERN APPROACH TO THE PREVENTION OF REPEATED  
SUICIDAL ACTIONS OF PATIENTS WITH INCOMPLETE SUICIDE**

**Resume:** According to modern ideas, the genesis of suicidal behavior involves a combination of various factors - biological, personality-psychological, socio-environmental, ethno-cultural, stressful, psychopathological, which allows us to consider suicidology a multidisciplinary field of knowledge.

**Keywords:** incomplete suicide, personality changes, suicidal actions, prevention.

**Актуальность.** Многолетние исследования данной проблемы позволили нам разработать модель дифференцированной профилактики суицидального поведения[1,6]. При ее создании мы базировались на современной концепции медицинской профилактики Всемирной Организации Здравоохранения, выделяющей три ее основные формы — универсальную, селективную и индикативную. С учетом особенностей суицидального поведения нами были определены четыре уровня профилактики: универсальный, селективный, антикризисный и индикативный.

Универсальная профилактика ориентирована на общую популяцию и носит медико–социальный характер[4]. Ее целью является предупреждение первичного возникновения суицидального поведения путем воздействия на основные «мишени» риска его развития.

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[5].

Селективная профилактика носит избирательный характер, будучи направленной на активное выявление лиц, входящих в группы суицидального риска, и оказание им адекватной профилактической помощи с целью предупреждения возникновения или дальнейшего развития суицидального процесса[3].

Антикризисная профилактика осуществляется в пресуицидальный и ближайший постсуицидальный периоды. Ее задачами являются: предупреждение реализации суицидальных намерений (собственно суицидальных действий) в пресуицидальный период, а также купирование суицидальных намерений у лиц, совершивших незавершенное самоубийство, в ближайший (первая неделя после совершения покушения)

постсуицидальный период. Эта форма профилактики включает в себя комплекс медикаментозных и психотерапевтических воздействий, учитывающих характер клинических проявлений и тип суицидального процесса[2].

Индикативная профилактика начинается в отдаленный постсуицидальный период (более одной недели после совершения попытки) и продолжается не менее одного года[1].

Таким образом, на сегодняшний день предупреждение самоубийств является одной из наименее разработанных проблем психиатрии и суицидологии.

**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 психосоциальных мероприятий для предупреждения самоубийств.

**Материалы и методы исследования.** Будут изучены 150-200 больных в возрасте от 18 до 50 лет (100-150 основная группа, 50 контрольная группа (здоровые люди - добровольцы, рабочие, служащих, из числа учащихся студентов).

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

**Результаты исследования.** Изучение особенностей пре-суицидального периода у лиц, страдающих психическими расстройствами, показало:

Пре-суицидальный период преимущественно носил аффективно напряженный характер (90,2%) и чаще встречался у пациентов с невротическими и личностными расстройствами, органическим поражением головного мозга. Аффективно-редуцированный вариант пре-суицида (9,8%) регистрировался у суицидентов с эндогенной психической патологией.

Выявленное преобладание хронического пре-суицидального периода (58,4%>), против острого (38,5%) и подострого (3,1%) течения свидетельствует о недостаточной профилактике суицидального поведения, тем более что 34,3% суицидентов обращались за помощью к психиатру в течение года накануне совершения СП.

В пре-суицидальном периоде у всех суицидентов отмечались анти-витальные переживания, осознанное желание совершить СП и утрата роли анти-суицидальных факторов.

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 само-ранения (39,1%), характерные для мужчин и самоотравления (33,4%), типичные для женщин. Реже встречались само-повешения (19,9%), падения с высоты (5,1%), само-утопления (1,9%).

Самоотравления чаще встречались в 26-30 лет (23,6%), само-повешения - в 31-35 лет (23,8%), само-ранения 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%), само-утопления в равных долях представлены в 16-20 и 56-60 лет.

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.

При низком суицидальном риске предпочтительно назначение атипичных антипсихотиков, селективных антидепрессантов с умеренным тимоаналептическим действием, минимальным количеством нежелательных лекарственных явлений, не требующие титрации доз, без выраженного седативного и анксиолитического эффектов.

В профилактической психофармакотерапии (назначении антидепрессантов и нормотимиков) нуждается 70% суицидентов. При высокой степени суицидального риска длительность терапии должна

составлять от 6-8 месяцев до года и более, при низком суицидальном риске - от 3-4 недель до 6-8 месяцев.

**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.Бачериков А. Н., Бровина Н. Н., Матузок Э. Г. и др. Некоторые характеристики психически больных, совершивших суицид // Украинский вестник психоневрологии. 2005.- Т. 13. - Вып. 4. -С. 43-46.

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

4.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.

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

6.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.