

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМЕНИ В. П. СЕРБСКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

КИСЕЛЕВ Дмитрий Николаевич

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

14.01.06 – психиатрия

Диссертация
на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

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

Москва- 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение _____	3
Глава 1. Современное состояние проблемы нефатального суицидального поведения (обзор литературы) _____	10
1.1. Общие представления о суицидальном поведении _____	10
1.2. Нефатальное суицидальное поведение _____	15
1.3. Суицидальные попытки _____	23
Глава 2. Материалы и методы исследования _____	32
Глава 3. Социодемографические, клинические и интенционные характеристики суицидентов _____	37
3.1. Клинические характеристики _____	37
3.2. Социодемографические характеристики _____	48
3.3. Интенционные характеристики _____	56
Глава 4. Клинико-феноменологическая типология суицидального поведения _____	63
Глава 5. Обоснование и алгоритм скорой суицидологической помощи лицам, совершившим покушение на самоубийство _____	96
Заключение _____	107
Выводы _____	122
Список литературы _____	125
Приложение _____	163

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. В настоящее время суициды продолжают оставаться одной из наиболее острых медико-социальных проблем, актуальность которой продолжает сохраняться на высоком уровне. По данным ВОЗ, на сегодняшний день в мире ежегодно совершается около одного миллиона суицидов и 10-20 миллионов суицидальных попыток.

В России, несмотря на происходящее в течение последних лет снижение частоты суицидов, её величина (17,4 на 100 тыс. населения в 2015 г.) остаётся близкой к критическому уровню ВОЗ. При этом особого внимания заслуживают незавершённые суициды (суицидальные попытки). Учитывая, что число покушений на самоубийство, как правило, превышает количество завершённых суицидов в 10-20 раз, их число в России может достигать 250-500 тысяч случаев в год.

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 (ССП) 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. Кроме того, недостаточно изучены социальные факторы риска, приводящие к совершению незавершенных суицидов. Между тем, состояние психического здоровья, а также такие социальные факторы, как бедность, безработица, дисгармоничные отношения в семье и на производстве, вынужденная миграция обладают высоким суицидальным риском.

Согласно современным представлениям, в генезе суицидального поведения участвует совокупность различных факторов - биологических, личностно-психологических, социально-средовых, этнокультуральных, стрессовых, психопатологических. В частности, неослабевающее внимание специалистов привлекают исследования психического здоровья суицидентов [45,94, 210, 230, 332]. 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 [35, 61, 117, 129, 162]. По другим данным, среди госпитализированных в Московский НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского после совершения суицидальной попытки, преобладают больные с аффективными расстройствами и шизофренией (более 87% случаев), причём почти у половины из них основное психическое заболевание было осложнено хронической алкогольной или наркотической зависимостью [25, 84, 148, 308, 335, 359].

Продолжают оставаться недостаточно изученными социальные факторы риска суицидального поведения, что затрудняет как его первичную профилактику, так и предупреждение повторных суицидальных действий. Между тем, именно такие социальные факторы, как социальная нестабильность, бедность, безработица, дисгармоничные отношения в семье и/или на производстве обладают высоким суицидальным риском.

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 исследования. 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.

Задачи исследования.

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

Объект и материалы исследования. Объектом исследования послужили лица, которым была оказана скорая суицидологическая помощь по поводу совершенного покушения на самоубийство психиатрической бригадой Скорой

медицинской помощи за период 2006-2008 гг. (121 человек, из них 59 мужчин и 62 женщины (за исключением суицидентов, госпитализированных в общемедицинские стационары вследствие тяжёлых соматических последствий попытки).

В качестве дополнительных материалов исследования использовались:

- данные медицинской документации психиатрических стационаров и диспансеров о лицах, совершивших суицидальные попытки;
- информация от родственников и близких лиц, совершивших суицидальные попытки;
- данные архива Станции скорой и неотложной медицинской помощи (СС и НМП) г. Москвы им. А. С. Пучкова.

Методы исследования. Клинико-психопатологический, клинико-эпидемиологический, клинико-катамнестический, математико-статистический, метод организационного эксперимента.

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 клинико-феноменологическая типология суицидальных попыток. Впервые разработаны система и этапы оказания скорой (неотложной) суицидологической помощи психиатрической бригадой Скорой медицинской помощи.

Теоретическая значимость. Полученные данные о факторах риска незавершенных самоубийств будут способствовать оптимизации профилактики первичных и повторных суицидальных действий. Новая информация о частоте, синдромальной и диагностической 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 клинко-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. 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 (помощь на дому, амбулаторное лечение, психиатрический стационар). Разработанная клинко-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.

Формы внедрения. Кандидатская диссертация, научные публикации, методические рекомендации.

Положения, выносимые на защиту.

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 клинико-феноменологических типа суицидального поведения у лиц, совершивших покушение на самоубийство: экзопроективный (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 и этапы оказания психиатрической бригадой СМП скорой (экстренной) суицидологической помощи лицам, совершившим покушение на самоубийство, позволяет повысить её эффективность и внести вклад в предупреждение повторных суицидальных действий у пациентов.

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты диссертационного исследования внедрены в работу Станции скорой и неотложной медицинской помощи города Москвы им. А. С. Пучкова, филиала психиатрической клинической больницы № 1 им. Н. А. Алексеева «Психоневрологический диспансер № 23», филиала психиатрической клинической больницы № 4 им. П. Б. Ганнушкина «Психоневрологический диспансер № 9». Материалы диссертации используются в цикле тематического усовершенствования по клинической суицидологии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского.

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

Апробация и публикация 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, 5 октября 2017 г.

По результатам исследования опубликовано 3 научные работы (все в рецензируемых журналах, включённых в утверждённый ВАК перечень изданий).

Личный вклад автора. Автор лично сформулировал цель, задачи исследования, подготовил его программу, проанализировал отечественные и зарубежные публикации. Диссертант самостоятельно провёл исследование, составил и обработал базу данных, обобщил результаты, подготовил публикации, а также рукописи диссертации и автореферата.

Объем и структура работы. Текст диссертации изложен на 180 страницах. Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка литературы (содержащего 397 источников, из них 242 отечественных и 155 зарубежных) и приложения. Работа иллюстрирована 23 таблицами, 7 рисунками и тремя примерами клинических наблюдений.

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

1.1. Общие представления о суицидальном поведении

В психиатрической литературе термины «суицидальное поведение» (СП), «аутоагрессивное поведение» (ААП), «аутодеструктивное поведение» (АДП) используются синонимично, однако авторы зачастую вкладывают в них различное смысловое содержание [55, 132, 200]. Так, С.В. Ваулин, А.Н. Дурнов, Е.Ю. Мулик, Г.Ниссен приравнивают суицидальное поведение к аутоагрессивному [41, 81, 141, 145]. В.А. Руженков [196] понимает под аутоагрессивным поведением бессознательные (в психологическом аспекте) механизмы формирования преимущественно психосоматических расстройств, сходной точки зрения придерживаются и J. W.Gilbert, G. R.Wheeler et al. [311].

Другая часть исследователей причисляют к аутоагрессивному поведению не только суицидальное, но и такие аддикции, как злоупотребление алкоголем, курение, приём наркотиков, в рамках формирования латентных аутоагрессивных тенденций [9, 54, 103, 339, 388].

А.Г. Амбрумова, В.А.Тихоненко [8] под аутоагрессивным поведением понимает действия, направленные на нанесение ущерба своему соматическому или психическому здоровью как вариант агрессивного поведения, при котором субъект и объект агрессии совпадают. Это объясняется тем, что гетероагрессия и аутоагрессия имеют единые патогенетические механизмы, соотносящиеся по типу «клапанного взаимодействия», когда сформировавшееся агрессивное поведение может направляться либо на окружающих, либо на себя. При этом выделяются следующие типы аутоагрессивного поведения:

- суицидальное поведение: осознанные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни;

- суицидальные эквиваленты и аутодеструктивное поведение: неосознанные действия (иногда преднамеренные поступки), не направленные на добровольное лишение себя жизни, но ведущие к физическому (психическому) саморазрушению;
- несуйцидальное аутоагрессивное поведение: различные формы умышленных самоповреждений (самоотравлений), заведомо не опасных для жизни.

Ц.П. Короленко, Т.А. Донских [110] выделяют суицидальное аутоагрессивное поведение и несуйцидальное аутоагрессивное поведение, понимая под этим постоянную вовлеченность в несчастные случаи. О.Я. Перехов [157] выделяет термин «непрямое самоубийство», к которому относит управление автомобилем в нетрезвом состоянии, нарушения скоростного режима, «случайное» употребление большого количества лекарств.

Согласно мнению В.А. Руженкова, Г.А. Лобова, А.В. Боева [199] в аутоагрессивном поведении можно выделить его *внутренние* (пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения) и *внешние* (суицидальные попытки, завершённые суициды) формы. А, собственно аутодеструктивное поведение, в свою очередь, можно разделить на прямую аутодеструкцию – нанесение самоповреждений без цели лишения себя жизни; и косвенную аутодеструкцию – бывает *активная (осознаваемая)*: – аддикции, рискованные виды спорта и *пассивная (неосознаваемая)*: психосоматические заболевания и подсознательный травматизм.

Точки зрения, что суицидальное поведение является частью аутодеструктивного поведения, придерживается большинство исследователей. Однако с трудом можно проследить связи внутри самого понятия суицидального поведения. В настоящее время исследователи не пришли к единому определению, классификации, критериям как суицидального поведения в целом, так и конкретных суицидальных актов в частности [2, 60, 65, 144, 265, 375, 376].

Е.В. Ласый [123, 124] предполагает, что при формулировке определений и разработке классификаций исследователи опираются на следующие критерии:

- Степень свободы воли индивида в инициации акта нанесения себе физического повреждения (самостоятельный выбор или под принуждением иного лица);
- Степень произвольной намеренности инициации акта, потенциально могущего принести физический ущерб самому индивиду (действие иницировано намеренно или совершено случайно);
- Характер намерений (интенций) по отношению к потенциальным последствиям самоповреждения (намерение умереть/прервать жизнь – намерение остаться в живых);
- Степень осознания индивидом потенциала летальности и степени тяжести физических последствий предпринимаемых действий;
- Факт отсутствия или наличия физических повреждений;
- Время, прошедшее от момента инициации самоповреждающих действий до достижения существенного вреда индивиду (хроническая или острая аутоагрессия);
- Характер действий (методов), могущих привести к вредным для здоровья последствиям – активное применение потенциально опасных способов или пассивное пренебрежение средствами, обеспечивающими безопасность.

J. Oldham [366] пишет, что классификация и терминология суицидальных феноменов может базироваться на двух главных подходах. Первый из них является первично-описательным и рассматривает вопрос терминологии с использованием описания суицидальных феноменов. Наиболее широко используемые термины могут быть выстроены в следующем порядке: завершённый суицид, попытка суицида, суицидальные жесты, суицидальные угрозы, суицидальные мысли и субсуицидальные феномены. Второй – является первично-объяснительным и рассматривает вопрос с позиций психологических и социальных факторов.

Одним из наиболее важных вопросов современной суицидологии является распространённость психических расстройств у лиц, совершивших покушение на самоубийство, но этот вопрос волновал исследователей и в прежние времена [29, 57, 235, 254, 334]. В частности, Э. Дюркгейм [82] создал следующую классификацию самоубийств, совершаемых психически больными:

- *Маниакальное самоубийство.* Присуще людям с выраженной психотической симптоматикой;
- *Самоубийство меланхоликов.* Встречается у людей, находящихся в состоянии высшего упадка духа, глубочайшей скорби;
- *Самоубийство одержимых навязчивыми идеями.* В этом состоянии самоубийство не обуславливается никакими мотивами - ни реальными, ни воображаемыми, а только навязчивой мыслью о смерти, которая без всякой видимой причины всецело владеет умом больного;
- *Автоматическое и импульсивное самоубийство.* Этот вид самоубийства также мало мотивирован, как и предыдущий. Разница между ними заключается в том, что вместо того, чтобы быть результатом навязчивой идеи, он проистекает от внезапного и непобедимого импульса.

Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A. et al. предприняли попытку выделить так называемые «субсуицидальные феномены», среди которых выделяются «хронический» суицид (аскетизм, алкоголизм, наркомания), «фокальный» суицид (самокалечение, импотенция), «органический» суицид (органическое психическое заболевание) [372]. Следует отметить, что сторонниками данной позиции является большое число и современных исследователей [135, 187, 227, 228, 344, 394].

В своей работе E.S. Shneidman [383, 385] считает, что самоубийство - осознанный акт самостоятельно индуцированного уничтожения, лучше понимаемый как многокомпонентное расстройство нуждающегося индивида, который определил выход, при котором суицид воспринимается как наилучшее решение. В своей классификации исследователь использовал модифицированные

психоаналитические основы типов суицида: «*суицид как общение*»; «*суицид как бессознательное бегство*»; «*суицид как магическое воскрешение или воссоединение*»; «*суицид как повторное рождение или восстановление*».

J. Vaechler [251] считал, что под суицидом понимается любое поведение, которое находит решение экзистенциальных проблем путём покушения на жизнь субъекта. На основе Мультицентрового исследования суицидального поведения ВОЗ/Евро D. De Leo et al. [287] определяют суицид как акт со смертельным исходом, который умерший, зная или ожидая потенциально летального исхода, инициировал и выполнил с целью осуществления желаемых изменений.

Эксперты Американской ассоциации суицидологии M.M. Silverman et al. [387] выделяют «*связанное с суицидом сообщение*» - любой межличностный акт передачи, выражения или отправления мыслей, желаний, потребностей или намерений о самоповреждении, который с очевидностью (явной или подразумеваемой) не является сам по себе самоповреждающим поведением. Такой суицидальный акт подразделяются на «*суицидальные угрозы*», которые любая здравомыслящая персона могла бы интерпретировать как сообщающий или наводящий на мысль, что суицидальное поведение могло быть инициировано в ближайшем будущем; и «*суицидальный план*» - предполагаемый метод выполнения замысла, ведущий к потенциальному самоповреждению.

Американская Психиатрическая Ассоциация (АПА) классифицирует суицид как причинённую себе смерть с очевидностью (явной или подразумеваемой) того, что индивид намеревался умереть [247]. АПА приводит также определения таких понятий, как «*суицидальное мышление*» - мысли о посредничестве своей собственной смерти; «*суицидальные намерения (интенции)*» - субъективные ожидания и желания совершения самоповреждающих действий, нацеленных на смерть; и «*летальность суицидального поведения*» - объективная угроза жизни, ассоциированная со способом самоповреждения или характером действий.

Б.С. Положим [176] разработана *интегративная модель суицидального поведения*, основывающаяся на двух основных принципах:

1. Суицидальное поведение представляет собой непрерывный процесс, имеющий свою динамику и этапность развития;

2. Наступлению каждого этапа соответствует воздействие определённых групп факторов – детерминантов суицидального процесса. Автором выделяются 3 *ранговые группы детерминантов*.

Детерминанты I ранга являются наиболее значимыми и распространёнными предпосылками развития суицидального поведения. К ним относятся биологические, личностно-психологические и клинические (психопатологические) факторы.

К *детерминантам II ранга* относятся менее распространённые, по сравнению с детерминантами I ранга, факторы предрасположенности к возникновению суицидального поведения. Кроме того, они не являются необходимым условием его возникновения.

Среди детерминантов II ранга можно условно выделить две подгруппы. В первую из них входят разнообразные факторы, повышающие индивидуальный риск развития суицидального процесса (отсутствие социальной поддержки и собственной (либо родительской) семьи, злоупотребление алкоголем и употребление других психоактивных веществ, тяжёлые хронические соматические заболевания, и др.). Вторая подгруппа представлена социальными и этнокультуральными факторами, влияющими в большей степени на популяционную частоту суицидов [173].

Детерминантами 3 ранга являются стрессы личной жизни, представляющие собой критические жизненные события, приводящие к реализации суицидальных намерений (заключительный этап суицидального процесса).

1.2. Нефатальное суицидальное поведение

В современной литературе для обозначения суицида, не закончившегося летальным исходом, используется универсальный термин – нефатальное суицидальное поведение. Вместе с тем, используется и другая терминология:

«незавершённый суицид», «суицидальная попытка», «покушение на самоубийство», «прерванный суицид», «парасуицид». При этом часть авторов считает эти термины синонимами, другие полагают, что они различаются [121, 130, 181, 331].

Ещё в 1897 г. Э. Дюркгейм ввёл понятие «покушение на самоубийство», определяя его как «вполне однородное суициду действие, но только не доведённое до конца». Этот термин ассоциативно напоминает «покушение на убийство», что придаёт ему юридическую окраску, и он подсознательно связывается с делинквентностью, хотя на сегодняшний день в России, как и в большинстве стран, самоубийство не преследуется по закону.

Покушение на самоубийство и схожий с ним по смыслу термин «незавершённый суицид» на практике используются для обозначения самоповреждающих действий, не закончившихся смертью, с высоким уровнем смертельных намерений или серьёзным желанием причинить вред собственному здоровью. В своих исследованиях 2010-2013 года Е.В. Ласый [122, 123] указывает, что термин «незавершённый суицид» содержит внутреннее семантическое противоречие, поскольку термином «суицид», по определению, принято обозначать акт с летальным исходом.

А.Г. Амбрумовой [16,19] *самоубийство* рассматривается как «намеренное лишение себя жизни», а *суицидальная попытка* – как «целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью». При этом суицидальные попытки принято подразделять на «истинные» и «демонстративно-шантажные» («суицидальные жесты») в зависимости от цели поступка (либо смерть, либо привлечение помощи и манипуляция чувствами эмоционально значимых лиц). По мнению S Saha, D. Chant, J. McGrath, [379], суицидальная попытка - это «любой несмертельный акт самоповреждения, нанесённый с намерениями саморазрушения, однако смутными и неопределёнными. Иногда это намерение должно выводиться из поведения индивида».

Понятие «парасуицид» было введено в 1969 г. N. Kreitman для обозначения несмертельного умышленного самоповреждения (самоотравления), которое нацелено на достижение желаемых субъектом изменений за счёт физических последствий этого действия. По мнению автора, выдвинутый им термин объединяет весь класс несмертельных суицидальных действий или действий с низкой суицидальной вероятностью (невозможностью осуществления самоубийства). В этом же ключе N. Kreitman [350] полагал, что термин «попытка суицида» является неудовлетворительным, потому что в этом значении большинство людей, классифицируемых таким образом, симулируют суицид.

На современном этапе понятие парасуицид является наиболее значительным фактором риска завершённого суицида, поскольку во многих случаях суициду предшествует серия суицидальных попыток. В.И. Каневский [92] определяет парасуицид как нефатальную суицидальную попытку вне зависимости от интенций человека, предпринявшего её. Согласно данному определению, парасуицид включает незавершённый по каким-то причинам суицид, а также суицидальные попытки, носящие по своей природе манипулятивный характер [147].

Основываясь на результатах сравнения несмертельных актов самоповреждения с интенциями смерти и без таковых, R. Jenkins, V. Kovess, [338] пришли к выводу о том, что высказываемое индивидом желание умереть часто связывается с тяжестью медицинских последствий и вероятностью будущего суицида. Авторы критично подходят к термину «*парасуицид*», предполагающему широкую трактовку интенций и мотиваций. Однако во многих случаях интенции суицидальных актов не являются однонаправленными («только смерть, или только завуалированная потребность в помощи»), а представляют собой сложное сочетание амбивалентных тенденций («и прерывание жизни, и изменение жизни»); при этом заключение о степени «серьёзности» интенций приходится строить только на основании субъективного мнения суицидента. Оценивая тяжесть соматических осложнений, специалисты оценивают серьёзность интенций суицидента, однако не всегда выбранный им способ бывает столь

показателен в силу субъективности представлений суицидента об его летальности.

В своих работах Е.В. Ласый [123,124] указывает на различия в понимании этих терминов. Например, парасуицид и суицидальная попытка – взаимоисключающие понятия (парасуицид относится к поведению со слабыми интенциями умереть, а попытка самоубийства – с определённой и недвусмысленной направленностью). Напротив, парасуицид и суицидальная попытка должны использоваться как взаимозаменяемые понятия (основано на аксиоме, что намерения при несмертельном суициде достаточно тяжело оценить объективно).

Согласно определению ВОЗ, парасуицид - это «действие с нефатальным исходом, в ходе которого индивидуум намеренно инициирует непривычное поведение, которое, без вмешательства других, приведёт к самоповреждению. Например, пациент намеренно употребляет вещество в дозе, превышающей назначенную, или обычно используемую терапевтическую дозу. Такое поведение направлено на достижение изменений, желательных для субъекта, путём нанесения реальных самоповреждений или за счёт ожидаемых физических последствий. При этом предполагается, что «желаемые изменения» подразумевают широкий диапазон интенций, на одном полюсе которого – «воздействие на других», а на другом – «прерывание жизни».

Мультицентровое исследование парасуицида (исследование выполнено под эгидой ВОЗ (2012 г.) показало, что применение этого термина вызывает достаточно много клинических затруднений, как вследствие обозначенного выше разнообразия толкований, так и определённых семантических трудностей (в ряде случаев префикс «пара-», т.е. «около», толкуется как «не относящийся к суициду») [396]. В связи с этим, D. De Leo et al. [287] предложил использовать более корректный, хотя и менее удобный термин «несмертельное суицидальное поведение с повреждениями или без повреждений». Подобную точку зрения высказывал Е. Shneidman, [386] расценивавший суицидальную попытку как «любой несмертельный акт самоповреждения, нанесённый с намерениями

саморазрушения, однако смутными и неопределёнными. Иногда это намерение должно выводиться из поведения индивида». По мнению N.Werbeloff, B.P. Dohrenwend et al. те случаи, когда индивиды определённо намеревались умереть, а остались живы только благодаря непредвиденным обстоятельствам, следует называть «прерванными успешными суицидальными попытками» [392].

В свою очередь F.T. Beck, R.A. Steer предлагают разделить суицидентов, совершивших суицидальные попытки на три группы: те, кто «по-настоящему хочет умереть»; те, кто «потерял шанс на выживание» и те, кто «определённо ожидал уцелеть» [252].

По свидетельству ВОЗ (2014), ежегодно на каждое самоубийство приходится множество случаев суицидальных попыток [44]. Примечательно, что совершенная человеком в прошлом суицидальная попытка является наиболее серьёзным фактором риска самоубийств среди населения в целом [24, 51, 357]. Вместе с тем, термин «суицидальная попытка» *используется* для обозначения любого вида изначально нелетального суицидального поведения и относится к намеренному самоотравлению, нанесённой самому себе травме или иному самоповреждению, которые могут либо иметь, либо не иметь летального намерения или исхода. Необходимо правильно представлять себе последствия и сложности, связанные с включением самоповреждения в определение понятия «суицидальная попытка». Это означает, что в него включается нелетальное самоповреждение без суицидального намерения, что является проблематичным из-за возможных вариантов соответствующих вмешательств. Однако точно установить наличие суицидального намерения в ряде случаев нелегко, поскольку ему может сопутствовать амбивалентность или даже утаивание. Кроме того, в данные по смертности в результате самоубийств могут быть включены случаи смерти в результате самоповреждения без суицидального намерения или, когда оно изначально имело место, но впоследствии, до наступления смертельного исхода человек уже не испытывал желания умереть [53,118, 137, 149, 283]. Авторы сделали вывод, что доля совершенных впоследствии суицидов среди

«пытающихся» составляет 10-20%, и что случай как минимум одной предшествующей попытки среди совершивших суицид составляет 20-65%.

Отсюда следует, что попытки суицида и совершенные суициды совершают две различные, хотя и перекрывающиеся популяции людей. Различать такие ситуации трудно, поэтому невозможно установить, какой процент подобных случаев относится к самоповреждению с суицидальным намерением или без него.

Для обозначения суицидальных попыток, которые не завершились физическим самоповреждением, часто используют термины «прерванная» (interrupted) или «абортивная» (aborted) суицидальная попытка. *«Прерванная суицидальная попытка»* – суицидальный акт, прерванный до реального самоповреждения другими лицами или внешними обстоятельствами (например, вмешательство посторонних предотвратило физическое повреждение: человека «сняли» с рельсов до прохода поезда, прервали акт самоповешения и т.п.). *«Абортивная суицидальная попытка»* – суицидальный акт, прерванный до реального самоповреждения непосредственно самим субъектом. Классификация лиц, совершающих суицидальные попытки, включает и серьёзность намерений жертвы, и степень физического ущерба вследствие попытки [28, 37, 125, 169, 258, 326].

R.Kessler использует оба этих критерия в своей классификации «предсказанного исхода» попыток: смерть, предполагаемая смерть, маловероятная смерть, уверенность в выживании [342]. P. Saini, D. While, K. Chfntler et al. применяли термин «серьёзные» к попыткам, в которых присутствовал серьёзный физический ущерб или сильное суицидальное намерение, и «несерьёзные» - к попыткам, при которых существующие повреждения не нуждались в медицинской помощи [380].

Ряд авторов в качестве критериев предикции суицида выделяет молодой возраст, использование менее смертельных методов, женский пол, совершение попытки в присутствии других людей [164, 211, 259, 365].

В своём скрупулёзном исследовании Е.В. Ласый [123, 124] рассматривает последние разработки номенклатуры и определения намеренных

самоповреждений. Одна из них – это номенклатура D. De Leo et al. [287], разработанная на основании опыта Мультицентрового исследования суицидального поведения ВОЗ/Евро [395]. Другая - номенклатура, разработанная экспертами Американской ассоциации суицидологии [247].

Номенклатура D. De Leo et al. [287] основана на принципе выделения из широкой группы *«самостоятельно инициированного (потенциально опасного) поведения»* поведенческих подгрупп *«с намерением умереть»* и *«без намерения умереть»*, что схематически отображается на рис. 1. Оба вектора поведения могут привести к НССП (парасуицид и суицидальная попытка), представляющему собой не относящийся к привычным акт с несмертельным исходом, который индивидум, «ожидая смерти или рискуя умереть, или причинить себе физический вред/телесное повреждение, инициировал и выполнил с целью осуществления желаемых изменений». Смертельный исход при поведении «с намерением умереть» рассматривается как *«суицидальная попытка со смертельным исходом»*, т.е. «суицид», а при поведении «без намерения умереть» - как *«несчастный случай»*.

В то же время, в определениях суицидальных актов, предложенных группой тех же экспертов, намерения не определяются как «направленные на смерть», а заменены формулировкой, позволяющей трактовать их в более широком диапазоне.

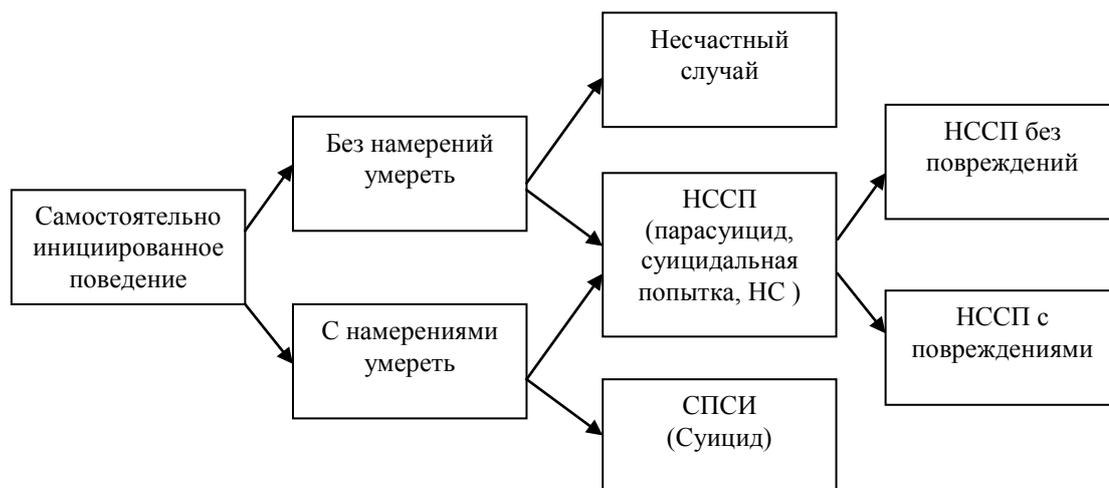


Рисунок 1.1. Номенклатура СП Мультицентрового исследования суицидального поведения ВОЗ/Евро (1986-2002), D. De Leo et al., 2006

К достоинствам предложенной номенклатуры можно отнести простоту использования и достаточную универсальность определений суицидальных актов. К недостаткам – отсутствие указаний на внутренние формы суицидального поведения (суицидальное мышление, фантазии) и нечёткое разграничение таких форм НССП, как намеренное самоповреждение, с одной стороны, и парасуицид и суицидальная попытка, с другой.

Номенклатура и классификация М.М. Silverman et al. значительно сложнее и включают в себя большее многообразие форм самоповреждающего поведения, однако представляются менее удобными для практического использования [387]. Авторы предлагают следующие определения:

«Связанное с суицидом поведение» (ССП) - самостоятельно инициированное, потенциально повреждающее поведение, для которого существует очевидность (явная или подразумеваемая) одного из следующего:

- индивид желал использовать видимость намерения убить себя для того, чтобы в итоге добиться иных результатов;
- индивид имел неопределённую или некоторую определённую степень намерений убить себя.

Связанное с суицидом поведение разделяется на две категории, в зависимости от наличия или отсутствия намерений умереть – *«самоповреждение»* и *«суицидальную попытку»*, где *«самоповреждение»* - самостоятельно инициированное потенциально повреждающее поведение, для которого существует очевидность (явная или подразумеваемая) того, что индивид не собирался убивать себя (т.е., не имел намерений умирать, но искал помощь, желал наказать других, обратить на себя внимание или изменить плохое настроение).

«Суицидальная попытка» - самостоятельно инициированное, потенциально повреждающее поведение не со смертельным исходом, для которого существует очевидность (явная или подразумеваемая) того, что индивид имел намерения умереть. Авторы выделяют три типа суицидальных угроз и планов, а также по два типа самоповреждений и суицидальных попыток, в зависимости от степени интенций и исходов. Эти данные приведены в приложении 1.

Американская Психиатрическая Ассоциация классифицирует «*прерванную суицидальную попытку*» как самостоятельно инициированное, потенциально повреждающее поведение не со смертельным исходом, для которого существует очевидность (явная или подразумеваемая) того, что индивид имел намерения умереть, но прервал действия до того, как произошло физическое повреждение [247].

Достоинством данной классификационной системы является широкий охват явлений сферы аутоагрессивного поведения, среди недостатков отмечаются сложность в практическом использовании и наличие области пересечения таких понятий, как «суицидальная попытка» и «самоповреждение». Последнее ограничение может быть связано со следующими фактами. Во-первых, в определении суицидальной попытки (и других форм суицидального поведения) не предоставлено критериев явной (эксплицитной) и подразумеваемой (имплицитной) очевидности интенций к смерти, что делает трактовку намерений крайне зависящей от субъективных оценок. Во-вторых, включение в понятие «несуицидальное самоповреждение» (НСС) форм поведения, обусловленных как интерперсональным (поиск помощи, желание наказать других), так и интраперсональным (желание изменить настроение) векторами. Известно, что мотивы суицидального поведения, связанные с регуляцией межличностных отношений, могут ассоциироваться с высоким уровнем суицидальных интенций, безнадежности и часто неотделимы от хотя бы минимальных фантазий о прекращении жизни [4, 100, 113, 172, 193, 201, 270, 279, 328].

В то же время, поведение, обусловленное потребностью в «разрядке» дисфорического аффекта и/или получении удовольствия от повреждения (как правило, кожных покровов), связано с низкой летальностью и не сопровождается мыслями о смерти [23, 114, 189, 198, 277, 361].

Результатом значительного пересечения определений «суицидальной попытки» и «самоповреждения» может быть неправильная оценка риска суицидального поведения.

1.3. Суицидальные попытки

Самоубийство и попытка самоубийства — сложные явления, которые возникающие в результате взаимодействия биологических, психологических, клинических (психиатрических) и социальных факторов [3,7,27, 70, 219,273, 371]. Это требует многостороннего подхода к предупреждению данных феноменов, в том числе, в культуральном контексте [38, 171,173]. Культуральные факторы играют огромную роль в суицидальном поведении, создавая большие трудности для характеристики этого явления в мире. То, что имеет положительный эффект в предупреждении суицида в одном месте, может быть неэффективно, и даже иметь противоположное действие, в другой культуре.

Попытка самоубийства является одним из самых мощных предсказателей последующего суицидального поведения с летальным исходом. Его риск выше в первые 6-12 месяцев после совершенной попытки. Примерно 10% из тех, кто пытался покончить с собой, совершают повторную попытку, чаще с летальным исходом [34, 101, 186, 217, 261, 384, 391]. Как показывает в своих трудах В.Ф. Войцех статистика суицидальных попыток достаточно скудна и колеблется в значительных пределах. Это объясняется как сложностью получения объективных данных об аутоагрессивных действиях, так и трудностями регистрации суицидальных попыток. В поле зрения исследователей попадают приблизительно 1 из 4-10 случаев попыток [47,49].

По данным ВОЗ, с 2000 по 2014 год, несмотря на рост населения в мире, абсолютное число завершённых самоубийств сократилось примерно на 9% - с 883 до 804 тысяч случаев [44]. Вместе с тем, в отдельных регионах наблюдается различная картина. Так, в странах, несопоставимых по экономическому положению и уровню дохода в Африканском и Азиатском регионах общее число самоубийств выросло на 38% [300, 301, 340, 346, 355].

По официальным данным в Российской Федерации число самоубийств в 2015 г. составляло 17,4 на 100 тыс. населения, а в 2000 г. 35,0 на 100 тыс. населения; из них среди женщин в 2012 г. отмечалось 6,2 случая на 100 тыс.,

среди мужчин – 35,1 на 100 тыс. Для сравнения, в 2000 г. совершили суицид 9,6 на 100 тыс. женщин и 64,3 на 100 тыс. мужчин. В целом, за прошедшие 10 лет уровень частоты суицидов снизился на 44,4%. В России в 1995 г. эта цифра достигала 42,2 на 100 тыс. населения [22, 53, 86, 133]. Если в США в промежутке между 1970 и 1980 гг. ежедневно совершалось до 75 завершённых суицидов, то в России в 1990 гг. эта цифра была почти вдвое больше - 157. В последние годы ситуация поменялась в обратном направлении. В США в 2000 г. на 100 тыс. населения пришлось 9,8 погибших вследствие суицида, а к 2014 г. это число возросло до 12,1 - увеличение на 24,2% [245, 274, 314].

R.F.W. Diekstra оценивает диапазон распространённости суицидальных попыток в мире от 300 до 800 случаев на 100 тысяч населения, добавляя при этом, что попадают в поле зрения медиков менее 25% лиц, совершивших покушение на самоубийство [75]. Несмотря на многочисленность современных исследований распространённости суицидов и суицидальных попыток, их истинная распространённость не известна. Причинами этого являются проблемы правильности и надёжности статистики самоубийств и отсутствие полноценных статистических данных по эпидемиологии суицидальных попыток, как в нашей стране, так и за рубежом [104, 348, 362].

Европейское региональное бюро ВОЗ также сообщает, что самоубийства причиняют тяжёлый ущерб, это вторая частоте причина смерти в возрасте от 15 до 29 лет. Имеются данные, свидетельствующие о том, что среди взрослого населения на каждого погибшего от самоубийства приходится свыше 20 человек, совершивших суицидальную попытку. Согласно литературным источникам, значимыми при распределении не только самоубийств, но и попыток оказываются половозрастные характеристики суицидентов [1, 76, 90, 102, 155, 233, 249].

На протяжении последних нескольких лет среди социологически ориентированных исследователей отмечается возросший интерес к расхождению уровня суицидов между мужчинами и женщинами. Данный вопрос звучит так: «Почему убийство себя так тесно связано с мужским полом, а попытки суицида - с женским?» [351]. Различия часто объясняются согласно намерению и теории

летальности «женщины используют менее летальные методы в силу того, что попытки более часто являются криком о помощи, в то время как мужчины, более определены в своём желании умереть» [295, 365, 378].

Наряду с нарастанием завершённых суицидов среди молодёжи, отмечается и увеличение их количества. В подростковом возрасте количество суицидальных попыток заметно превышает число суицидов [16, 96, 119, 179, 202, 264, 349]. Частота попыток среди подростков варьирует от 2 до 9% от общей популяции [109, 309, 368]. Подросткам свойственна тенденция к повторным суицидальным действиям [48, 106, 112, 234, 253]. По данным А.И. Лазебник и др. половина суицидентов детского и подросткового возраста совершала суицидальные попытки повторно более чем в 30% случаев, чаще всего в течение года после первой попытки [118, 119]. По мнению А.Н. Корнетова последствия повторных попыток более тяжелы в соматическом отношении, а риск летального исхода более высок, так как повторный акт лучше подготовлен и менее импульсивен, чем первый [108].

В. А. Портнов и П. В. Смирнов (2000) выявили корреляции между числом суицидальных попыток и возрастом суицидентов [184]. Так средний возраст суицидентов с единственной попыткой составил 35,7 лет, с двумя – 24,5 года, при трех-четырех – 22 года, при пяти и более – 21,6 года.

Подростки нередко рассматривают посягательство на свою жизнь с позиции эффективности суицидальных действий как средства разрешения жизненных коллизий и способа выхода из психологического кризиса [116, 188]. До 15,5% обследованных детей не исключают возможность совершения самоубийства, а иногда и одобряют его как форму выхода из неразрешимой ситуации [237]. Вместе с тем лишь у 10% подростков имеется истинное желание покончить с собой, в остальных случаях суицидальное поведение подростка - это «крик о помощи», адресованный, прежде всего к ближнему окружению [115, 221, 225, 269]. Демонстративно-шантажное поведение у детей и подростков в одной трети случаев адресовано родителям [215, 218, 292]. Рядом авторов отмечается большой средний возраст пациентов, совершающих суициды, в сравнении со средним

возрастом пациентов, совершающих суицидальные попытки. В частности, речь идёт о существующем соматическом отягощении, в большинстве случаев, носящих характер неотвратимой гибели [282, 284].

М.П. Гусакова выделяя группу пресуицидентов и суицидентов, обнаружила существенные различия в их социально-демографических портретах и общественном статусе [70]. В качестве основного индивидуализированного признака по риску совершения суицидальных попыток автор работы указывал причины суицидальных действий как наиболее выражающие сферу основного психологического конфликта.

А.Г. Амбрумова считает, что две трети больных совершают суицидальные попытки по реальным мотивам, и лишь одна треть из них выдвигает патологические, «псевдореальные» мотивировки [19]. R.M. Fernquist, P. Cutright, вслед за рядом исследователей, проанализировав ряд случаев суицидальных попыток психически больных, пришли к выводу, что социально-средовые факторы явились причиной попытки в 58,5% случаев, наркотическая и алкогольная зависимость – в 28% случаев, обострение психического заболевания – лишь в 13,5% случаев [295, 296, 302, 310, 337]. Существует и иное мнение, суицидальные действия психически больных в большинстве случаев обусловлены психопатологическими переживаниями и мало зависят от действия социально-средовых факторов [39, 99, 154, 190, 204, 242, 243, 262, 281, 369]. В этой связи становится актуальным обсуждение психической патологии, как параметра наиболее частых причин совершения суицида. Большинство исследователей склонны придерживаться мнения, что именно эндогенная патология становится «ключевым» пусковым механизмом формирования суицидальной тенденции, а затем и намерения [160, 185, 208, 231, 243, 281, 285, 310].

Наиболее интересным аспектом совершения суицидальных попыток является сфера мотивации поступка, о котором сообщает пациент. Представляется, что в группах с разными способами самоубийства могут быть различные вариации мотивов [256, 307, 317, 318, 397]. В.М. Гилод на основании опроса пациентов выделил *18 основных мотиваций* суицидальных попыток:

внутренний конфликт, внешний конфликт, несчастная любовь, неприятности с близкими, измена мужа/сожителя, потеря работы/банкрот, ухудшение социального положения, разрыв отношений, развод, болезнь близких, преступление против личности, смерть близких, угроза осуждения, страх болезни, одиночество, угроза жизни, психопатология, мировоззрение [58].

Анализируя частоту суицидов и суицидальных попыток у больных с различной психической патологией, Е.Л. Герман (1968) пришёл к выводу, что при циркулярном и пресенильном психозах у больных одинаково выражено стремление, как к самоубийству, так и к суицидальным попыткам; при шизофрении и эпилепсии преобладает склонность к завершённым суицидам, а при неврозах и реактивных состояниях – к суицидальным попыткам [56].

К близким результатам пришли Т.И. Пепеляева, Е.Д. Новикова, Н.В. Конончук полагающие, что риск совершения суицидальной попытки наиболее высок у больных реактивной депрессией, психопатиями и аффективными психозами, тогда как риск завершённого суицида выше всего при шизофрении [156].

Теории суицидальных попыток весьма схожи с теориями суицида, но с некоторыми дополнительными комментариями. Так, психологические теории обсуждают, главным образом, роль коммуникации и зова о помощи как признака парасуицида [42, 66, 67, 98, 143, 341]. Социально-демографические факторы, например, социальная дестабилизация или нищета, связаны с суицидальными попытками [68, 158, 266, 278, 304, 316]. Связанное с полом расхождение в числе завершённых суицидов претерпевает инверсию в группе парасуицидентов, получивших медицинскую помощь. Однако к группе лиц, совершивших попытки с серьёзными медицинскими последствиями, данная закономерность не относится. S.S.Canetto et al. также заявляя, что нет половых различий в мотивации, т.е. выбор способа не является автоматически связанным с намерением/мотивом [275]. Однако, как было сказано выше, существуют также и исследования, показывающие разницу в намерениях между полами.

Таким образом, различия в толковании термина суицидальная попытка и выделением этого суицидального акта как особого явления во многих исследованиях не способствуют реалистичной оценке суицидального поведения в популяции и создают известные трудности в сопоставлении данных различных исследований. В этой связи, представляется целесообразным рассмотреть эту проблему с точек зрения различий и сходства завершённых суицидов с суицидальными попытками с социально-клинических позиций, что позволит выработать единую точку зрения на эти феномены человеческой деятельности, особенно в плане превентивных мероприятий.

Попытки предупреждения суицидов будут неэффективны, если они не происходят в рамках крупномасштабных комплексных программ, участниками которых должны быть правительственные чиновники, специалисты по планированию системы здравоохранения, исследователи и практики целого ряда дисциплин и секторов. Требуются большие инвестиции, как в научные исследования, так и в мероприятия по предотвращению самоубийств. Хотя краткосрочные эксперименты способствуют пониманию, почему происходит суицид и что можно сделать для его предупреждения, для полного понимания роли биологических и психосоциальных факторов необходимы долгосрочные научные исследования. Существует также большая потребность в строгой оценке эффективности мероприятий через длительное время.

Сегодня большинство проектов проводятся в течение короткого времени и получают незначительную оценку, если вообще её получают. Эффективным путём предупреждения самоубийств и суицидальных попыток является ограничение доступа к наиболее распространённым средствам совершения самоубийства, включая ядохимикаты, огнестрельное оружие и некоторые лекарственные средства. Службы оказания медицинской помощи должны включать профилактику суицида в качестве одного из важнейших компонентов предоставляемых услуг. В частности, психические расстройства и вредное употребление алкоголя приводят к большому числу самоубийств по всему миру.

Раннее выявление и эффективное ведение случаев – важнейшее условие обеспечения необходимой помощи тем, кто в ней нуждается.

Отсутствие чётко очерченных показаний для госпитализации суицидоопасного контингента усложняет принятие решения о необходимости недобровольной госпитализации судебными органами. Недостаточная информированность и качество подготовки юристов в отношении психической патологии, в том числе в области суицидологии, приводит к неадекватной оценке степени суицидального риска, и, как следствие, принятию неадекватного решения суда о применении медицинских мер принудительного характера.

Таким образом, сведения, приведённые в обзоре литературы, свидетельствуют о высокой актуальности проблемы суицидального поведения в современном мире, что определяет важность её дальнейшего изучения.

Анализ цитируемой литературы свидетельствует о сохранении различных мнений и точек зрения на природу, факторы риска, механизмы возникновения, характер клинических проявлений суицидального поведения. В особой степени это касается его нефатальных форм (суицидальные попытки, преднамеренные самоповреждения), в отношении которых отсутствует достоверная статистика, не существует системы учёта и принципов суицидологической помощи таким суицидентам, не организовано их наблюдение на постсуицидальном этапе. Все это ведёт к повторному или многократному совершению суицидальных попыток, которые зачастую заканчиваются летальным исходом.

На фоне хотя и имеющихся, но противоречивых научных данных о суицидальных попытках, абсолютно не разработанным является вопрос оказания скорой суицидологической помощи их лицам, совершившим покушение на самоубийство. Под этим термином мы понимаем наиболее раннюю форму специализированной суицидологической помощи суицидентам, которую должны оказывать врачи Скорой психиатрической помощи. Не секрет, что многие из них не обладают достаточными знаниями в области суицидологии, вследствие чего не могут дать объективную клиническую оценку психическому состоянию суицидента, а, следовательно, и провести необходимые антисуицидальные

мероприятия. Этому также способствует отсутствие научно обоснованных алгоритмов скорой суицидологической помощи. Вышеперечисленное способствует совершению повторных суицидальных попыток, в том числе летального характера.

В целом, анализ отечественной и зарубежной литературы показывает необходимость дальнейшего углублённого изучения проблемы нефатального суицидального поведения в форме покушения на самоубийство, факторов, способствующих его формированию; сходств и различий между завершёнными и незавершёнными суицидами, а также определения социодемографических и клинических (психопатологических) характеристик суицидентов, изучения возможностей и разработки методов оказания им скорой суицидологической помощи. Получение таких данных будет способствовать снижению частоты повторных суицидальных попыток и завершённых суицидов, что внесёт вклад в улучшение суицидальной ситуации в стране.

Глава 2.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено на базе Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова (ССНМП) г. Москвы. В исследуемую выборку вошли лица, которым была оказана скорая суицидологическая помощь по поводу совершенного покушения на самоубийство специализированной бригадой скорой психиатрической помощи за период с 2006 по 2009 годы. В состав выборки не включались лица, совершившие покушение на самоубийство и госпитализированные в общемедицинские стационары вследствие тяжёлых соматических последствий суицида. Эта группа лиц обслуживалась общими, чаще, реанимационными бригадами ССНМП.

Специализированные бригады скорой психиатрической помощи функционируют в нашей стране с 1928 года. В настоящее время они существуют в большинстве регионов России. Скорая психиатрическая помощь является видом гарантированной государством психиатрической помощи. С самого начала данная служба строилась на основе принципов государственности, бесплатности и общедоступности, тесной связи практической деятельности с достижениями отечественной психиатрии [10,13, 20, 33, 86, 161]. Согласно положению о врачебных и фельдшерских бригадах (Приказ МЗ РФ от 08.04.98 № 108 «О скорой психиатрической помощи») последние организуются в составе станции (подстанции, отделения) СМП, психоневрологического диспансера, психиатрической больницы, а также центральной районной больницы. В своей деятельности СПП руководствуются Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании" (1993); на психиатрические бригады распространяются утверждённые Минздравом России Положения о скорой медицинской помощи. Психиатрические бригады обеспечивают скорую психиатрическую помощь по месту пребывания пациента, в том числе в лечебно-профилактических учреждениях.

Задачами психиатрических бригад являются: оказание скорой психиатрической помощи; осуществление врачом-психиатром освидетельствования лица без его согласия или без согласия его законного представителя и госпитализация в недобровольном порядке в соответствии с действующим законодательством; транспортировка лиц, страдающих психическими расстройствами, по направлению врача-психиатра в сопровождении среднего медицинского персонала.

Особое значение работа психиатрических бригад приобретает в современных условиях в связи с введением правовых норм, относящихся к психиатрическому освидетельствованию и госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке. В связи с этим значительно повысилась ответственность врача психиатрической бригады за принятие решения о госпитализации, а работа психиатрических бригад значительно усложнилась. Скорая психиатрическая помощь оказалась на переднем крае реализации изменений законодательства в области психиатрической помощи.

Выездная психиатрическая бригада скорой медицинской помощи города Москвы является одним из начальных звеньев в общей системе оказания специализированной помощи лицам с психическими расстройствами и состоит из врача-психиатра и двух фельдшеров. Специфика работы требует от врача-психиатра в кратчайшие сроки, порой при отсутствии или недостатке анамнестических и объективных данных, определить и квалифицировать психическое состояние обследуемого, установить диагноз больному и принять правильное тактическое решение.

Врач-психиатр скорой помощи обследует пациентов всех возрастов с различной психопатологической симптоматикой, а иногда и психически здоровых лиц с нарочито неправильным (установочным) поведением. Душевнобольные могут также страдать какими-либо соматическими и неврологическими заболеваниями. Поэтому врач-психиатр должен обладать достаточными знаниями во всех областях психиатрии (общая, детская, подростковая, геронтологическая,

наркология), а также быть знакомым с неврологией, токсикологией, хорошо ориентироваться в психических нарушениях при соматических заболеваниях.

Учитывая специфику работы врача скорой помощи, кроме профессиональной подготовки врачу-психиатру необходимо умение быстро вступать в контакт с разными людьми, оперативно и обоснованно оценивать полученные данные о больном, уметь прогнозировать его поведение и поступки, самостоятельно принимать ответственные решения о необходимости лечения или госпитализации в психиатрическую больницу, иногда вопреки желанию пациента и его родных, даже при оказании родными весьма активного морального и физического сопротивления, угроз с их стороны. При безрезультатности всех попыток разъяснения и убеждения родных в необходимости лечения больного только в стационарных условиях, иногда приходится прибегать к вызову полиции для пресечения сопротивления недобровольной госпитализации больного.

Работа психиатром СМП требует от врача высокой профессиональной подготовки, умения оказать экстренную медицинскую помощь по жизненным показаниям в случаях остановки в пути и на месте вызова, высокой степени оперативного мышления, знания основ правового и уголовного законодательства, совершенного знания инструкций, положений, приказов, регламентирующих работу всех служб скорой помощи и психоневрологических учреждений города [163].

Частым поводом к вызову врача-психиатра скорой помощи являются суицидальные попытки и суицидальные высказывания. В этих случаях могут иметь место, как психическая патология разного уровня, так и ситуационные аффективные реакции психически здоровых лиц. Помимо этого, на совершение попытки самоубийства влияют индивидуально - психологические и национальные особенности человека, его возраст и семейное положение, культурные ценности, наличие алкоголизации, время года и другие факторы.

Исследование проводилось в 2 этапа. На первом из них изучались лица, обследованные психиатрической бригадой СМП после совершения суицидальной

попытки, с оценкой способа её совершения, психического состояния пациентов, предварительной синдромальной и диагностической квалификацией, получением информации о ранее диагностированном либо недиагностированном психическом расстройстве, определением социальных и психологических характеристик обследуемых. На втором этапе полученные данные верифицировались и уточнялись при последующих посещениях суицидента, либо в психиатрическом стационаре (в случае его госпитализации), либо при повторных посещениях на дому (в случаях, когда показания для госпитализации отсутствовали, а пациент получал психотерапевтическую помощь в диспансере, или отказывался от неё, оставаясь дома). В целом, исследуемая группа включает в себя 121 суицидента (средний возраст $33,1 \pm 1,2$ года), из них 62 женщины (средний возраст $32,9 \pm 1,2$ года) и 59 мужчин (средний возраст $33,1 \pm 1,2$ года).

Для решения поставленных задач исследования в качестве основного инструмента использовалась специально разработанная «Суицидологическая карта» (Прил.). Она включает в себя следующие разделы: общие сведения, социально-профессиональные характеристики, социокультуральные характеристики, клинические характеристики, характеристики суицидального поведения, методы его интервенции и поственции. Каждый пункт карты содержит несколько вариантов ответов, один из которых необходимо выделить при заполнении. Суицидологическая карта заполнялась на каждого суицидента на основании клинического обследования, анамнестических данных и последующего динамического наблюдения.

В соответствии с поставленными целью и задачами исследования применялись следующие методы: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-эпидемиологический, математико-статистический, метод организационного эксперимента.

Клинико-психопатологический метод использовался при оценке психического состояния каждого исследуемого пациента непосредственно после совершенного им покушения на самоубийство с целью определения его

психического статуса, выявления ведущего психопатологического синдрома, наличия психического расстройства и его диагноза. При этом использовались клинические дефиниции и диагностические критерии МКБ-10. Этот метод позволил выделить наиболее суицидоопасные психопатологические состояния для изучаемого контингента больных.

Использование **клинико-катамнестического метода** состояло в изучении особенностей течения психических расстройств, а также закономерностей возникновения суицидальных проявлений в клинической картине у изучаемого контингента больных. В частности, анализировались такие характеристики, как возраст начала психического заболевания, продолжительность заболевания к моменту совершения суицидальной попытки, наличие психодезадаптационных эпизодов в детстве, психопатологическая и/или суицидальная отягощённость наследственности, наличие предшествующих суицидальных попыток.

Клинико-эпидемиологический метод применялся при изучении социо-демографических и социокультуральных характеристик суицидентов, мотиваций, обстоятельств и способов их суицидальных действий. Указанные характеристики исследовались на основании опроса самих суицидентов, их родственников, свидетелей суицидальных действий, а также данных медицинской документации. Использование клинико-эпидемиологического метода позволило выделить важнейшие факторы суицидального риска в изучаемой группе суицидентов.

Для математической обработки полученных данных применялся **математико-статистический метод**, включающий в себя параметрические и непараметрические методы расчёта, направленные на получение интенсивных и экстенсивных показателей, а также вычисление статистической достоверности (p) различий сравниваемых относительных величин.

Глава 3.

СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И ИНТЕНЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДЕНТОВ

Несмотря на достигнутое в последние годы улучшение суицидальной ситуации, Россия продолжает входить в число стран с высоким уровнем суицидов, составляющим около 17 случаев на 100 000 населения [44]. Учитывая, что частота покушений на самоубийство, превышает частоту завершённых суицидов не менее чем в 10-20 раз, уровень распространённости суицидальных попыток в стране составляет 200-400 случаев на 100 000 населения в год, а число лиц, совершивших суицидальную попытку, достигает 600 тысяч человек. При этом риск совершения завершённого суицида у лиц с суицидальными попытками в 100 раз превышает таковой в общей популяции. Исходя из этого, разностороннее изучение данного аспекта проблемы имеет большое медико-социальное значение. Начнём с анализа клинических характеристик суицидентов.

3.1. Клинические характеристики

Одним из наиболее важных аспектов изучения суицидального поведения является распространённость психических расстройств у суицидентов. Абсолютное большинство исследователей едины во мнении, что выраженность суицидальных намерений и частота суицидов среди страдающих психическими расстройствами лиц значительно выше, чем среди психически здоровых [95, 111, 117, 183, 303, 374]. При этом авторами отмечается, что психические заболевания является одним из главных факторов суицидального риска [14, 40, 138, 229]. Согласно проведённым в России исследованиям Б.С. Положего с соавт. [177, 178], 90-95% суицидентов страдали на момент совершения суицида психическими расстройствами, при этом более половины из них ранее никогда не имели контактов с психиатрами. Данные сведения согласуются с последними материалами ВОЗ (2014), согласно которым доля лиц с психическими

расстройствами среди суицидентов достигает 90%, а среди 10%, не имевших чёткого диагноза, наблюдаются психические отклонения, характерные для лиц, совершающих суицид.

При определении наличия и квалификации клинических проявлений у суицидентов мы базировались на типологии постсуицидальных состояний А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко [10,11, 13, 14], согласно которой все обследуемые находились в остром постсуицидальном периоде. Естественно, что оценка психического состояния суицидента начиналась с выявления и квалификации психопатологических синдромов.

Согласно данным литературы, наибольший суицидальный риск отмечается у лиц с депрессивным синдромом. [39, 56, 176, 177, 212, 294, 330, 345]. В частности, J.Baechler [251] и G.Loas et al. [354] приводят данные о том, что смертность от суицидов при депрессиях превышает смертность от злокачественных опухолей. По данным современных зарубежных авторов основными причинами, ведущими к формированию суицидальных намерений, становится депрессивная фаза биполярного аффективного расстройства [107, 240, 321, 324, 325, 333, 360, 367, 390]. По мнению Е.Л. Германа (1968), наибольшее число суицидальных попыток отмечается при депрессивном синдроме и синдромах нарушенного сознания, меньшее – при депрессивно-ипохондрическом и депрессивно-параноидном синдромах, ещё меньшее – при параноидном и истерическом синдромах [56].

В ряд публикаций как отечественных, так и зарубежных исследователей сообщается о высокой суицидоопасности шизофрении, в частности императивного псевдогаллюциноза при синдроме Кандинского-Клерамбо, параноидных расстройств, депрессивно-параноидных состояний, а также при формировании постпсихотической депрессии [106, 280, 327, 336, 347, 356, 363].

Следует отметить, что большое число современных публикаций обращают внимание на формирование суицидального поведения при наркотической и алкогольной зависимости [216, 217, 232, 239, 274]. Однако на наш взгляд, рассматривать проблему зависимости в свете формирования суицидального поведения следует все же через призму её психопатологического содержания. С

этой же позиции следует оценивать и риск суицида у больных серьёзными соматическими заболеваниями, что согласуется с мнениями многих авторов [205, 286, 289, 270, 298, 306].

В нашем исследовании установлено, что психический статус суицидентов непосредственно после совершения суицидальной попытки характеризовался рядом психопатологических синдромов, в частности, депрессивного, галлюцинаторного, бредового. Эти синдромы зачастую были представлены различными сочетаниями и приоритетами доминирования, что обуславливало полиморфизм клинических проявлений.

К развитию суицидальных намерений и их реализации в большинстве случаев приводила депрессивная патология. Поэтому наиболее частыми психопатологическими синдромами на момент совершения самоубийства были депрессивный (с различными уровнями глубины депрессии), депрессивно-параноидный, а также галлюцинаторно-параноидный с депрессивной окраской патологических переживаний. В тех случаях, когда суицидальная попытка совершалась на фоне параноидных, депрессивно-параноидных, галлюцинаторно-параноидных, делириозных расстройств в качестве фактора реализации суицидального намерения выступал собственно психопатологический феномен.

Таблица 3.1.

Синдромальная структура психических расстройств у суицидентов

Ведущий синдром	Депрессивный		Депрессивно-бредовой		Параноидный, галлюцинаторно-параноидный		Психопатический и психопатологический		Невротический и невротический		Делириозный		Всего	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
женщины	37	59,7%	9	14,5%	5	8,1%	4	6,5%	6	9,6%	1	1,6%	62	100%
мужчины	28	47,5%	10	16,9%	7	11,9%	7	11,9%	2	3,4%	5	8,5%	59	100%
Всего	65	53,7%	19	15,7%	12	9,9%	11	9,1%	8	6,6%	6	5,0%	121	100%

Как следует из табл. 3.1, наиболее распространённым синдромом в изучаемой группе суицидентов оказался депрессивный, установленный более чем у половины (53,7%) общего числа обследованных. Достоверно реже ($p < 0,05$)

встречался депрессивно-бредовый (15,7%), далее следуют (в порядке убывания) параноидный и галлюцинаторно-параноидный (9,9%), психопатический и психопатоподобный (9,1%), невротический и невротоподобный (6,6%), делириозный (5,0%). Причём, у мужчин, по сравнению с женщинами, был выше удельный вес делириозного (в 5,3 раза), психопатического и психопатоподобного (в 1,8 раза) синдромов, у женщин – невротического и невротоподобного (в 2,7 раза) и депрессивного синдромов (в 1,3 раза).

Несмотря на выявление 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.

Переходим к более подробному описанию диагностированных у суицидентов психопатологических синдромов.

Депрессивный синдром.

Группа суицидентов с депрессивным синдромом оказалась наиболее многочисленной - 65 человек (53,7% от их общего количества), из них 37 женщин и 28 мужчин. Средний возраст составил - 42,5 года.

Депрессивные расстройства, возникшие, по предварительной оценке, в рамках аффективной патологии (циклотимия, биполярное аффективное расстройство), а также в рамках шизофрении, шизоаффективного и шизотипического расстройств, характеризовались утратой ценности и перспективы существования. Отмечались гипертрофированное стремление к самоанализу, самонаблюдению, обострённая рефлексия. Постепенно по мере углубления депрессии появлялось чувство внутренней изменённости, гнетущее настроение, переживание какой-то “неестественности” окружающего, его непонятности. Почти всегда в различной степени были выражены ощущение собственной неполноценности. На этом фоне формировались суицидальные

мысли, а затем постепенно происходило обдумывание плана и способа суицида. В качестве характерных особенностей состояния выступали стремление к уединению вплоть до полной изоляции, утрата интереса к окружающему. Суицидальные тенденции чаще развивались медленно, с периодами усиления и ослабления потребности убить себя. Непосредственно перед совершением суицидальной попытки отмечались фрагментарное восприятие окружающего, эмоциональная заторможенность.

В большинстве случаев незавершённость попытки обуславливалась случайными факторами (приход родственника, ошибка при расчёте летальной дозы лекарства и т.п.). В остром постсуицидальном периоде сохранялись устойчивые суицидальные мысли и намерения. При этом как в прямой, так и в косвенной форме больные продолжали высказывать сожаление о сохранении жизни, об утрате её ценности и бесперспективности её продолжения и мог быть квалифицирован как суицидально-фиксированный суицид. Такие суициденты госпитализировались в психиатрический стационар.

Депрессивный синдром у лиц с предварительным диагнозом «алкогольная зависимость», как правило, был сопряжён с состоянием алкогольной абстиненции. Систематический приём алкоголя, развитие у больных вторичной и постабстинентной депрессии обуславливало реализацию суицидальных намерений. Депрессивная симптоматика была представлена сочетанием депрессивно-тревожного аффекта с соматовегетативными и неврологическими расстройствами. Психопатологические особенности отмечавшихся депрессивных нарушений зависели от преобладания тех или иных преморбидных личностных черт. У больных с преморбидом стенического типа преобладали дисфорические нарушения, у больных с преобладанием в преморбиде черт неуверенности, пассивности, подчиняемости – подавленность, слезливость, апатия, бездеятельность, жалобы на «скуку». Тревожные расстройства отмечались реже, чем на этапе постабстинентных нарушений и обнаруживали большую устойчивость. Нередко состояние сопровождалось общей подавленностью, беспокойством, настороженностью и пугливостью, иногда идеями отношения.

Способ и план реализации суицидального намерения разработаны были слабо. В остром постсуицидальном периоде после редукции соматовегетативных и неврологических проявлений алкогольного абстинентного синдрома достаточно быстро редуцировались депрессивные проявления и дезактуализировались суицидальные намерения. Больные сожалели о предпринятой попытке. Таким образом, формировался критический, а в некоторых случаях манипулятивный тип постсуицида.

Депрессивно-бредовый синдром

Данная группа была представлена 19 суицидентами (15,7% от их общего количества), из них 10 мужчин и 9 женщин, средний возраст - 32,1 года.

При депрессивно-бредовом синдроме углубление депрессии сопровождалось нарастанием аффекта отчаяния и безысходности. Содержание бреда чётко коррелировало с особенностями доминирующего аффекта, преобладали бред обвинения или самообвинения, в ряде случаев имел место ипохондрический бред. Реализация суицидальной попытки происходила внезапно для окружающих, но не приводила к летальному исходу в основном вследствие случайных причин. Острый постсуицидальный период характеризовался умеренным суицидальным риском. В данном случае можно было говорить о суицидально-фиксированной попытке. У больных сохранялось чувство потери контроля над своим поведением; уверенности, что неосуществление суицидальных намерений, всего лишь случайность, стечение обстоятельств. По мере редукции депрессивно-бредовых расстройств формировалось критическое к ним отношение, около половины больных сожалели о совершенном покушении, охотно сообщая о своих переживаниях, треть больных отказывались обсуждать мотивы совершения суицида, демонстрируя некую отстранённость, внешнее равнодушие к совершенному поступку. При адекватно предпринятой терапевтической тактике завершение приступа совпадало с появлением критической оценки случившегося.

Параноидный и галлюцинаторно-параноидный синдромы.

Группа включала 12 больных (9,9%) - 7 мужчин и 5 женщин, средний возраст - 33,2 года.

Суицидальные действия в рамках галлюцинаторно-бредового и параноидного синдромов при предварительном диагнозе «Шизофрения» были связаны с галлюцинаторными и (или) бредовыми расстройствами и их тематическим содержанием. Причинами развития суицидального поведения становились идеи об «угрозе жизни», «неумолимом преследовании, сопряжённом с последующими пытками, наказаниями, угрозой жизни», «обвинениями в несчастьях других» и т.д., которые для больных носили характер реальности и безысходности, либо причиной становилось содержание императивного галлюциноза обвиняющего, грозящего характера. При слуховом (наиболее часто встречающемся) галлюцинозе вербальные галлюцинации возникали в виде монолога или диалога, обманы восприятия носили комментирующий или императивный характер, что и обуславливало формирование тенденций к самоповреждению и реализации суицидальной попытки. Все это вело к появлению суицидальных мыслей и намерений, завершившихся покушением на самоубийство.

Психопатический и психопатопоподобный синдромы.

Группу составили 11 суицидентов (9,1%), среди них 7 мужчин и 4 женщины. Средний возраст - 21,2 года. Таким образом, среди суицидентов выражено преобладали лица молодого возраста. В рамках преимущественно психогенной декомпенсации патологические личностные черты приобретали определяющее значение для оформления суицидальных намерений. Так, при эмоционально-неустойчивом типе расстройства личности суицидальные действия совершались в период острых аффективных реакций. Принятие решения и его реализация осуществлялись быстро, зачастую импульсивно. При эпилептоидной психопатии суицидальные действия происходили в период аффективных реакций, которые чаще бывают экстрапунитивными и приобретают черты

демонстративного манипулятивного суицидального поведения. При доминировании в структуре личности истеро-конверсионных черт совершаемые суицидальные попытки носили демонстративный или демонстративно-шантажный характер. Для шизоидных личностей такие общие черты, как пассивность общей жизненной позиции, блокада отдалённых перспектив равнозначны невозможности самореализации, что влекло за собой утрату ценности жизни и формирования особого экзистенциального мировоззрения, которое выступало в качестве патологической почвы для формирования суицидального поведения и суицидальных действий.

В остром постсуицидальном периоде у суицидентов с шизоидным расстройством личности сохранялось пассивное «согласие на смерть». В случае доминирования истерических и истеро-конверсионных черт речь шла о манипулятивном суициде, однако риск повторных попыток оставался умеренно высоким, если в силу ряда обстоятельств больными не была достигнута «конечная цель» попытки. В случаях существования особого мировоззрения больные упорно полагали невозможным своё возвращение к жизни. Они стремились диссимулировать или же отрицать попытку, и в большинстве случаев у них сохранялись антивитальные переживания, пассивные и активные суицидальные мысли, суицидальные тенденции (суицидально-фиксированный суицид). Вероятность попытки повторного суицида довольно велика.

В рамках психопатоподобного синдрома преобладали демонстративно-шантажные суицидальные попытки. Суицидальную готовность потенцировали конфликтные ситуации, нарастающие проблемы со здоровьем (особенно сексуальные расстройства), проблемы с законом. Постсуицидальный период в этом случае был стёртым, пациенты продолжали демонстрировать психопатоподобные черты поведения, не сожалели о совершенном покушении, не могли изложить чёткой мотивировки своего поступка. Критика к состоянию была формальной, речь шла о манипулятивном суициде.

Невротический и невротоподобный синдромы.

Группа представлена 8 суицидентами (6,6%), среди них 2 мужчин и 6 женщин. Средний возраст - 38,4 года.

Невротические и стрессовые (психогенные) переживания становились основой при формировании депрессивного компонента и суицидальных мыслей, намерений и действий. В клинической картине преобладали тоска, уныние, слезливость, тревога. Суицидальная попытка чаще была обусловлена острыми аффективными расстройствами в момент психотравмирующего известия или события. Больные предпринимали суицидальные действия как способ для разрешения психотравмирующей ситуации. Поэтому попытки носили преимущественно демонстративный характер, так называемый «крик о помощи».

В остром постсуицидальном периоде некоторое время наблюдалось сохранение суицидальных мыслей и намерений, однако их интенсивность заметно ослабевала. Однако в большинстве случаев после купирования аффективной симптоматики удаётся сформировать рациональное отношение к ситуации, повлекшей за собой формирование суицидального поведения. Таким образом, это отвечало понятию аналитического или критического постсуицида.

Делириозный синдром.

Эта группа была самой малочисленной и представлена всего 6 случаями (5%), из них - 5 мужчин и одна женщина, средний возраст - 48,4 года. Состояние суицидентов на момент совершения покушения на самоубийство в этом случае было обусловлено острым психотическим состоянием и проявлялось почти исключительно обильными, чаще императивными галлюцинациями и нарушением сознания. Развивается остро и характеризуется нарушением сознания, а также быстрыми - в течение суток - изменениями клинической картины. Были выявлены слуховой, зрительный и тактильный (ощущение ползания под кожей червей, насекомых, микробов) галлюцинозы. Острый постсуицидальный период сопровождался критической редукцией психотических переживаний и становлением выраженных астенических расстройств. Больные,

как правило, амнезировали период психоза и факт совершения суицидальной попытки.

Следующим аспектом исследования стал анализ нозологического распределения психических расстройств среди суицидентов. Как уже отмечалось ранее, этот блок работы построен на последующем наблюдении суицидентов, как в стационарных, так во внебольничных условиях. Данные литературы по этому вопросу, по-прежнему, отличаются неоднородностью и противоречивостью и были представлены ранее.

Результаты проведённого нами исследования (с учётом верификации предварительных диагнозов, установленных при оказании скорой психиатрической помощи), выявили следующую структуру психических расстройств у суицидентов (табл. 3.2).

Таблица 3.2.

Диагностическое распределение психических расстройств у суицидентов

Ведущий синдром	Шизофрения (приступообразная, приступ-прогресс., непрерывная - приступ, неполная ремиссия)		Аффективное расстройство (БАР, РДР, манифестный депрессивный эпизод, дистимия)		Алкоголизм		Органич. рас-ва		Расстройства личности и поведения		Невротические расстройства, расстройства связанные со стрессом		Всего	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
женщины	25	40,3%	18	29%	6	9,7%	3	4,8%	6	9,7%	4	6,5%	62	100%
мужчины	29	49,2%	10	16,9%	9	15,3%	7	11,8%	3	5,1%	1	1,7%	59	100%
Всего	54	44,6%	28	23,1%	15	12,4%	10	8,3%	9	7,4%	5	4,1%	121	100%

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». Что касается суицидентов с наличием депрессии при других формах психической патологии (шизофрения, органическое психическое расстройство, и др.), то они попали в соответствующие диагностические группы. 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) и органическими психическими расстройствами (в 2,5 раза). В свою очередь, у женщин относительно преобладают депрессивные расстройства (в 1,7 раза), а также невротические и связанные со стрессом расстройства (в 3,8 раза). Доли суицидентов с шизофренией и расстройствами личности в мужской и женской группах суицидентов достоверно не различаются ($p > 0,05$).

Помимо синдромальной и диагностической структуры психических расстройств у суицидентов нами было изучено наличие у них наследственной отягощённости по психическому заболеванию и по суицидам. Как следует из табл. 3.3, психопатологическая отягощённость наследственности была зарегистрирована почти у одной трети всех суицидентов – 32,2%, что в равной степени характерно и для мужчин, и для женщин.

Таблица 3.3

Распределение суицидентов по наличию наследственной отягощённости психическими заболеваниями

пол/насл. отяг. псих. забол.	да		нет		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	20	32,3	42	67,7	62	100
мужчины	19	32,2	40	67,8	59	100
всего	39	32,2	82	67,8	121	100

Наличие суицидальной отягощённости было выявлено у достоверно меньшего числа суицидентов – 4,1% от их общего количества ($p < 0,05$). Достоверных различий по этому показателю среди мужчин и женщин выявлено не было (табл. 3.4).

Таблица 3.4.

Распределение суицидентов по наличию наследственной отягощённости по суициду

пол/насл. отяг. суицидами	да		нет		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	3	4,8	59	95,2	62	100
мужчины	2	3,4	57	96,6	59	100
всего	5	4,1	116	95,9	121	100

Таким образом, доля суицидентов с психопатологически отягощённой наследственностью оказалась весьма высокой и существенно превышающей таковую в общей популяции. Этот факт согласуется с тем, что подавляющее большинство суицидентов страдают теми или иными формами психической патологии.

Показатель суицидальной отягощённости, несмотря на внешне невысокий уровень, значительно превышает аналогичный в общей популяции. Отсюда следует, что в генезе суицидального поведения важную роль играет наследственная отягощённость, как по психическому заболеванию, так и по суициду.

3.2. Социодемографические характеристики

Анализируя природу самоубийств, современные исследователи в качестве первоочередных задач видят изучение социально-демографических (гендерных, возрастных, профессиональных) и средовых (неблагополучие в социально-экономической, профессиональной, личностной, семейной сферах) факторов. Существенный вклад в характеристики и частоту суицидального поведения оказывают гендерные различия. По мнению большинства авторов [33, 39, 148, 214], женщины погибают от самоубийств в 3–8 раз реже мужчин, напротив, суицидальные попытки они совершают достоверно чаще [10, 212, 220, 250].

В нашем исследовании соотношение мужчин и женщин среди суицидентов составило 1:1, что противоречит большинству литературных данных, но согласуется с результатами исследования Е.А. Панченко [151], проведённом на

группе лиц, госпитализированных вследствие покушения на самоубийство в один из московских психиатрических стационаров. Без проведения специальных исследований в других регионах России затруднительно сказать, отражает ли такое соотношение некие новые тенденции, или оно характерно для московской популяции.

В качестве значимого фактора суицидального поведения традиционно рассматривается возраст. Здесь следует заметить, что в последнее время во всем мире отмечается тенденция к снижению возраста суицидентов (т.н. «омоложение суицида»), в особой степени это касается суицидальных попыток [54, 81, 90, 293, 308]. Однако существуют и иные мнения, где наиболее частым возрастом совершения суицидов считаются зрелый, пожилой и старческий [1, 49, 107, 299]. Неоднозначность данных во многом обусловлена различными методами диагностики и условиями обследования (амбулаторные, стационарные) для лиц разных возрастных групп.

Наше исследование выявило достоверное преобладание лиц молодого и среднего возраста в сравнении с другими возрастными группами суицидентов (табл.3.5).

Таблица 3.5

Распределение суицидентов по полу и возрасту

пол/возраст	до 20 лет		21-25		26-30		31-40		41-50		51-60		более 60		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	5	8,1	9	14,5	10	16,1	11	17,7	8	12,9	10	16,1	9	14,5	62	100
мужчины	5	8,5	9	15,3	14	23,7	11	18,6	5	8,5	9	15,3	6	10,2	59	100
всего	10	8,3	18	14,9	24	19,8	22	18,2	13	10,7	19	15,7	15	12,4	121	100

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%). Обращает на себя внимание, что наименьшую долю среди суицидентов составили лица юного (до 20 лет) и старшего (более 60 лет) возраста – соответственно 8,3 и 12,4%. Характерно, что распределение суицидентов мужского и женского пола по возрасту не выявило достоверных различий между собой и оказалось сопоставимым с общей группой.

Таким образом, полученные нами данные указывают на большую подверженность совершению суицидальных попыток лиц в молодом и зрелом возрасте 26-40 лет, что следует учитывать при планировании антисуицидальных профилактических мероприятий.

Ещё одной важной характеристикой суицидентов является их социальный статус. В этом отношении в литературе выделяются в качестве факторов риска утрату или длительное отсутствие работы у трудоспособных лиц, одиночество, социальную изоляцию и бесперспективность в отношении семьи и занятости, профессиональные проблемы, низкий уровень образования, неблагополучный семейный анамнез: родительская депривация, наличие отчима, воспитание в многодетной семье [31, 52, 136, 167, 297, 373].

В исследованной нами группе около одной трети (30,6%) от общего числа суицидентов к моменту совершения суицидальной попытки не работали и не учились, хотя и находились в трудоспособном возрасте. На долю работающих и учащихся пришлось 42,2%.

При этом среди них преобладали лица, работающие в негосударственном секторе – соответственно 21,5 и 14,9% (табл.3.6).

Таблица 3.6.

Распределение суицидентов по социальному статусу

пол/соц статус	не работает и не учится		пенсионер		работает в государственных предприятиях		работает в частных предприятиях		учащийся		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	23	37,1	18	29,0	10	16,1	7	11,3	4	6,5	62	100
мужчины	14	23,7	15	25,4	8	13,6	19	32,2	3	5,1	59	100
всего	37	30,6	33	27,3	18	14,9	26	21,5	7	5,8	121	100

У женщин по сравнению с мужчинами относительно преобладали неработающие (37,1 против 23,7%), а у мужчин – работающие на частных предприятиях – 32,2 против 11,3% ($p < 0,05$). Отсюда можно сделать два вывода. Во-первых, среди суицидентов высока доля безработных (для сравнения, в общей популяции она составляет в пределах 6%). Во-вторых, среди работающих

суицидентов преобладают лица, занятые на частных предприятиях, что может свидетельствовать о менее благополучных условиях труда в негосударственном секторе.

Должностное распределение работающих суицидентов показало, что 20,5% из них являются руководителями (табл. 3.7). Учитывая, что в любой организованной популяции доля руководителей не достигает одной пятой части от числа всех работающих, установленный факт позволяет предположить заметно большую суицидальную уязвимость лиц, занимающих руководящие должности. Причём, это относится в равной степени к лицам мужского и женского пола. Что касается остальных работающих суицидентов, то основную часть среди них занимают младший и средний персонал. Однако среди младшего персонала достоверно преобладают мужчины, а среди среднего – женщины. В обоих случаях $p < 0,05$.

Таблица 3.7

Распределение суицидентов по занимаемой должности

пол/должность	вспомогательный персонал		младший персонал		руководитель		средний персонал		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	2	10,5	3	15,8	4	21,1	10	52,6	19	100
мужчины	3	12,0	11	44	5	20,0	6	24,0	25	100
всего	5	11,4	14	31,8	9	20,5	16	36,4	44	100

Среди суицидентов, которые к моменту совершения суицидальной попытки находились на пенсии, большую часть составили лица, имеющие пенсию по старости, и имеющие группу инвалидности по психическому заболеванию, в большинстве случаев вторую (по 39,4%), достоверно реже ($p < 0,05$) встречались лица с инвалидностью по соматическому заболеванию – 21,2% (табл. 3.8), что подтверждается данными и других исследователей [87, 197, 206, 268, 288, 299, 320].

Обращает на себя внимание, что среди последних преобладали мужчины, а среди пенсионеров по старости и инвалидов по психическому заболеванию – женщины.

Таблица 3.8.

Распределение суицидентов по причине нахождения на пенсии

пол/причины нахождения на пенсии	старость		инвалидность по психическому заболеванию		инвалидность по соматическому заболеванию		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	10	47,6	9	42,9	2	9,5	21	100
мужчины	3	25,0	4	33,3	5	41,7	12	100
всего	13	39,4	13	39,4	7	21,2	33	100

Обсуждая роль семейного статуса в формировании суицидального поведения, следует отметить, что существует устойчивое мнение о меньшей частоте суицидов среди лиц, состоящих в браке, по сравнению с одинокими, разведёнными или овдовевшими людьми.

Согласно нашим данным, удельный вес состоящих в браке составил среди суицидентов менее одной трети – 29,8% (табл. 3.9). Учитывая преимущественно молодой и зрелый возраст изучаемых суицидентов, эта доля является малой и не соответствует таковой в общей популяции. Большинство же суицидентов (порядка 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 суицидальной попыткой ($p < 0,05$). Данный фактор и ранее был ассоциирован и непосредственно связан со страхом одиночества как одним из основных компонентов психологической уязвимости личности и, соответственно, суицидального риска [12, 98, 192, 305]. У женщин, по сравнению с мужчинами, оказалась выше доля овдовевших, а среди мужчин – женатых. Половые различия в долях лиц, находящихся в разводе, а также холостых/незамужних отсутствуют.

Таблица 3.9

Распределение суицидентов по семейному положению

пол/семейное положение	вдовец		женат		разведен		холост		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	9	14,5	15	24,2	15	24,2	23	37,1	62	100
мужчины	4	6,8	21	35,6	13	22,0	21	35,6	59	100
всего	13	10,7	36	29,8	28	23,1	44	36,4	121	100

Таким образом, отсутствие своей семьи может служить важным фактором суицидального риска. Кроме того, при собеседовании с суицидентами и их родственниками удалось установить, что почти у двух третей лиц, имеющих свою семью (65,3%), отношения в ней характеризовались как неблагополучные и даже конфронтационные, что приводило к частым конфликтным ситуациям.

Таким образом, полученные нами данные показывают значимость факторов отсутствия семьи, а также при её наличии неблагополучных семейных отношений в формировании суицидального поведения.

Изучение состава семей суицидентов (табл. 3.10) показало, что наиболее неблагополучным 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. Достоверно реже ($p < 0,05$) суициденты проживали (в порядке убывания): со своей семьёй и в одиночестве (соответственно 19,8 и 15,7%); ещё более редкими факторами оказались случаи, когда суицидент жил только с детьми и только с супругом (ой) – 10,7 и 9,9%. Полученные данные свидетельствуют о необходимости учёта данной характеристики как предрасполагающего фона, вызывающего высокую степень психологической дезадаптации, способствующую развитию суицидального поведения.

Таблица 3.10

Распределение суицидентов по составу семьи

пол/состав семьи	живет один		живет с родителями		живет с семьей		живет только с детьми		живет только с супругой		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	11	17,7	26	41,9	9	14,5	11	17,7	5	8,1	62	100
мужчины	8	13,6	27	45,8	15	25,4	2	3,4	7	11,9	59	100
всего	19	15,7	53	43,8	24	19,8	13	10,7	12	9,9	121	100

К характеристикам, способствующим неблагоприятному семейному микроклимату, традиционно относится жилищно-бытовая неустроенность. В

нашем исследовании оценка жилищных условий показала, что более половины суицидентов проживали в благополучных жилищных условиях, имея отдельную квартиру (табл. 3.11).

Таблица 3.11

Распределение суицидентов по характеру жилищных условий

пол/жилищные условия	отдельная квартира		проживает у родителей или других родственников		снимает жилплощадь		без определенного места жительства		дом-интернат для престарелых		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	33	53,2	27	43,5	2	3,2	0	0	0	0	62	100
мужчины	31	52,5	25	42,4	1	1,7	1	1,7	1	1,7	59	100
всего	64	52,9	52	43,0	3	2,5	1	0,8	1	0,8	121	100

Вместе с тем, 43% от их общего количества жили у родителей или других родственников, где отношения зачастую носили дисгармоничный характер. Учитывая, что большинство суицидентов находились в совершеннолетнем возрасте, можно предположить, что их проживание с родителями не является благоприятным для психического здоровья фактором.

В качестве дополнительных характеристик семейного статуса были изучены данные семейного анамнеза: оценка психологического микроклимата в детском возрасте, наличие либо отсутствие религиозных убеждений и их проявления.

При анализе данных, характеризующих психологический микроклимат в период детства, оказалось, что у половины суицидентов имели место девиации на этапах раннего воспитания, обусловленные асоциальным 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 показало, что в обследованной группе из 121 человека 97 (80,2%) считали себя верующими и декларировали свои религиозные убеждения (табл. 3.12). При этом среди женщин доля верующих несколько превышала таковую среди мужчин соответственно 83,9 % и 76,3%.

Распределение суицидентов по отношению к религии

пол/отношение к религии	верующие		неверующие		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	52	83,9	10	16,1	62	100
мужчины	45	76,3	14	23,7	59	100
всего	97	80,2	24	19,8	121	100

Однако более существенное значение имеют формы выражения религиозных убеждений [139, 140, 223]. Из табл. 3.13 следует, что лишь немногим более одной четверти суицидентов (26,8%), соблюдали установленные религиозные каноны. Вследствие этого они расценивали свои суицидальные намерения как их нарушения и, признавая это, сообщали о борьбе мотивов и внутреннем понимании «греховности деяния» и «религиозного запрета на суицид». В большей степени такое отношение было более свойственно верующим женщинам. 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 (31,1 и 17,3%). Отдельно следует отметить, что около половины всех суицидентов заявили о «веровании в душе». В принципе это достаточно распространённый вариант религиозности, но, не будучи ориентированным на религиозные основы, он, возможно, теряет свою антисуицидальную направленность. Исходя из вышеизложенного, можно прийти к заключению о том, что верование, хотя и может быть отнесено к протективным факторам, но зависит и от наличия либо отсутствия других факторов суицидального риска.

Таблица 3.13

Распределение суицидентов по формам выражения религиозных убеждений

пол/формы выражения религиозных убеждений	верование "в душе"		обращение к религии лишь в жизненных критических ситуациях		соблюдение установленных религиозных отправлений		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
	женщины	27	51,9	9	17,3	16	30,8	52
мужчины	21	46,7	14	31,1	10	22,2	45	100
всего	48	49,5	23	23,7	26	26,8	97	100

Таким образом, к социодемографическим характеристикам, лиц совершивших суицидальную попытку, можно отнести: молодой и зрелый (21-40 лет) возраст; отсутствие профессиональной занятости, у работающих лиц - выполнение обязанностей младшего и среднего персонала, нахождение на пенсии вследствие психического заболевания, одиночество вследствие отсутствия или утраты собственной семьи, совместное проживание взрослых детей со своими родителями.

3.3. Интенционные характеристики

Под интенционными характеристиками суицидального поведения традиционно понимаются параметры, описывающие его непосредственные проявления на разных этапах развития (кратность настоящей попытки, её цель (мотивы); способ, время, место, сезон, месяц и день совершения; наличие либо отсутствие алкогольного опьянения и ряд других).

В нашем исследовании при изучении цели совершения суицидальной попытки нами использовалась классификация А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко (1980). Согласно используемым критериям, цель попытки удалось выявить более чем у 90% суицидентов (табл. 3.14).

Установлено, что преобладающими целями в общей группе суицидентов явились «наказание» и «избегание» (24,8 и 23,1% соответственно). Достоверно реже ($p < 0,05$) встречаются «протест» – 18,2%, «отказ» – 13,2% и «призыв» – 12,4%. Не удалось выяснить цель совершения попытки у 8,3% суицидентов. В

половом отношении установлено лишь одно достоверное ($p<0,05$) различие: в группе

Таблица 3.14

Основные цели реализации суицидальных намерений

	протест		призыв		избегание		наказание		отказ		не удается установить		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%								
	женщины	10	16,1	11	17,7	15	24,194	15	24,2	7	11,29	4	6,5	62
мужчины	12	20,3	4	6,8	13	22,0	15	25,4	9	15,3	6	10,2	59	100
всего	22	18,2	15	12,4	28	23,1	30	24,8	16	13,2	10	8,3	121	100

женщин по сравнению с мужчинами в 2,6 раза больше доля лиц, совершивших попытку с целью «призыва» (соответственно 17,7 и 6,8%). Это свидетельствует о большей представленности у женщин «призыва обратить внимание на себя и свои проблемы», так называемого «крика о помощи».

Переходя к описанию способов совершения суицидальной попытки, следует отметить, что по данным литературы, более половины всех случаев приходится на самоотравления (преимущественно психотропными препаратами - транквилизаторами, антидепрессантами, нейролептиками), достоверно реже встречаются самоповреждения 20-30%) и значительно реже – другие способы суицидальных действий (самоповешение, утопление, прыжок с высоты и пр.) – 0-10% случаев (M.F Gliatto, A.K Rai, 1999; Arsenault-Lapierre, С.Ким, G.Turecki, 2004; Б.С.Положий, Е.А., Панченко 2003).

В проведённом нами исследовании 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% (табл. 3.15). Достоверно меньше ($p<0,05$) доли других способов: самоповешение – 5%, падение под движущийся транспорт и нанесение колото-рубленых ран – по 4,1%, попытка утопления – 1,7%, прочие способы – 5% случаев.

Распределение суицидентов по способу суицида

пол/способ суицида	падение под движущийся транспорт		падение с высоты		самопорезы		самоотравлен ие		самоповешен ие		прочие		колодо- рубленные раны		самоутоплени е		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	3	4,8	19	30,6	9	14,5	25	40,3	1	1,6	3	4,8	1	1,6	1	1,6	62	100
мужчины	2	3,4	17	28,8	15	25,4	12	20,3	5	8,5	3	5,1	4	6,8	1	1,7	59	100
всего	5	4,1	36	29,8	24	19,8	37	30,6	6	5,0	6	5,0	5	4,1	2	1,7	121	100

Таким образом, структура 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. Подобных сведений в литературе нам не встречалось. В целом, структура способов совершения суицидальных попыток, в сравнении с традиционно приводимой в литературе, отличается большей долей способов, опасных для жизни.

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 (табл. 3.16). Выявленная закономерность в равной степени характерна как для мужчин, так и для женщин. Повторность попытки имеет важное прогностическое значение при оценке риска формирования суицидальных намерений в будущем и значимым фактором прогноза повторных суицидальных действий.

По нашему мнению, 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 сохранившейся актуальностью суицидального конфликта.

Таблица 3.16

Распределение суицидентов по кратности суицидальных попыток

пол/предшествовавшие данному суициду попытки	были		не было		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	28	45,2	34	54,8	62	100
мужчины	27	45,8	32	54,2	59	100
всего	55	45,5	66	54,5	121	100

Изучение лиц с повторными суицидальными попытками показало, что способ их совершения в большинстве случаев (63,6%) совпадает с предыдущим (табл. 3.17). Это свидетельствует о преобладании механизма «клише» в реализации суицидальных намерений при повторных, в т.ч. многократных попытках.

Таблица 3.17

Распределение суицидентов с повторными попытками по способу предшествующего суицида

пол/способ предшествующего суицида	аналогичный данному		отличный от данного		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	17	60,7	11	39,3	28	100
мужчины	18	66,7	9	33,3	27	100
всего	35	63,6	20	36,4	55	100

Следующим интенционным фактором является место совершения суицидальной попытки. Из литературы известно, что суицидальные действия чаще совершаются в безлюдных местах, правда в большей степени это относится к завершённым суицидам. В нашем исследовании подавляющее большинство суицидальных попыток (86,8%) были совершены в своей квартире, либо собственном доме (табл. 3.18). 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 (по 1,7%) – в безлюдном месте и в чужой квартире – по 1,7% случаев. Полученные данные характерны и для мужчин, и для женщин.

Таблица 3.18

Распределение суицидентов по месту совершения суицида

пол/место совершения суицида	безлюдное место		общественное место		своя квартира		чужая квартира		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	1	1,6	5	8,1	54	87,1	2	3,2	62	100
мужчины	1	1,7	7	11,9	51	86,4	0	0	59	100
всего	2	1,7	12	9,9	105	86,8	2	1,7	121	100

Таким образом, можно констатировать, что абсолютное большинство покушений на самоубийство совершается по месту жительства суицидентов. Малая доля попыток, совершенных в безлюдных местах свидетельствует о том, что значительное число суицидентов не имело истинных намерений покончить с собой.

Существующие в литературе сведения о связи суицидальных попыток с сезоном их совершения достаточно противоречивы. Вместе с тем, большинство авторов указывают на то, что максимальное количество попыток приходится на летние месяцы, а минимальное – на зимние. Осенние и весенние месяцы занимают промежуточное положение. Такая цикличность трактуется исследователями как следствие действия высоких температур летом и «традиционных» сезонных обострений психических заболеваний весной и осенью.

Наше исследование показало определённые особенности сезонности совершения суицидальных попыток (табл. 3.19). Так, их наибольшее количество совершается летом и зимой (соответственно – 28,9 и 27,3% случаев), а несколько меньшее – приходится на весну и осень (22 и 18,6%). При этом следует отметить наличие определённых гендерных различий. Так, мужчины наиболее часто совершали суицидальные попытки зимой - 33,9% всех случаев, а далее в порядке убывания следовали лето, весна, осень. У женщин преобладающим сезоном совершения попыток явилось лето – 32,3%, а наименьшее – зима (21%). Трактовка выявленных особенностей затруднительна и требует дальнейшего наблюдения и анализа.

Таблица 3.19

Распределение суицидентов по сезону совершения попытки

пол/сезон совершения суицида	весна		зима		лето		осень		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	15	24,2	13	21,0	20	32,3	14	22,6	62	100
мужчины	13	22,0	20	33,9	15	25,4	11	18,6	59	100
всего	28	23,1	33	27,3	35	28,9	25	20,7	121	100

В качестве наиболее частого фактора, способствующего реализации суицидального намерения, большинство исследователей рассматривают употребление алкоголя или наркотических средств. В нашей выборке около половины суицидентов (44,6%) находились в момент совершения попытки в состоянии алкогольного, а ещё 5% - наркотического опьянения (табл.3.20). При этом в большинстве случаев речь не шла о регулярном употреблении указанных веществ. Большинство обследованных мотивировали приём спиртного или наркотического вещества необходимостью преодолеть внутреннюю неуверенность, тревогу, облегчить принятие и реализацию решения. В ряде случаев алкоголь являлся частью суицидального плана как средство потенцирования действия препаратов, принятых с целью самоотравления.

Таблица 3.20

Распределение суицидентов по наличию алкогольного или наркотического опьянения на момент совершения попытки

пол/дополнительные факторы	алкогольное опьянение (абстиненция)		наркотическое опьянение (абстиненция)		не было		всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
женщины	18	29,0	3	4,8	41	66,1	62	100
мужчины	36	61,0	3	5,1	20	33,9	59	100
всего	54	44,6	6	5,0	61	50,4	121	100

Мужчины-суициденты, по сравнению с женщинами, достоверно чаще находились в состоянии алкогольного опьянения – соответственно 61 и 29% ($p < 0,05$). В свою очередь, женщины достоверно реже ($p < 0,05$) использовали алкоголь и наркотики – соответственно 33,9% против 66,1% у мужчин. Однако несомненно, что алкоголь и наркотические средства являются частым фактором, способствующим реализации суицидальных намерений, особенно у мужчин.

Подводя итог приведённым в главе данным, можно прийти к заключению о наличии определённых социодемографических особенностей лиц, совершивших покушение на самоубийство. Говоря о состоянии их психического здоровья, в первую очередь следует сказать, что у всех суицидентов, обследованных психиатрической бригадой Скорой медицинской помощи, выявлены те или иные психические расстройства. С одной стороны, это подтверждает современные научные сведения о том, что доля лиц с психической патологией среди суицидентов достигает 90-95%.

С другой стороны, по нашему опыту, суициденты без психических расстройств (а также их родственники) практически не обращаются в Скорую медицинскую помощь, учитывая благополучный (нелетальный) исход попытки. При клинко-психопатологическом исследовании суицидентов в остром постсуицидальном периоде выявлены различные типы динамической взаимосвязи между нарушениями разной синдромальной структуры и характеристиками попытки. Выявлена зависимость между типом постсуицида, ведущим психопатологическим синдромом и риском повторных суицидальных действий.

Установлена клинко-нозологическая структура психических расстройств у лиц, совершивших покушение на самоубийство, где более двух третей всех случаев занимают шизофрения и депрессивные расстройства. Описаны интенционные характеристики суицидальных попыток, дающие представление о наиболее распространённых при этой форме суицидального поведения мотивациях, способах и иных характеристиках суицидальных действий. Обращает на себя внимание, что почти у половины суицидентов изучаемые попытки были повторными.

Таким образом, анализ представленных данных показывает, что Скорая суицидологическая помощь способна внести значимый вклад в оценку психического состояния пациентов и принятия адекватных мер, способствующих быстрейшему купированию суицидальной активности и профилактике повторных суицидальных действий.

Глава 4

КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Для определения уровня суицидального риска и поиска дифференцированных подходов к стратегиям оказания скорой помощи лицам, совершившим суицидальные попытки, нами были разработана клинико-феноменологическая типология, в основу которой положен вектор мотивации, приводящий к формированию суицидальных намерений и их реализации.

На этой основе нами выделены клинико-феноменологические типы, где центральным звеном выступает собственно попытка, реализующаяся в роли деструктивной проективной реакции как способа адаптации. В зависимости от выделенных типологических категорий и клинико-психопатологических проявлений психических расстройств, в структуре которых сформировалось суицидальное поведение, цель и скорость реализации суицидальных намерений оказались весьма различными.

Структура клинико-феноменологических типов суицидального поведения является следующей:

1. Суицидальное поведение с экзопроективным (реактивно-адаптивным) вектором мотивации суицида;
2. Суицидальное поведение с интрапроективным (личностно-адаптивным) вектором мотивации суицида;
3. Суицидальное поведение с метапроективным (процессуальным) вектором мотивации суицида.

В исследованной группе суицидентов эти типы были представлены в сопоставимом процентном соотношении (рис.4.1)

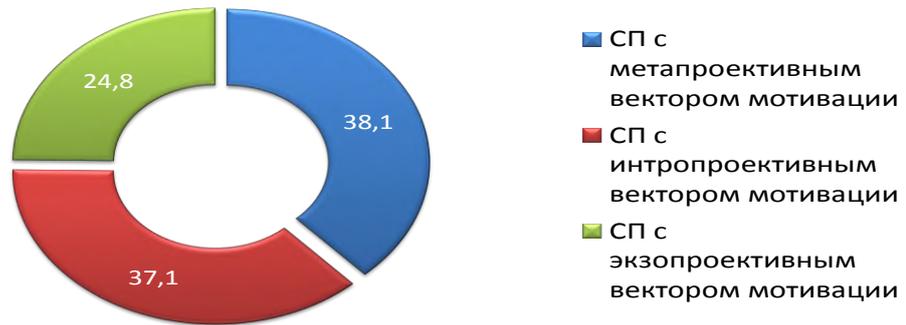


Рис. 4.1. Структура клинико-феноменологических типов суицидального поведения

Тип I - суицидальное поведение с экзопроективным (реактивно-адаптивным) вектором мотивации суицида.

Сущность формирования суицидального поведения при данном клинико-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 клинико-феноменологический тип выявлен у 30 пациентов (9 мужчин и 21 женщина) в рамках следующих диагностических категорий: депрессивная реакция как следствие острого стресса, посттравматическое стрессовое расстройство, дистимия, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, расстройство адаптации (кратковременная, пролонгированная, смешанная тревожная и депрессивная реакции), шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, текущий эпизод депрессии, рекуррентное депрессивное расстройство, органическое психическое расстройство, психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.

Формирование данного типа происходит достаточно быстро (в течение 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 личностно-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 катастроф; диагностирование тяжёлого заболевания и т.п.

На начальном этапе наблюдаются отрицание возникшей реальности, декларирование больным её неприятия, выраженные острые эмоциональные реакции (гнев, страх, тревога), нередко тяжёлые соматические дисфункции. В этих условиях суицид субъективно представляется больному освобождением от невыносимой психической боли, «избеганием», способом воссоединения с тем, кто был значим и важен (в случаях смерти близкого человека, реже рассматривается как «наказание» за мнимые или реальные проступки, допущенные по отношению к нему). Быстрота реализации суицидальной попытки и выбор способа обуславливается разнообразным сочетанием индивидуально-личностных и ситуационных факторов, создающих большой диапазон наблюдаемых вариантов.

Депрессивное состояние, характеризуется тяжёлыми и мучительными эмоциями и переживаниями – тревогой, тоской, отчаянием. Больные описывают «изменённость» окружающего, замедление течения времени. Решающую роль при возникновении этого типа играют глубина переживаемого конфликта, его личностная значимость, истинное содержание, психологический склад личности. Пресуицидальный период заканчивается суицидальным актом, отличающимся аффективной охваченностью, реже – эмоциональной опустошенностью и безразличием к происходящему.

Этот же тип встречается при суицидальном поведении, возникающим в ответ на выявление тяжёлого соматического заболевания, в том числе, болезни с перспективой утраты жизненно важных функций (слепота, глухота). Здесь

быстрота реализации суицидальных намерений несколько меньше. Чаще всего это наблюдается при постановке таких диагнозов, как рак, рассеянный склероз, СПИД, последствия тяжёлой травмы спинного мозга. После острой шоковой реакции больные переживают состояние «осознания», исключительности своего заболевания. Частота депрессий, а соответственно и суицидальный риск, повышаются в процессе нарастания тяжести соматического заболевания. Возможен парадоксальный суицид, т.е. реализация суицидального намерения в период кажущегося облегчения состояния. Наиболее частый способ суицидальной попытки у этих пациентов — самоотравление.

При формировании суицидального поведения у пациентов с алкогольной и/или наркотической зависимостью существенную роль играют невозможность удовлетворить потребность в психоактивном веществе, глубина психопатизации, частота и выраженность абстинентного синдрома.

Чаще суицид совершается по типу следовой реакции. Интоксикация усугубляет психический дискомфорт, потенцирует чувства вины и безысходности, способствует возникновению конфликтной ситуации с окружающими, что приводит к аутоагрессии. Пик суицидальных попыток среди больных с алкогольной зависимостью приходится на возраст 25–45 лет. При этой форме патологии, помимо истинных суицидальных попыток, возможны и демонстративно–шантажные. Истинные суицидальные попытки чаще совершаются в состоянии абстиненции. Суицидальную готовность потенцируют также конфликтные ситуации в семье и на работе (часто потеря того и другого), проблемы со здоровьем (особенно сексуальные), с законом. Истинные суицидальные попытки совершаются этими больными чаще ночью или ранним утром путём повешения. Демонстративно–шантажные суицидальные действия совершаются в присутствии посторонних и чаще всего бывают незавершёнными. В данном случае попытка характеризуется отсутствием истинного намерения умереть, «протестом» с демонстрацией решения лишиться себя жизни с целью изменения текущей ситуации в свою пользу. Такие действия возникают чаще всего в ответ на конфликт в сфере межличностных отношений.

При алкогольных и наркотических психозах суицидальные действия обусловлены собственно психотическим состоянием пациента и коррелируют с характером императивных слуховых галлюцинаций, зрительными обманами восприятия, фабулой бредовых переживаний и степенью их аффективной насыщенности и относятся к другому клинико-феноменологическому профилю, который будет описан далее.

Клиническое наблюдение 1.

Больная Х., 1933 г.р., 74 года.

Анамнез (со слов больного, родственников, и по данным медицинской документации):

Наследственность:

Отец 1900 г.р., имел неоконченное высшее экономическое образование. Работал заведующим курсами повышения квалификации. В общении легко находил контакт с людьми, умел отстаивать свою позицию. Болел язвенной болезнью желудка, колитами. Нарушений памяти в позднем возрасте не отмечалось. Умер в возрасте 89 лет.

Мать 1906 г.р., работала старшим научным сотрудником в институте антибиотиков. По характеру добрая, отзывчивая, много времени уделяла воспитанию детей. Всегда много работала, могла добиться поставленной цели. Умерла в возрасте 57 лет от онкологического заболевания лёгких.

Сестра 1937 г.р. имеет высшее медицинское образование, работала на проектной работе. В настоящее время проживает в США вместе со своей дочерью. По характеру спокойная, уравновешенная.

Дочь 1958 г.р. окончила школу с золотой медалью, имеет высшее техническое образование. После окончания института работала преподавателем на одной из кафедр института. В 1995 году защитила кандидатскую диссертацию. В настоящее время проживает отдельно от родителей в гражданском браке. По характеру активная, общительная, эмоционально неустойчивая, но на службе с людьми держится холодно, по-деловому. Страдает язвенной болезнью желудка.

Сын 1962 г.р., также имеет высшее (строительное) образование. По характеру активный, настойчивый. Работал в различных КБ. С 1995 года вместе с семьёй живёт в США. Имеет сына.

Больная родилась в 1933 году в Москве от нормально протекавшей беременности. Росла и воспитывалась в основном под опекой матери. Ещё до школы научилась хорошо читать и писать. В школу пошла с 7 лет. В 8 летнем возрасте уехала в эвакуацию в Алма-Ату, где продолжала посещать школу. Во время эвакуации часто голодала, но продолжала прилежно учиться, успевала в основном на отлично, выполняла общественную нагрузку – была старостой класса. Дома пыталась помогать матери по хозяйству. По характеру была общительной, тревожной, мнительной, отличалась повышенным чувством ответственности и долга. Из эвакуации вернулась в 1943-44 годах (10-11 лет) физически истощённой, ослабленной. Перенесла в этот период туберкулёз. Лечение получала амбулаторно, в реабилитационный период ездила с другими выздоравливающими детьми в Артек. Учёбу не оставляла, успеваемость не снижалась. Окончила школу с серебряной медалью и поступила в 1 медицинский институт. В институте училась отлично, среди студентов пользовалась авторитетом, но к лидерству не стремилась. На пятом курсе вышла замуж по любви. В возрасте 23 года, во время медосмотра гинеколога узнала, что у неё, возможно, никогда не будет детей. Испытала сильное нервное потрясение, была подавлена, стал плохим сон, снизился аппетит; идя по улице и увидев маленьких детей, могла расплакаться. Несмотря на это, учёбу не бросала, снижение успеваемости не отмечалось, окончила институт с отличием. По поводу выявленных гинекологических проблем проходила специальный курс лечения с положительным эффектом. К врачам по поводу сниженного настроения не обращалась, в течение 3-4 месяцев фон настроения постепенно выравнился, нормализовались сон и аппетит. В возрасте 25 лет у больной был заподозрен острый лейкоз (были обнаружены увеличенные лимфоузлы). Узнав о диагнозе, сильно испугалась, стала беспокойной, нарушился сон, снизился аппетит, за месяц похудела на несколько килограммов. Находилась на лечении в

онкологической клинике, где после обследования, диагноз злокачественного заболевания не подтвердился. Состояние было расценено, как последствия перенесённого туберкулёза и назначена необходимая терапия. В этот период (25 лет) больная забеременела. Первоначально планировала сделать аборт, но по рекомендации врачей сохранила беременность. Однако весь период беременности оставалась тревожной, опасалась, что проводимая терапия против туберкулёза может навредить ребёнку. Постоянно обращалась к разным врачам, делала различные анализы, чтобы удостовериться, что беременность протекает без патологии. Роды прошли без осложнений, но в роддоме была задержана из-за развившегося мастита. В этот период у больной тревога усилилась, снизилось настроение, стала плаксивой, капризной – приезжавшему мужу высказывала много претензий, раздражалась по малейшему поводу. После выписки из роддома настроение оставалось пониженным, сохранялась раздражительность, во время разговора была эмоционально несдержанна: могла неожиданно расплакаться или наругать. В течение года находилась в отпуске по уходу за ребёнком, за это время фон настроения несколько улучшился, прошли тревога и раздражительность, но сохранялась эмоциональная неустойчивость. Со слов мужа, в общении больная оставалась легко ранимой, обидчивой. В возрасте 26 лет вышла на работу, где первое время работала участковым терапевтом, но затем через месяц перевелась на должность врача-лаборанта, так как работать терапевтом не смогла из-за «сильного эмоционального сопереживания больным». Так, приходя домой, долго не могла «переключиться» на семью, постоянно вспоминала больных, их жалобы, испытывала к ним чувство жалости, временами могла расплакаться. По словам мужа, после перехода на должность врача-лаборанта, состояние больной выровнялось в течение месяца: стала активной, общительной, полностью прошли раздражительность и обидчивость, вновь стала много времени уделять семье, воспитанию ребёнка. В возрасте 29 лет во время повторной беременности, больная узнала, что её мать больна раком лёгких, и что заболевание находится на четвертой стадии. Настроение снизилось, много плакала, замкнулась в себе, появилась раздражительность, снизился аппетит.

Последние две недели беременности находилась на сохранении в роддоме. Была консультирована психиатром. Роды прошли без осложнений. Вскоре после родов больная перенесла смерть матери. Много плакала, ни с кем не хотела разговаривать, часами сидела одна, плохо ела, нарушился сон – с трудом засыпала, сон был поверхностный, с пробуждениями, проснувшись, начинала плакать. В то же время продолжала ухаживать за грудным ребёнком, кормила его грудью. К психиатрам решила не обращаться, так как опасалась назначения психотропных препаратов в период кормления ребёнка грудью. Со слов больной «все это время отдавала себя ребёнку». Период сниженного настроения, вызванного переживанием утраты, продолжался около 6 месяцев. В дальнейшем фон настроения постепенно выровнялся, нормализовались сон и аппетит, больная стала более общительной, прошли апатия, слезливость, восстановилась активность. На работу больная вышла через год после родов, со своими обязанностями справлялась в полном объёме, с коллегами общалась в основном только на профессиональные темы, однако, считала, что в общении стала несдержанной – легко вступала в ссоры, конфликтовала. От предложения перейти на должность начальника лаборатории отказалась, так как опасалась «излишней ответственности». В то же время, со слов мужа, дома оставалась заботливой, много занималась с детьми, вела домашнее хозяйство, в общении с мужем ссор не возникало. В возрасте 47 лет у пациентки на фоне начавшегося климакса (месячный цикл стал нерегулярным) впервые возникли приступы мерцательной аритмии с повышением АД (180-160/120-90 мм. ртутного столба). По этому поводу несколько раз стационарировалась в терапевтический стационар на обследование и подбор терапии, а после выписки наблюдалась у районного терапевта. В возрасте 52 лет узнала, что сын вместе со своей семьёй уезжает жить в Америку. Возникли тревожные мысли и опасения за его судьбу, настроение снизилось, появилась плаксивость, снизился аппетит (больная похудела на несколько килограммов), нарушился сон. Находилась на лечении 1,5 месяца в отделении вегетососудистых заболеваний, получала лечение amitriptilinum, sonapaksum. На фоне проводимого лечения состояние больной улучшилось:

выровнялось настроение, восстановились аппетит и сон. Сразу приступила к работе. Продолжала регулярно наблюдаться у терапевта по поводу сохраняющихся гипертонии и мерцательной аритмии (ежегодно планово стационарировалась в терапевтические отделения различных больниц). Психическое состояние оставалось стабильным в течение 19 лет. В этот период времени продолжала работать до 60 лет, после чего вышла на пенсию, одновременно оформив II группу инвалидности по соматическому заболеванию (гипертония), ежегодно ездила с мужем к сыну в гости. В одну из поездок вместе с мужем подали заявку в консульство США на постоянное место жительства. В возрасте 71 года после получения разрешения вместе с мужем переехала жить в США. Смену места жительства и обстановки перенесла тяжело. Несмотря на то, что проживали с мужем в отдельной комнате общежития в среде русскоговорящих и ежедневно навещались сыном, испытывала чувство дискомфорта от неуверенности в правильности сделанного выбора. Испытывала тоску по дочери, которая осталась в Москве, скучала по оставленным знакомым, друзьям. От таких мыслей не могла отвлечься, снизился фон настроения, появились мысли о своём возможном одиночестве («если умрёт муж»), образно представляла себе, что «она никому не будет нужна», чувствовала жалость к себе, стала раздражительной, плаксивой, нарушился сон. На этом фоне участились приступы мерцательной аритмии. Вернулась в Москву, чтобы навестить дочь и пройти дополнительное обследование. После обращения к психиатру амбулаторно принимала назначенные им препараты (миртазапин). Настроение несколько улучшилось, уменьшилась апатия, стала более общительной, выполняла небольшой объем работ по хозяйству. Но в беседах с мужем продолжала предъявлять жалобы на колебания настроения в течение суток, говорила что стала «обузой» для родственников. В дальнейшем, несмотря на приём психотропной терапии, состояние больной на протяжении нескольких месяцев существенно не менялось. В возрасте 72 лет больная с суицидальной целью приняла десять таблеток клофелина, попытка была остановлена мужем. Была вызвана бригада СМП.

Динамическое наблюдение. В течение месяца пребывания в психиатрическом стационаре принимала поддерживающую терапию: эглонил 200 мг/сут, лорафен 1,875 мг/сут, ремерон 30 мг/сут, паксил 40 мг/сут, циклодол 4 мг/сут, донормил 15 мг/сут, токоферол 600 мг/сут, пантогам 750 мг/сут. После выписки из клиники больная чувствовала себя неплохо, но ежедневно вспоминала о перенесённом депрессивном состоянии, возникали тревожные мысли о возможном возврате болезни. Занималась повседневными делами, помогала мужу, охотно согласилась на перелёт в США к сыну. К настоящему моменту фон настроения ровный. Посещает курс английского языка. Остаётся активной, общительной. Ночью спит хорошо, утром после пробуждения чувствует себя отдохнувшей. Активных жалоб нет. Раскаивается в совершении попытки, сожалеет о случившемся.

Анализ наблюдения. Больная, характеризующаяся в преморбиде тревожными чертами, в течение жизни три раза амбулаторно перенесла психогенные депрессивные эпизоды. В возрасте 23 лет и 25 лет психогенные реакции были по типу нозогений – в первом случае в связи с угрозой бесплодия, во втором – развития острого лейкоза. Третий амбулаторный депрессивный эпизод в возрасте 29 лет развился в ситуации тяжёлой болезни матери и её утраты. Все эти состояния характеризовались общими чертами: тревогой, подавленностью, плохим аппетитом, фиксацией на содержании психогений. Их продолжительность составляла от 3 до 10 месяцев, и полностью завершались без медицинского вмешательства. Четвёртый депрессивный эпизод возник в возрасте 52 лет в ситуации психогенной травмы, связанной с неожиданным отъездом сына на постоянное место жительства в США. Клинически проявлялся подавленным фоном настроения, тревогой и чувством страха за судьбу сына. В этот период получала психофармакологическую терапию amitriptином и сонaпаксом с положительным эффектом. Наступившая полная ремиссия длилась 19 лет.

Рецидив заболевания возник в возрасте 71 года в ситуации дезадаптации, вызванной сменой места жительства (переезд в США). Развилось чувство тоски по оставленной дочери, сомнения в правильности сделанного выбора. Это

сопровождалось ощущением общей тревожности, идеями бесперспективности, страха за будущее, нарушениями аппетита и сна, идеями виновности перед близкими, завершившееся реализацией суицидальной попытки. Постсуицидальный период – критический, период последующего наблюдения состояние больной квалифицировалось как ремиссия, сопровождающаяся относительно устойчивым настроением и сохраняющимися трудностями адаптации.

Таким образом, заболевание развилось у личности психастенического круга с истерическими чертами, склонности реактивным аффективным реакциям, с сохранением симбиотической привязанностью к близким и избирательностью общения. После перенесённых психогенных аффективных депрессий наблюдалась длительная и стойкая интермиссия с хорошей социальной компенсацией личности и профессиональным ростом. Однако сохранялась сниженная резистентность к действию факторов внешней среды, проявляющаяся в возникновение кратковременных эпизодов сниженного настроения при отсутствии при этом продуктивных психопатологических расстройств, а также нарушений в эмоционально-волевой и мыслительной сферах. Личность больного сохраняет присущие ей черты.

На основании психического состояния в период совершения покушения на самоубийство и после него (постсуицидальный период), а также характера выхода из болезненного состояния можно прийти к следующему заключению: Рекуррентное депрессивное расстройство у личности психастенического круга, психогенно спровоцированная тревожная депрессия, состояние после суицидальной попытки.

Тип II- суицидальное поведение с интрапроективным (личностно-адаптивным) вектором мотивации суицида.

Клинические случаи, когда декларируемая больными побудительная к суициду причина была обусловлена его личными внутренними установками, мировоззрением, были отнесены ко второму клинико-феноменологическому типу суицидального поведения.

Данная группа была представлена 45 пациентами (29 мужчин и 16 женщин), у которых суицидальное поведение формировалось в рамках расстройства личности (декомпенсация), депрессивного эпизода различной степени тяжести, текущего эпизода депрессии, рекуррентного депрессивного расстройства, биполярного аффективного расстройства, шизофрении, шизотипического и шизоаффективного расстройств.

В данной группе больных речь шла преимущественно 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. Характерными особенностями их поведения становятся замкнутость, стремление к уединению вплоть до полной изоляции, утрата интереса к окружающему. Человек как бы отделяется психологическим барьером от других людей, будучи полностью поглощённым своим «Я» и своими мучительными переживаниями. Временной отрезок от начала формирования суицидального намерения до его реализации достаточно продолжителен. Жизнь начинает восприниматься как тягостная обязанность и только ретроспективно. На фоне выраженной обострённой борьбы мотивов, отражённой в переживаниях негативной модальности, возникают нестойкие, довольно диффузные мысли о невыносимости существования. Разработка собственного мировоззрения и принятие его как единственно верного формирует сферу кризисных оценок, которые переносятся на более обобщённый уровень, принимая форму мировоззренческой рефлексии. Появляется ощущение внутренней пустоты и бессмысленности существования, нарастает социальная дезадаптация.

Утрата смысла жизни и, конечном итоге, «отказ» от неё, становится основной мотивацией в формировании суицидального поведения. Углубляющиеся размышления о смысле жизни, неоднозначности человеческого существования буквально овладевают пациентом. Жизнь воспринимается только ретроспективно, попытки найти утешение в воспоминаниях о «прошлой жизни», как правило, усиливают контраст между прошлым и настоящим и отягощают

восприятие реальности. Глубина и интенсивность экзистенциальных мотивов приводят к истинным суицидальным попыткам, носящим своеобразный философско-религиозный, мировоззренческий характер. Реализации суицидальных намерений способствует дополнительная ситуационная психотравматизация. Нередко перед совершением суицидальной попытки отмечаются фрагментарное восприятие окружающего, снижение реакции на внешние раздражители, эмоциональная заторможенность, неадекватные действия и высказывания.

Встречаются и другие формы проявления поведенческой активности: агрессивность, иногда суетливость, двигательное возбуждение, беспричинная весёлость. С большим постоянством у пациентов отмечались расстройства сна, разнообразные вегетативные нарушения, повышенная утомляемость, вялость, чувство бессилия и т.п.

В отличие от предыдущего типа, больные данной группы характеризуются устойчивостью суицидального поведения и предварительной проработкой попытки.

Близким по динамике и реализации суицидального намерения были и проявления суицидального поведения на фоне устойчивого убеждения пациента в наличии у него физического недостатка или уродства (дисморфомания). На фоне стойкого присутствия болезненной убеждённости в наличии воображаемого или реального, но преувеличенного либо искажённого физического дефекта, приобретающей сверхценный или бредовой характер, постепенно формируется мотивация суицидального поведения - убеждённость в наличии несовместимой с жизнью физической аномалии, её неустранимости и тотальности. При наличии суицидоопасных личностных черт оказывается достаточно незначительной психической травмы, чтобы перейти к реализации суицидального намерения.

Без сомнения к клинико-феноменологическому типу с интрапротективным вектором мотивации следует отнести и попытки на фоне протрагированных депрессивных расстройств. Здесь мотивами становятся чувство вины, никчемности, убеждённость в совершении тяжких проступков и грехов,

безвыходность, невозможность получения помощи. Больной принимает решение о самоубийстве на основании интенсивных идей самообвинения, чувства безнадежности и одиночества. Формирование суицидального поведения длится в среднем 4 - 12 месяцев по мере нарастания депрессивной симптоматики, сгущения и систематизации конгруэнтных аффекту бредовых идей.

При данном клинико-феноменологическом типе основными мотивациями являются сознательное лишение себя жизни с целью «наказания» или «избавления», тщательность разработки плана реализации намерений. В этой группе наиболее высока вероятность летальных исходов. В ряде случаев перед попыткой самоубийства оставляют предсмертные записки (примерно в четверти случаев). В оставленных записках обычно звучат слова самообвинения и содержатся просьбы о прощении. В случае незавершённой попытки в постсуицидальный период некоторое время может наблюдаться протрагированное латентное сохранение суицидальных мыслей и намерений. При этом в косвенной форме высказывается сожаление о сохранении жизни, об утрате её ценности, пассивное «согласие на смерть».

Клиническое наблюдение 2.

Больной Ш, 1985 г.р.

Анамнез (со слов пациента, его родственников, и по данным меддокументации):

Наследственность:

Линия матери:

Бабушка – 68 лет, работала завучем в школе, по характеру властная, склонная к вспыльчивости и раздражительности, часто конфликтовала с мужем, считая, что он недостаточно ей уделяет внимания. В тоже время была общительной, имела много подруг, была «душой компании», любила петь, играла на гитаре, следовала новинкам моды.

Дед – умер в 50 лет от сердечной недостаточности, работал капитаном на подводной лодке, по характеру был целеустремленным, властным, в тоже время мечтательным, ранимым, в свободное время вырезал фигурки из дерева.

Мать – 45 лет, по характеру активная, целеустремлённая, общительная. После школы закончила ГИТИС, длительное время работала в театре актрисой, однако после развода с мужем оказавшись в затруднительном материальном положении, без сожаления сменила профессию, устроившись в автомобильный бизнес, в настоящее время занимает руководящий пост, обеспечивает не только собственную семью, но и помогает матери, семье сестры. На приёме подробно рассказывает о состоянии сына, при этом часто переключается на воспоминание собственных эпизодов жизни, начинает плакать, театрально заламывает руки, стремясь вызвать сочувствие, склонна к трагедизации.

Линия отца:

Бабушка – 80 лет, работала учительницей, по характеру трудолюбивая, общительная, доброжелательная, сына воспитывала в условиях гиперопеки, часто навязывала ему свою волю, из-за чего нередко возникали конфликты, испытывала выраженную тревогу при его задержках вне дома, до сих пор, если не может до него дозвониться, начинает многократно перезванивать всем знакомым и родственникам.

Дед – погиб на войне, сведений нет.

Отец – 57 лет, работает помощником главного режиссёра в театре. По характеру мечтательный, впечатлительный. С подросткового возраста неоднократно возникали депрессивные состояния с потерей «смысла жизни», учился в нескольких ВУЗах, так как не мог определиться в выборе профессии. К 25 годам состояние стало стабильным, успешно закончил режиссёрский факультет ГИТИСа.

Суицидент родился от 1-й беременности, протекавшей с угрозой выкидыша и токсикозом в III триместре (отеки ног), родов на 1 неделю позже срока, со стимуляцией, весом 4000 гр., 54 см. При рождении была установлена гидроцефалия, до года наблюдался у невропатолога, принимал финлепсин. В младенчестве днём был тихим, вялым, ночью – беспокойным, крикливым, плохо спал, часто сидел, раскачиваясь на кровати, руками обхватив голову. Ходить начал с 10 мес., первые слова около 1 года, фразовая речь с 1,5 лет. По характеру

рос спокойным, рассуждал «как взрослые», любил играть в кубики, с детства нравились животные, с интересом наблюдал за ними, на улице подбирал бездомных собак, кошек, выхаживал их, активно протестовал, если родители отказывались оставить животное дома, устраивал «истерики» до тех пор, пока они не уступали его просьбам, сейчас имеет 6 домашних животных. Рано научился читать, предпочитал приключенческую литературу и фильмы, любимыми героями были «Индиана Джонс», «Тарзан». Был мечтательным, склонным к фантазированию, любил сочинять различные рассказы приключенческого жанра, рисовать «сюжеты» о вымышленных героях, когда научился писать, излагал свои фантазии и размышления на клочках бумаги. В 3 года был отдан в детский сад, однако не смог адаптироваться, к общению с детьми не стремился, большую часть времени неподвижно стоял у окна, постоянно плакал, в связи с чем через 1,5 месяца родители были вынуждены его забрать. После этого ещё в течение полугода выглядел вялым, по малейшему поводу плакал, отказывался от любимых занятий, не проявлял интереса к животным, однако постепенно состояние нормализовалось, начал выходить на детскую площадку, где общался с несколькими сверстниками, с которыми были общие интересы, вместе ставили пьесы о животных, больших компаний избегал. Из перенесённых заболеваний – детские инфекции, частые ОРВИ, с детского возраста до настоящего времени преимущественно в весеннее время страдает поллинозами, нередко протекающие с отёком Квинки, принимает курсы антигистаминной терапии. В раннем возрасте непродолжительное время боялся темноты, испытывал ужас в темной комнате, казалось, что там «кто-то прячется», однако после того как поделился своими переживаниями с отцом и тот объяснил ему, что это невозможно быстро успокоился и страх прошёл, энуреза не отмечалось. В школу пошёл в 7 лет, успевал хорошо, стремился к высоким результатам, ответственно подходил к выполнению домашнего задания, много тратил времени на подготовку к занятиям. Из предметов предпочитал историю, английский язык, особенно хорошо успевал по литературе, писал одни из лучших сочинений в классе, при этом обладал плохой орфографией, допускал много ошибок. В каждое

воскресенье перед началом учебной недели испытывал волнение, страх, опасался, что не достаточно подготовился, жаловался на боли в животе, ощущение «онемения» конечностей. С одноклассниками поддерживал доброжелательные, но формальные отношения, близких друзей не имел, ощущал себя «белой вороной», при этом нравилось, что отличается от своих сверстников. В свободное время занимался в музыкальной школе на фортепиано, ходил в секцию Тэквандо, любимым увлечением было чтение книг, которые читал «запоем», забыв обо всех делах, особенно нравились исторические, также интересовался различными религиозными конфессиями, размышлял о «смысле жизни», занимался «самоанализом», задавался вопросом «кто он», «для чего живёт». С 13 лет, с одной стороны, стал более активным, общительным, раскрепощённым, появилось больше приятелей, появился интерес к девушкам, с другой, усилились размышления о смысле своего предназначения, преимущественно в весеннее время стали возникать периоды сниженного настроения с ощущением бессмысленности существования, читал Монтеня, Зюскинда, Кафку, Библию. В этих произведениях находил подтверждение «своему настроению», записывая свои размышления в виде пессимистических стихов. Стал считать себя «фаталистом», синтоистом, приверженцем идей «многобожия», к лету состояние стабилизировалось. С 15 лет в такие периоды одновременно начали беспокоить головные боли, головокружение, колебания АД, боли в животе. По настоянию матери был обследован у терапевта, которым установлена вегето-сосудистая дистония. Назначенные лекарства не принимал, прятал в письменный стол, когда матерью таблетки были обнаружены, с вызовом сказал, что «болен не он, а общество». К моменту окончания школы по совету матери, которая категорически была против интересовавшей его театральной и литературной деятельности, устроился на курсы при юридическом факультете Академии им. Плеханова, учился без интереса, однако с лёгкостью выучивал материал, выиграл конкурс, по результатам которого досрочно был зачислен в число студентов.

Настоящее ухудшение с конца февраля 2002 г. когда вновь стойко снизилось настроение с преобладанием тоски, усилением размышлений, говорил

матери, «что он не человек, а тряпка», его «душа пережила тело», живёт «неинтересной жизнью», все казалось одинаковым, неинтересным. На улице знакомился с бомжами, интересуясь их бытом и жизнью, сравнивал их с людьми из «высшего общества». Понял, что любой человек стремится лишь к улучшению собственной жизни и материального блага и нет никакой разницы между людьми. Постоянно задумывался о смерти, писал стихи об «аде», жизнь казалась «серой, пустой», все события оценивал пессимистически, считал, что его судьба «предрешена», постепенно пришёл к выводу, что единственный выход — это самоубийство, обдумывал способы. С апреля состояние ухудшилось, начал готовиться к смерти, написал «завещание» на свои литературные произведения, уходил из дома, возвращаясь ночью, брал из дома вещи, раздавая их нищим. На этом фоне стали возникать «приступы» раздражительности, ярости, во время одного из них принял решение о реализации суицидального намерения и нанёс себе множественные порезы на предплечье. После того как мать обнаружила его, была вызвана бригада СМП.

Динамическое наблюдение: суицидент проходил курс стационарного лечения в ПБ. Получал амитриптилин до 150 мг в/в капельно, флюанксол до 15 мг, циклодол до 6 мг. После выписки сохранялись размышления о смысле существования, однако появились реальные планы, цели, стремление реализовать свои способности в творчестве и юриспруденции, полностью дезактуализировались суицидальные намерения. О своей подготовке к суициду отказывается говорить, лишь сожалеет, что не успел осуществить задуманное. Отмечает, что испытывает удовольствие от фантазий на тему смерти, «упивается тоской», которая «помогает» создавать литературные произведения, с удовольствием декламирует стихи мрачного содержания со сценами собственной смерти. Аккуратно принимал поддерживающую терапию с постепенным снижением дозировок, ПНД не посещает. Окончил Академию им. Плеханова, юридический факультет. В настоящее время начал посещать кружок при Литературном Институте, где познакомился и начал встречаться с девушкой, стал писать рассказы, получившие признание и высокую оценку у специалистов.

Считает себя «здоровым». Настроение характеризует ровным, изменений в самочувствии за прошедший период не отмечает. Сообщает, что ещё окончательно не выбрал свой профессиональный путь, сохраняются размышления о поиске своего «Я» и места в обществе, но без прежнего пессимистического оттенка.

Анализ наблюдения. Больной перенёс атипичную депрессию с преобладанием тоскливо-дисфорического настроения, доминированием сверхценных пессимистических размышлений о бессмысленности собственного и человеческого существования в целом, суицидальными намерениями и аутоагрессивными действиями в виде нанесения порезов на высоте состояния, с незначительно выраженными конверсионными реакциями. Эмоциональная насыщенность, отчётливое формирования пессимистического мировоззрения в период болезненных проявлений, отображение его в стихах и в образе жизни больного, позволяет расценить данное состояние как депрессию по типу «собственно метафизической интоксикации». Формирование сверхценных образований со склонностью к аутистическому фантазированию выявляется у больного с детства, раннее развитие с некоторым интеллектуальным опережением, в кризовые периоды – эпизоды реактивной лабильности с трудностями адаптации, сезонными психосоматическими расстройствами (поллинозы в весеннее время). Личность определяется отчётливыми шизоидными чертами с меньшей выраженностью истерических проявлений в виде конверсионных проявлений и некоторой театральности в манере поведения. В наследственности – преобладание шизоидных и истерических личностей с патохарактерологическими чертами, отец предположительно в юности перенёс метафизическую депрессию. Появление аффективных колебаний, имеющих сезонный характер (преимущественно весеннее время), относится к началу подросткового возраста, когда усиливаются личностные черты, сверхценная активность с поиском философских истин, познанием собственного и человеческого существования, носящая продуктивный характер не только в стабильном состоянии, но и в депрессии. Суицидальные тенденции имеют

отчётливо рациональный характер с отсутствием психологически понятного повода, аутоагрессивные действия предпринимаются импульсивно, с суицидальной целью. В статусе больного обращал на себя внимание сниженное настроение без субъективного чувства отчаяния, приобретающее характер «мировой скорби», отсутствие суточного ритма, нарушений сна и аппетита. Ранний постсуицидальный период можно квалифицировать как суицидально-фиксированный.

Диагноз: Расстройство личности истеро-шизоидного круга с картиной юношеской депрессии по типу «собственно метафизической интоксикации», фаза декомпенсации, состояние после суицидальной попытки.

Тип III- суицидальное поведение с метапроективным (процессуальным) вектором мотивации суицида.

Неоднозначной остаётся категория пациентов с формированием суицидального поведения, вызванного активной психопатологической продукцией. В зависимости от локализации побудительных причин, субъективный вектор мотивации суицида может быть обращён как вовне, так и на самого пациента.

Данный клинико-феноменологический тип был установлен у 46 пациентов (24 мужчин и 22 женщин) суицидентов. Он реализовывался преимущественно при следующих нозологических категориях (по МКБ-10): алкогольная и наркотическая зависимость, шизофрения, шизоаффективное расстройство, органическое психическое расстройство, биполярное аффективное расстройство.

Характеристика этой группы суицидентов отражала отсутствие чувства контроля над своим поведением, поступками, ситуацией; малая разработанность попытки и умеренная вероятность повторных суицидальных действий. Так, галлюцинаторные феномены – обвиняющие «голоса», сообщающие больному о его никчёмности, нецелесообразности продолжения жизни; наличие «второй личности», призывающей больного к совершению суицидальных действий, отличающееся от императивных галлюцинаций, могут быть квалифицированы как внутренние побудительные причины. В то время как существование бреда, в

контексте которого больной воспринимает поведение окружающих, их слова, события как указание на необходимость и неизбежность совершения суицида, можно расценить как «псевдовнешний» фактор мотивации. Развитие суицидального поведения обусловлено психотическими проявлениями, зачастую определяя интенсивность суицидальных намерений и форму их реализации.

Формирующиеся идеи наказания бредового уровня на фоне депрессивного аффекта значительно увеличивают суицидальный риск у этих пациентов. Мысли, определяющие чувство вины, служат мотивом для совершения суицидальных действий. Характерно, что больные полностью принимают, что заслуживают наказания, не протестуют против этого. Для всех психотических состояний с высоким суицидальным риском характерно отсутствие сознания болезненного характера расстройств и существование непоколебимой уверенности в том, что они всегда жили несправедливой жизнью («депрессивная переоценка биографии»).

Основные темы депрессивных бредовых идей содержат в себе готовность к решению уйти из жизни. Однако здесь имеются определённые нюансы, на которые, как правило, обращается недостаточно внимания. Важно, что мотивы, возникающие на фоне психоза, имеют для больного различное смысловое значение. В одних случаях суицидальное намерение становится средством избегания «болезненного, страшного наказания»; ожидания неминуемых мучительных страданий и ужасной гибели при бредовой ипохондрии, или тяжкой нужды при бреде обнищания. В ряде случаев суицид выступает средством самонаказания перед неумолимой судьбой, не оставляющей возможностей для дальнейшего существования. При бреде самоуничтожения, полностью уничтоженного чувства собственной значимости, могут появляться суицидальные тенденции, порождаемые желанием больного освободить близких от своего присутствия. Больные декларируют собственную ничтожность, незначимость, приходят к выводу, что единственное, что они ещё в состоянии сделать – это избавить близких от себя. За такой мотивировкой могут скрываться и перечисленные выше мотивы избегания и самонаказания, которые больные почему-либо не желают обнаруживать. Следует подчеркнуть, что во всех

названных случаях наличествует непоколебимая уверенность в окончательности и безнадежности невыносимой ситуации. В некоторых случаях при бреде преследования или воздействия пациент видит суицид самым благоприятным исходом для спасения от преследователей.

При наличии в структуре психотического состояния кататонических расстройств создаётся предпосылка для реализации внезапного, не имеющего мотивации и психологически необъяснимого суицидального намерения. Суицидальный акт совершается импульсивно, любым способом. Если у пациента в поле зрения оказывается нож, то происходит самопорез, если яд, то отравление, и по подобным сценариям – утопление, повешение, падение с высоты, и т. д. В случае незавершённой суицидальной попытки пациенты остаются равнодушными по отношению к ней, не выказывая ни радости, ни огорчения, а порой вообще не способны объяснить причину своего поступка.

Суицидальные импульсы молниеносны, непредсказуемы, могут повторяться в условиях острого психотического состояния. Обманы восприятия (сценоподобные вербальные и зрительные галлюцинации) создают у пациента представление о безвыходной ситуации, не оставляя иного выбора, кроме покушения на свою жизнь.

Иногда, когда «голоса» «обещают» новую, лучшую жизнь «в другом мире», или «перерождение» в ином более высоком качестве, пациент осуществляет суицид как способ его достижения, что чаще сопряжено с бредовой деперсонализацией.

Клиническое наблюдение 3.

Больной И., 1976 г.р.

Анамнез (со слов пациента, его родственников, и по данным медицинской документации):

Наследственность:

Линия матери:

Бабушка – 76 лет, работала продавцом, в настоящее время на пенсии, подрабатывает уборщицей, по характеру стеничная, но замкнутая, эмоционально холодная по отношению к детям.

Дед – сведений нет, умер в войну.

Мать – 61 год, работала на различных малоквалифицированных должностях. По характеру тревожная, впечатлительная, надолго запоминает просмотренные фильмы, нередко плачет, сочувствует бездомным животным. Основной причиной заболевания сына считает его увлечение чтением, утверждает, что если он станет рабочим, то его «болезнь пройдет».

Линия отца:

Бабушка – умерла в 80 лет от сердечной недостаточности, работала уборщицей, по характеру была спокойная, доброжелательная, трудолюбивая, основное время посвящала воспитанию детей, любила «всем угождать».

Дед – умер в 70 лет от дыхательной недостаточности, работал буровзрывником, по характеру был взрывной, властный, отличался злопамятностью, подозрительностью, часто конфликтовал с соседями, считая, что они выкапывают его растения на огороде, злоупотреблял алкоголем.

Отец – 62 года, служил в инженерно-технических войсках МЧС, был участником ликвидации аварии Чернобыльской АЭС, четыре года назад перенёс операцию по поводу рака желудка, инвалид II группы, работает водителем в частной фирме. По характеру замкнутый, аккуратный, педантичный. После операции изменился по характеру, появились раздражительность, вспыльчивость, начал злоупотреблять алкоголем. Во время опьянения становится возбудимым, совершает неадекватные поступки: бьётся головой о стены, издаёт нечленораздельные звуки.

Дядя – 58 лет, работает инженером, по характеру замкнутый, чувствительный, ранимый, до 14 лет страдал ночным энурезом.

Сестра – 28 лет – по характеру тревожная, вспыльчивая, работает бухгалтером, замужем, воспитывает сына.

Пациент родился от 2-й беременности и родов, протекавших без патологии, в срок, весом 3,5 кг, ростом 52 см. В младенчестве был на естественном вскармливании, мало болел. Ходить и говорить начал в 1 год. Рос спокойным, замкнутым, несколько медлительным, с трудом мог самостоятельно одеться, всегда опаздывал. В 6 лет научился читать, обладал «феноменальной памятью», прочитав понравившуюся сказку или стихотворение, мог наизусть её продекламировать. С детства размышлял «о смысле жизни», задавался вопросом «почему он живёт», откуда «произошла его фамилия». Предпочитал тихие игры в машинки, кубики, которые часами мог переставлять. С родителями был послушным, боялся их ослушаться, хотя нравилось играть в одиночестве, плакал в их отсутствие. В 4 года был отдан в детский сад, много плакал, просил, чтобы его забрали, тяготился режимом. Несмотря на то, что стремился к общению, ощущал, что «не такой как все». При знакомстве испытывал неловкость, не мог подобрать тему для разговора. Был чувствительным, ранимым, подолгу переживал «обиду», часто плакал, когда не удавалось выполнить задуманное. Впоследствии постепенно адаптировался, имел двух близких друзей, с которыми чувствовал себя более раскрепощенным, заодно с ними участвовал в коллективных играх, до сих пор поддерживает с ними дружеские отношения. Из перенесённых заболеваний – детские инфекции, ОРВИ. До 13 лет испытывал страх темноты, опасался, что его может «украсть чудовище», боялся, что может заснуть «летаргическим сном», во время которого «исчезнут» его родители, спал только в одной комнате с ними, плакал во время их отсутствия. В 5-6 лет в течение полугода отмечались тики, которые прошли самостоятельно, до 10 лет страдал ночным энурезом. В школу пошёл в 7 лет, с трудом привыкал к учителям и одноклассникам, боялся завести знакомство, испытывал выраженную тревогу при ответах у доски, от волнения мог забыть материал, даже если был хорошо подготовлен. Впоследствии постепенно адаптировался, успевал хорошо, больше предпочитал технические предметы, ответственно относился к выполнению домашних заданий, отказывался идти в школу, если не успевал выучить урок. Имел двух близких друзей, с которыми были доверительные отношения, к

лидерству не стремился, с остальными одноклассниками поддерживал формальные отношения. В свободное время увлекался спортом, играл в футбол. В конце 6 класса (13 лет), в связи с переездом в другой район, был переведён в новую школу, где не смог адаптироваться, ни с кем не познакомился, в течение года отмечалось сниженное настроение, выглядел вялым, с трудом справлялся с учёбой. С нового учебного года категорически отказался посещать школу и вновь был переведён в прежнюю школу, где улучшилось настроение, однако уменьшился интерес к учёбе, успеваемость оставалась сниженной.

После 8 класса заодно с друзьями поступил в ПТУ на столяра. С этого времени изменился по характеру, стал стремиться к самостоятельности, конфликтовать с родителями, преобладал неустойчивый фон настроения. С одной стороны, находясь в компании близких друзей, испытывал подъем настроения, прилив сил, начал сочинять песни, слушал различные рок группы, подстриг волосы в стиле «панковского эрокеза». Вместе со своей компанией, которую называли «псы», совершал «путешествия» по подземным люкам Москвы. В этот же период начал курить, выпивать, для получения «кайфа» принимал циклодол и реладорм. С другой стороны, с этого времени, когда находился на занятиях или с посторонними людьми, возникало ощущение отчуждённости от окружающих, усиливалась стеснительность, замкнутость. Несмотря на то, что появился интерес к девушкам, опасался познакомиться, боялся, что не сможет найти «общего языка». Постепенно становился более замкнутым, реже встречался с друзьями, перестал употреблять алкоголь и др. психоактивные вещества, потерял интерес к музыке. На этом фоне стал слышать «голос внутри головы», пришёл к выводу, что это его второе «я», что он смог «расширить своё подсознание». В течение года постоянно слышал «голос внутри головы», который комментировал, осуждал, отдавал приказы. Беспрекословно подчинялся «ему», так как отождествлял себя с «ним». Резко усилилось ощущение отчуждённости от окружающих, стал испытывать страх перед общением с другими людьми, казалось, что все обращают на него внимание, замечают, что он не такой как все, в связи с чем через несколько месяцев вынужден был уйти с работы. В 1994 году (24 года)

перенёс стойкое снижение настроения с преобладанием апатии, тревоги, чувством, что потерял «собственное я», полагал, что им кто-то руководит, управляет, вкладывает «различные мысли», испытывал чувство отчаяния, собственную обречённость. Через полгода состояние постепенно обошлось, к врачам не обращался, сохранялись эпизодически возникающие «голоса». В последующем испытывал сходные состояния, но с меньшей интенсивностью депрессии. Летом 2008 г. неожиданно повысилось настроение, хотел стать «независимым» от родителей. Взяв у них деньги, оставил им записку, «что уезжает познавать мир», для того, чтобы «стать свободным». Поехал путешествовать по «Золотому кольцу России», однако не доехал до г. Твери, т.к. в электричке украли паспорт и деньги. На этом фоне стойко снизилось настроение, случившееся воспринял как подтверждение собственной несостоятельности. Вернувшись домой, плакал, винил себя в «слабоволии». Испытывал вялость, апатию к вечеру появлялась тревога, взбудораженность, «ночами напролёт» играл в компьютерные игры, пользовался Интернетом, постоянно анализировал своё состояние. Постепенно вновь присоединилось ощущение чуждости собственного тела, «оболочки», нередко, чтобы его «почувствовать», подходя к зеркалу, начинал пощипывать лицо. Замечал, что окружающие обращают на него повышенное внимание, все о нем знают. Пришёл к выводу, что его «состояние безысходно», жизнь казалась «бесперспективной», «однообразной», считал, что его «душа умерла» и была заменена другой враждебной, «чёрной». В октябре 2008 г., прочитав книгу Мессины о японском харакири, ночью, испытывая взбудораженность, тревогу, понял, что надо делать, чтобы вернуть себя, избавиться от темной сущности внутри него, нанёс поверхностные порезы на лице и животе, глубокие порезы на предплечье. Случайно был замечен отцом, когда схватил нож, чтобы выколоть себе глаз, после чего родителями была вызвана бригада СПП, и был госпитализирован в НИИ им. Склифосовского.

Динамическое наблюдение: после выписки из НИИ им. Склифосовского, в течение 2-х месяцев находился на лечении в ПБ, получал терапию (стелазин до 30 мг, азалептин до 50 мг, амитриптилин до 80 мг в/в капельно и 50 мг в таб.,

депакин до 450 мг). После выписки регулярно посещал ПНД, под контролем отца аккуратно принимал поддерживающую терапию. Большую часть времени проводил дома, изредка встречаясь с прежними друзьями. Отмечаются периодические перепады настроения, сохраняются значительно редуцированные галлюцинаторные явления. Во время визита к врачу жалуется на отсутствие интереса к чему-либо, на трудность общения, испытывает неловкость в присутствии людей. Отрицает наличие суицидальных мыслей, своё состояние болезненным не считает, однако лекарства принимает. При этом не верит в положительное действие принимаемой терапии.

Анализ наблюдения. Состояние больного, приведшее к суицидальной попытке, определяется как галлюцинаторно-бредовое с участием депрессивных расстройств с преобладанием тревожно-апатического компонента, деперсонализационными расстройствами. Заболевание развилось у личности с шизоидными и сензитивными чертами, больному с детства были свойственны такие черты, как аутистические установки, повышенная рефлексия, чувствительность и трудности контактов. На преморбидном этапе – искажённый дизонтогенез, эпизоды фобий, имеющих вычурное содержание (страх смерти родителей и своей собственной), тики, энурез, трудности адаптации. В наследственности – преобладание шизоидных и психастенических личностей, алкоголизм. Начало заболевания относится к 13 годам с появления аффективных расстройств. Первое депрессивное состояние было ситуационно обусловленным (смена места жительства и школы) и характеризовалось падением умственной работоспособности. С 14 лет происходит формирование сверхценных увлечений с гебоидными проявлениями в виде психопатоподобного поведения с развязыванием влечений. В дальнейшем имело место утяжеление расстройств с присоединением галлюцинаторной и бредовой симптоматики, явлений соматопсихической деперсонализации. В 24 года возникло депрессивно-бредовое состояние длительностью 6 месяцев, редуцировавшееся самостоятельно. Состояние, приведшее к совершению аутоагрессивных действий, развилось в 32 года, ему предшествовал короткий эпизод гипомании с усилением односторонней

сверхценной активности и сохраняющимися явлениями отчуждения. Данное галлюцинаторно-бредовое состояние является наиболее интенсивным из всех возникавших у больного в течении болезни. Суицидальная попытка явилась результатом бредовой уверенности в тотальном овладении и депрессивного аффекта, возникла на высоте болезненных проявлений. Аутоагрессивные тенденции имеют явно вычурный и нелепый характер и отличаются жестокостью способа (нанесение порезов на лице и животе, попытка выколоть глаз). Особенности клинических проявлений заболевания в целом, характер суицидальных тенденций, а также выраженность психопатологических расстройств и наличие у больного нарушений мышления и признаков личностного ущерба, позволяет предполагать его процессуальную природу.

Диагноз: Шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма.

В данном случае важной представляется комплексная оценка своеобразия и взаимного сочетания суицидальных мотиваций и тенденций, а также степень их сопряженности с активной психотической продукцией.

Это позволило квалифицировать метапроективный тип формирования суицидального поведения.

Следует особо отметить, что выделенные типы суицидального поведения нередко встречаются в сочетаниях, создавая множество индивидуальных вариантов, существенно затрудняющих дальнейшие действия. Естественно, что суицид всегда индивидуален, поэтому не существует какой-либо одной причины или одной группы причин самоубийства. Знание социально-психологических и клинических предпосылок суицидального поведения (детерминантов суицидального поведения, по Положему Б.С.) позволяет применить дифференцированные подходы к их профилактике. Сопоставление основных параметров суицидального поведения и выделенных типов позволило нам сформировать гипотезу о предикции суицидального поведения в зависимости от его клинко-феноменологического типа (табл.4.1). В изученной группе суицидентов у мужчин чаще, чем среди женщин, выявлялся интрапроективный (лично-адаптивный) – 49,1%, а у женщин – экзопроективный (реактивно-

адаптивный) и метапроективный (процессуальный) типы мотивации (33,9% и 35,5% соответственно). Причём среди суицидентов-мужчин стойкие личностные расстройства нередко сочетались с синдромом зависимости от алкоголя и последствиями черепно-мозговых травм (органическое психическое расстройство). У них же можно было констатировать отсутствие критики к имеющемуся психическому расстройству, отказ от обследования и помощи, более низкая комплаентность.

Таблица 4.1.

Сравнительные характеристики клинико-феноменологических типов суицидального поведения

Тип суицидального поведения	Экзопроективный	Интрапроективный	Метапроективный
Характеристики			
Пол	Чаще женский	Чаще мужской	Оба пола
Характер суицидального поведения	Отражает интенсивность фрустрирующего события	Суицидальные намерения чаще истинные, реже-манипулятивные	Обусловлен активной продуктивной симптоматикой
Мотивы	Призыв о помощи, протест, избегание	Отказ от существования, протест	Избегание, самонаказание
Способ реализации	Падение с высоты, самострел	Самопорезы, самоотравление, самоповешение	Часто нелепые и импульсивные: замерзание (зимой), отказ от приема пищи, падение с высоты, утопление
Интенсивность аффекта	Высокая	Низкая	Умеренная или низкая
Состояние психического здоровья	Депрессивные, личностные, невротические, стрессовые расстройства; зависимость от психоактивных веществ	Шизофрения, депрессивные расстройства, расстройства личности	Шизофрения, органическое психическое расстройство, аффективные расстройства
Этапность формирования суицидального поведения	Не всегда четко очерчена	В большинстве случаев определяется	В большинстве случаев не прослеживается
Риск рецидива	Умеренный	Высокий	Вероятный

В результате проведённого обследования была установлена и различная длительность пресуицидального периода. Среди пациентов с интрапроективным типом суицидального поведения преобладали лица с длительностью пресуицидального периода от нескольких месяцев до одного года и более (68,8%), в то же время в группе с экзопроективным типом его длительность оказалась наименьшей и составляла от 3 суток до нескольких недель. В группе суицидентов с метапроективным типом пресуицидальный период был наименее продолжительным – от одного часа до недели (табл.4.2).

Таблица 4.2

Распределение суицидентов с различными типами суицидального поведения по длительности пресуицидального периода (%)

Длительность пресуицидального периода	Суициденты с экзопроективным типом, n = 30	Суициденты с интрапроективным типом, n = 45	Суициденты с метапроективным типом, n = 46
До 1 часа	6,7	-	10,9
До 1 суток	26,6	-	23,9
До 3 суток	30,0	4,4	30,4
4–7 суток	30,0	11,1	21,7
От 8 суток до одного месяца	6,7	15,6	10,9
От одного месяца до одного года	-	44,9	2,2
Больше одного года	-	24,0	-

В рамках известной классификации постсуицидального периода А.Г.Амбрумовой и В.А.Тихоненко, критический и манипулятивный варианты встречались наиболее часто при экзопроективном (до 70%) и метапроективном (до 56,8%) типах суицидального поведения (рис. 4.2). Суицидально-фиксированный и аналитический варианты постсуицида преобладали в группе больных с интрапроективным типом. Склонность к рецидивированию и совершению повторных суицидальных действий оказалась наиболее характерной для типа с интрапроективным (личностно-адаптивным вектором) типом.

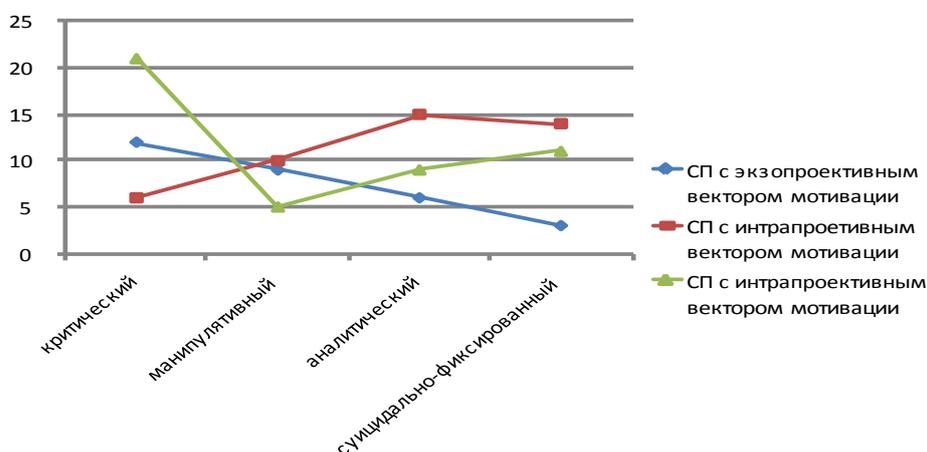


Рис 4.2. Варианты постсуицидального периода

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, можно сформулировать определенные тенденции. 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 за счёт большей частоты формирования у них демонстративно-шантажных форм суицидального поведения.

Несмотря на нозологическое разнообразие психических расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением, общим для них является наличие депрессивной симптоматики. Указанная особенность получила подтверждение в постсуицидальный период в результате использования стандартизированных психометрических методик (шкала оценки уровня депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), шкала суицидального мышления (SSI), шкала самооценки уровня ситуативной и личностной тревожности Спилбергера). Что касается различий, то у суицидентов с экзопроективным типом в большинстве случаев были отмечены признаки интеллектуального торможения и тревожного аффекта. У лиц с интрапроективным типом примерно с одинаковой частотой встречались интеллектуальное торможение, ангедония и абулия. Такое сочетание существенно препятствовало решению суицидального конфликта и затрудняло выход из кризисной ситуации, способствуя тем самым усилению суицидальных тенденций и формированию суицидального паттерна поведения. Пациенты с метапроективным типом обнаруживали проявления выраженного интеллектуального торможения. Кроме того, по сравнению с другими группами, у них оказалась заметно выше доля такого признака, как отгороженность от окружающего.

Наряду с данными клинико-психопатологического и клинико-феноменологического исследований, несомненное значение имеет изучение биологических, личностных, психологических характеристик и средовых параметров суицидального поведения. Их учёт будет способствовать большей точности прогнозирования суицидального риска и выбора дальнейших оптимальных мер для лиц, совершивших покушение на самоубийство, уже на этапе скорой (первичной) суицидологической помощи в острый постсуицидальный период, т.е. непосредственно после совершения суицидальной попытки.

С этой целью необходима разработка специальной лечебно-диагностической системы (этапов) скорой суицидологической помощи, а также организация преемственности как между ней и экстренной службой, так и амбулаторными и стационарными психиатрическими учреждениями.

Глава 5.

ОБОСНОВАНИЕ И ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, СОВЕРШИВШИМ ПОКУШЕНИЕ НА САМОУБИЙСТВО

В свете современных научных представлений, суицидология представляет собой комплексную дисциплину, объектом изучения которой является суицидальное поведение. Основными задачами клинической суицидологии являются профилактика, диагностика, неотложная и индивидуально - дифференцированная терапия суицидального поведения, а также реабилитация лиц с незавершёнными суицидами с целью предупреждения рецидива и совершения повторных суицидальных действий [18, 72, 148, 222, 291, 352].

Профилактика самоубийств является максимально эффективной при условии своевременного оказания специализированной помощи уже на ранних этапах развития суицидального процесса [71, 163, 168, 209, 224]. Адекватная помощь лицам, совершившим покушение на самоубийство, может быть обеспечена при наличии корректных этапов оказания скорой (экстренной) суицидологической помощи, осуществляемой психиатрическими бригадами Скорой медицинской помощи (СМП) в острый постсуицидальный период. Однако вплоть до настоящего времени практика оказания скорой суицидологической помощи сталкивается с рядом проблем и трудностей, существенно затрудняющих работу психиатрических бригад СМП.

К основным из них следует отнести отсутствие чётко разработанной системы оказания 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, а это приводит к

тому, что вопрос о целесообразности проведения специализированного психиатрического лечения решается субъективно.

Перечисленные проблемы приводят к существенным затруднениям при оценке психического состояния и уровня суицидального риска, оказании адекватной специализированной помощи, а также к формированию стигматизации и негативных установок в отношении суицидологической помощи. Все это способствует сохранению суицидальных намерений и совершению повторных суицидальных действий.

В этой связи одним из важных направлений оптимизации скорой суицидологической помощи является определение роли и места в этой системе психиатрических бригад СМП, оказывающих первичную помощь суицидентам, как важного звена, определяющего её направление и объем на основании проведения первичной диагностики.

Для реализации этой задачи представляется целесообразной выработка рациональных управленческих решений по оптимизации структурного построения скорой суицидологической помощи лицам, совершившим покушение на самоубийство, и нормативно-правового регулирования организации суицидологической помощи, лицам с суицидоопасными состояниями.

Все вышеперечисленное определяет правомерность специального рассмотрения этой проблемы и поиска конструктивных решений, одним из которых является разработка дифференцированных методов оказания скорой суицидологической помощи в острый постсуицидальный период психиатрическими бригадами СМП. Проведённый анализ их деятельности позволил нам определить необходимый объем суицидологической помощи и этапы её оказания.

5.1. Этапы оказания скорой суицидологической помощи

В соответствии с утверждёнными порядками и стандартами оказания скорой специализированной психиатрической помощи выездная бригада состоит из врача-психиатра (психиатра-нарколога) и фельдшера, обладающих специальными навыками и знаниями. Такая бригада является начальным звеном в

общей системе оказания специализированной помощи лицам с психическими расстройствами.

Этапы работы специалистов включают в себя реализацию поэтапного плана оказания суицидологической помощи (рис. 5.1).

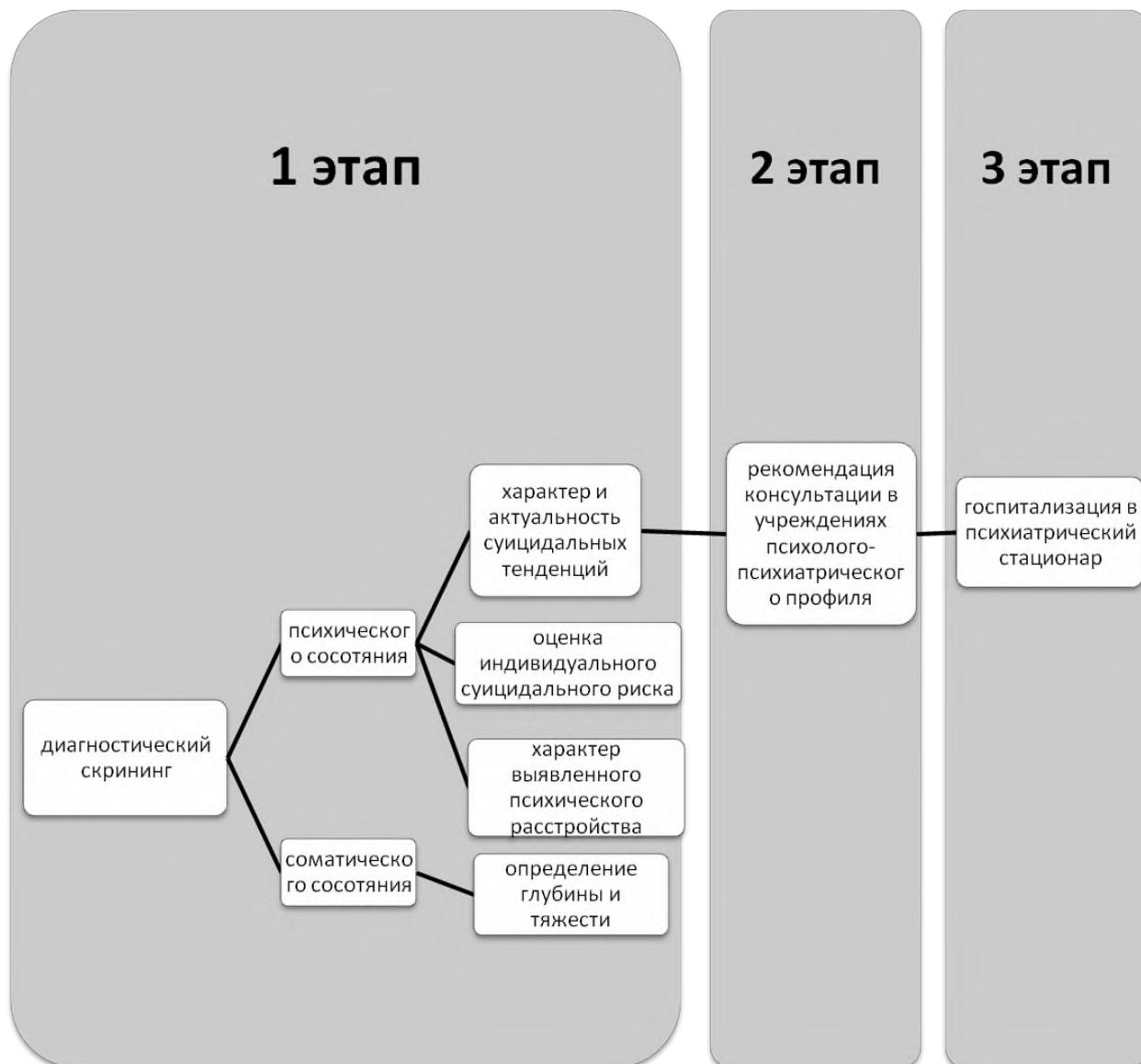


Рис. 5.1. Этапы оказания скорой суицидологической помощи бригадой СПП.

Представляется целесообразными определение основных задач и объема скорой психиатрической помощи на каждом этапе. На *первом* из них основной задачей является проведение диагностической оценки соматического и психического состояния пациента, а также определение наличия 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 пациента. В первую очередь следует создать условия для обеспечения безопасности суицидента, принять меры для предотвращения повторного суицида и получить письменные данные, заверенные официальными лицами, которые послужили основанием для осмотра суицидента врачом-психиатром (рис 5.2).



Рис. 5.2 Этапы оказания скорой суицидологической помощи - первый этап.

В каждом конкретном случае необходимо подробно выяснить степень суицидальной настроенности больного. С этой целью тщательно анализируются

утверждения больного, обязательно учитываются ведущий синдром, предположительный диагноз, способ суицида, обстоятельства, при которых была совершена суицидальная попытка и др. При этом следует учитывать, что определение серьезности суицидальных намерений носит преимущественно субъективный характер и базируется на косвенных доказательствах, включающих в себя сведения, полученные от самого суицидента и/или его родственников – этапность подготовки, наличие суицидального плана, декларация суицидальных намерений, склонность к шантажному поведению, присутствие конфликтогенной ситуации и пр.

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. При этом определение выраженности и глубины соматических нарушений (т.е. тяжесть медицинских последствий суицида) во многом зависит от выбора способа покушения, а также актуальности характера суицидальных намерений, декларируемых пациентом в острый постсуицидальный период.

Тактика врача-психиатра скорой суицидологической помощи в отношении обследуемого зависит от оценки индивидуального суицидального риска, который определяется соотношением суицидальных и антисуицидальных факторов (рис. 5.3).



Рис. 5.3. Суицидальные и антисуицидальные факторы при различных клинико-феноменологических типах суицидального поведения

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: оценку риска совершения повторных суицидальных действий, синдромальную и диагностическую оценку психического состояния, неотложные медицинские мероприятия.

С учетом выявленных параметров (уровень психических расстройств (психотический/непсихотический), наличие/отсутствие критического отношения к совершенной попытке, оценка индивидуального суицидального риска) принимается решение о дальнейшем маршруте суицидента – либо госпитализация суицидента в психиатрический стационар, либо вариант оказания дальнейшей помощи во внебольничных условиях (табл. 5.1).

Таблица 5.1.

Реабилитационные маршруты суицидентов (%)

Пол	Оставлены дома с индивидуальными рекомендациями	Направлены в амбулаторные психиатрические учреждения	Госпитализированы в психиатрический стационар	Всего
Жен.	25,8	35,5	38,7	51,2
Муж.	20,3	30,5	49,2	48,7
Всего	23,1	33,1	43,8	100

В случае необходимости госпитализации суицидента бригада СПП осуществляет его транспортировку. Во время транспортировки проводится мониторинг соматического и психического состояния пациента, что отражается в сопроводительной медицинской документации. При этом следует помнить, что при оценке психического состояния таких лиц от врача требуется предельная осторожность, чтобы, не расширяя показаний к неотложной госпитализации, предотвратить риск совершения повторных суицидальных действий со стороны больного. Неадекватная оценка и недоучет информации в острый

постсуицидальный период может привести к неверной трактовке тяжести суицидального процесса и, соответственно, к рецидивированию и повторным суицидальным действиям.

В нашем исследовании установлено, что около одной четверти суицидентов (23,1%) после оказания им скорой суицидологической помощи были оставлены дома, по месту вызова бригады СПП. По нашей оценке, они не нуждались в госпитализации и могли получать специализированную помощь в наименее ограничительных и стигматизирующих условиях не только в острый, но и в последующие постсуицидальные периоды. 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 изучаемых 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 – в течение 48 часов дали своё согласие на госпитализацию и лечение.

Анализ причин недобровольной госпитализации показал, в частности, что неблагоприятному психическому состоянию в острый постсуицидальный период, сопутствовало алкогольное или наркотическое опьянение. Это затрудняло определение степени суицидального риска, как врачами-психиатрами СПП, так и приемного отделения психиатрического стационара. Поэтому оказание суицидологической помощи «превентивно» смещалось в сторону более ограничивающего режима наблюдения и лечения.

Второй этап предполагает организацию преемственности между медицинскими организациями после оказания скорой суицидологической

помощи, т.е. мониторинг суицидента с момента его передачи в профильное медицинское учреждение. Реализация данной задачи является возможной лишь при создании в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, единой службы, ответственной за организацию внебольничного лечения и реабилитации выписывающихся суицидентов (рис. 5.4).

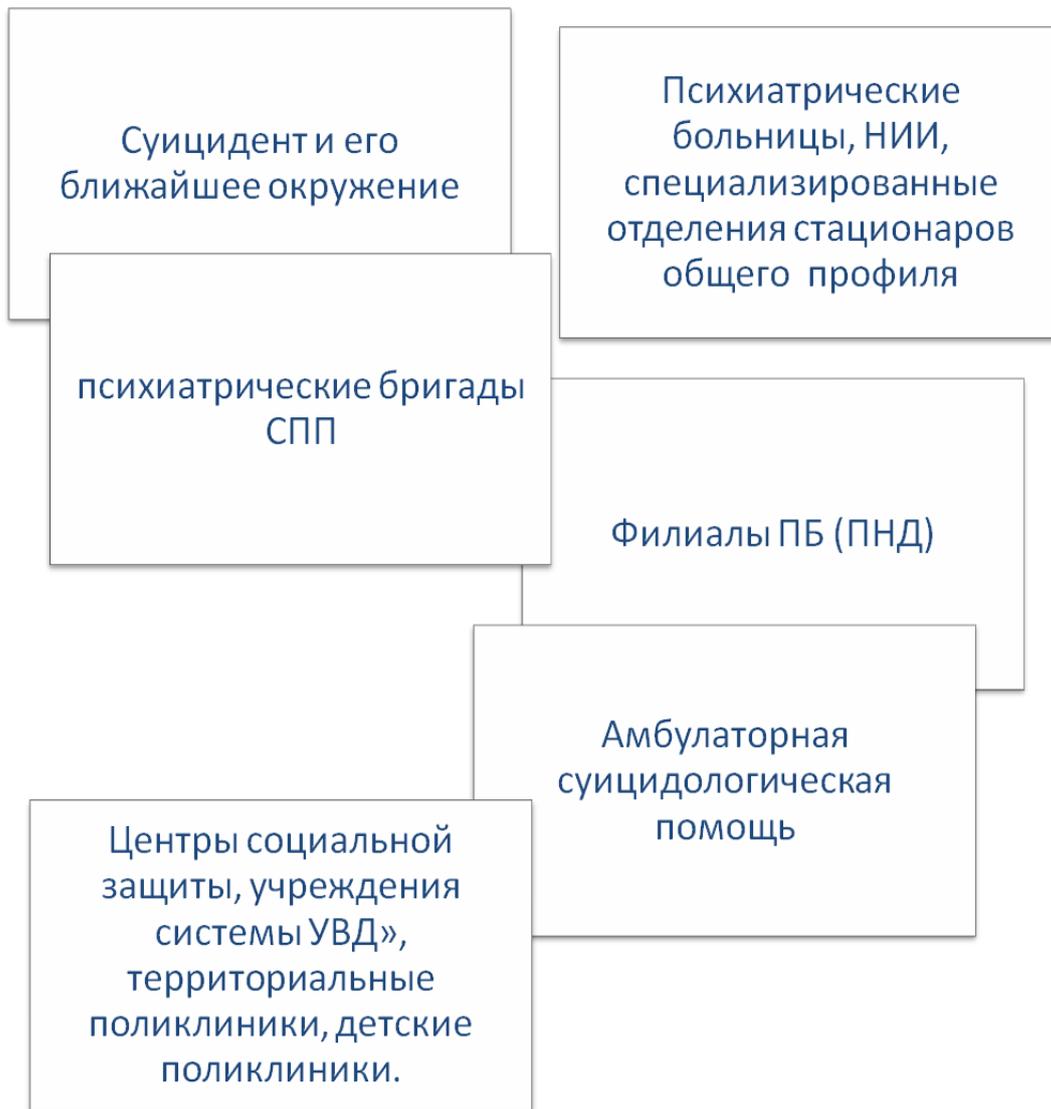


Рис. 5.4. Этапы внебольничного лечения и реабилитации суицидентов.

На этом этапе задачей врача психиатрической бригады СМП становится организация преемственности и представление в сотрудничающие организации максимально полной и унифицированной диагностической информации о суициденте с целью обеспечения его дальнейшего динамического наблюдения.

Унифицированность подходов к диагностике и квалификации суицидального поведения, применение клинических стандартов и системы контроля качества позволяют сформировать этапы оказания суицидологической помощи в следующей последовательности: скорая суицидологическая помощь (определение уровня суицидального риска, синдромальная и предварительная диагностическая оценка психического состояния, неотложная психо - и/или медикаментозная терапия, выбор маршрута: психиатрический стационар; психоневрологический диспансер, суицидологическая служба, при её наличии; оставление дома с соответствующими рекомендациями. По нашему опыту, применение таких этапов позволяет повысить эффективность терапевтической, реабилитационной и профилактической помощи лицам, совершившим суицидальную попытку.

5.2. Нормативно-правовое регулирование деятельности психиатрических бригад СМП по оказанию скорой суицидологической помощи.

В настоящее время оказание медицинской помощи лицу, совершившему покушение на самоубийство, бригадой скорой специализированной медицинской помощи регламентировано в соответствии с приказом от 01.11.2004 № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи», Федеральным законом от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», Федеральным законом от 06.04.2011 № 67-ФЗ «О внесении изменений в закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», Гражданским процессуальным кодексом Российской Федерации», а также Федеральным законом от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации».

Нормативной базой системы оказания помощи лицам с суицидальным поведением, ранее не состоявшим под наблюдением психиатра, являются ФЗ РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», рекомендации выездного заседания Экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению на тему «Повышение доступности медицинской и социальной

помощи пациентам с психическими расстройствами в Российской Федерации» от 26 мая 2011 г, приказ Министерства здравоохранения РФ № 148 от 06.05.1998 г «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

Следует указать, что в целях совершенствования нормативно-правовой базы специализированной (в том числе и психиатрической помощи) подготовлен приказ от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи» (вступивший в силу 1 января 2014 года).

На основании вышеизложенного целесообразной является стратегия оказания неотложной помощи и дальнейшей «маршрутизации» суицидентов, начиная с момента оказания скорой суицидологической помощи психиатрической бригадой СМП и продолжая оказанием амбулаторной реабилитационной помощи специализированными службами (психоневрологический диспансер, суицидологическая служба при её наличии). Представляется также необходимым создание (с учётом норм правового регулирования) суицидологических информационно-аналитических центров, в функции которых входит мониторинг лиц, совершавших суицидальные попытки, а также лиц, представляющих потенциальную суицидальную опасность.

Для более эффективной работы Скорой медицинской помощи необходимо проведение специальных семинаров, направленных на расширение знаний и внедрение инновационных разработок в области суицидологии, а также выработка единых подходов к лечению и профилактике суицидального поведения у лиц, совершивших суицидальную попытку.

Врач-психиатр СМП, выезжая на вызов, должен оперативно получить максимально возможную объективную информацию о пациенте, чтобы быстро решить вопрос оказания неотложных мер, освидетельствования, лечения или госпитализации пациента в психиатрическую больницу. Для решения этой задачи необходимо усовершенствовать доступ к имеющейся компьютерной базе данных на пациентов, находящихся под динамическим наблюдением у психиатра, а также

лиц, которые ранее уже обследовались психиатрической бригадой СМП. В базе данных должно быть указание на особенности клинической картины заболевания у больного, в частности степень его суицидальной опасности, наличие и повторяемость суицидальных попыток и т.п.

Исходя из вышеизложенного, суицидологическая помощь лицам, совершившим покушение на самоубийство, должна оказываться поэтапно и дифференцированно. Её первой ступенью должны быть психиатрические бригады Скорой медицинской помощи. Это обеспечивает максимально быструю диагностическую оценку и терапевтическую помощь 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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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 неотложной суицидологической помощи и «маршруты» дальнейшей реабилитации и профилактики.

Изучение состояния психического здоровья суицидентов позволило выявить его нарушения у всех обследованных. Вместе с тем, 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.

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

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». Что касается суицидентов с наличием депрессии при других

формах психической патологии (шизофрения, органическое психическое расстройство, и др.), то они попали в соответствующие диагностические группы. 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) и органическими психическими расстройствами (в 2,5 раза). В свою очередь, у женщин относительно преобладают депрессивные расстройства (в 1,7 раза), а также невротические и связанные со стрессом расстройства (в 3,8 раза). Доли суицидентов с шизофренией и расстройствами личности в мужской и женской группах суицидентов достоверно не различаются ($p > 0,05$).

Помимо синдромальной и диагностической 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 достоверно реже – 4,1% всех случаев ($p < 0,05$). Этот факт свидетельствует о том, что роль отягощённости по психическому заболеванию в суицидогенезе существенно значимее, чем отягощённости по суициду.

Исследование социодемографических характеристик суицидентов показало 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. На долю работающих и учащихся пришлось 42,2%. Отсюда следует, что среди суицидентов высока доля безработных (для сравнения, в общей популяции она находится в пределах 6%, т.е. в 5 раз меньше). Изучение распределения работающих суицидентов по занимаемой должности показало, что 20,5% из них являются руководителями. Учитывая, что доля таковых в любой организованной популяции не достигает одной пятой части от числа всех работающих, 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 показало, 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 ($p < 0,05$). 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 почти у двух третей лиц, имеющих свою семью (65,3%), отношения в ней характеризовались как неблагополучные и даже конфронтационные, что приводило к частым конфликтным ситуациям.

Изучение состава семей суицидентов показало, что наиболее неблагополучным 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 показало, что 80,2% из них считали себя верующими и декларировали свои религиозные убеждения. 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 (31,1 и 17,3%; $p < 0,05$). Около половины всех суицидентов заявили о «веровании в душе». В принципе это достаточно распространённый вариант религиозности, но, не будучи ориентированным на религиозные основы, он, возможно, теряет свою антисуицидальную направленность.

Таким образом, к 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 (по Амбрумовой 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 о регулярном употреблении указанных веществ. 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 стратегиям оказания специализированной скорой помощи лицам, совершившим суицидальные попытки, включая решение вопроса о необходимости госпитализации, нами была разработана клиничко-

феноменологическая типология, в основу которой положен вектор мотивации, приводящий к формированию суицидальных намерений и их реализации. Структура клинико-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 (личностно-адаптивным) вектором мотивации суицида – 37,2%.

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

Сущность формирования суицидального поведения при экзопроективном 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, дистимия, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, расстройство адаптации (кратковременная, пролонгированная, смешанная тревожная и депрессивная реакции), шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод текущий эпизод депрессии, рекуррентное депрессивное расстройство, органическое психическое расстройство, психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.

Формирование экзопроективного типа происходит достаточно быстро (в течение 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 личностно-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 катастроф; диагностирование тяжёлого заболевания и т.п.

Клинические случаи, когда декларируемая больными побудительная 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 различной степени тяжести, текущего эпизода депрессии, 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, в конечном итоге, «отказ» от неё становится основной мотивацией в формировании суицидального поведения. Глубина и интенсивность экзистенциальных мотивов приводят к истинным суицидальным попыткам, носящим своеобразный философско-религиозный, мировоззренческий характер. Реализации суицидальных намерений способствует дополнительная ситуационная психическая травматизация. Близким по динамике и реализации суицидального намерения были и проявления суицидального поведения интрапроективного типа на фоне устойчивого убеждения пациента в наличии у него физического недостатка или уродства (дисморфомания). Кроме того, к этому клинико-феноменологическому типу следует отнести и попытки на фоне протрагированных депрессивных расстройств, когда мотивами становятся чувство вины, никчёмности, убеждённость в совершении тяжких проступков и грехов, безвыходность, невозможность получения помощи. В целом, при интрапроективном типе основными мотивациями являются сознательное лишение себя жизни с целью «наказания» или «избавления», тщательность

разработки плана реализации намерений. Среди таких пациентов наиболее высок риск летальных исходов.

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 фрустрирующего (суицидогенного) события, призыв о помощи, 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, преимущественно истинные суицидальные намерения, цель – отказ от существования и протест, самопорезы, самоотравление и самоповешение в качестве основных способов, низкая интенсивность аффекта, высокий риск повторных суицидальных действий. Метапроективный тип обусловлен влиянием психопатологической симптоматики и характеризуется импульсивностью реализации суицидальных намерений, зачастую неожиданными и даже нелепыми. 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 А.Г.Амбрумовой и В.А.Тихоненко (1980), его критический и манипулятивный варианты встречались наиболее часто 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 за счёт большей частоты 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 при наличии адекватных методов оказания скорой (экстренной) суицидологической помощи, осуществляемой психиатрическими бригадами Скорой медицинской помощи (СМП) в острый постсуицидальный период. Однако, вплоть до настоящего

времени, практика её оказания сталкивается с рядом проблем и трудностей, существенно затрудняющих работу психиатрических бригад 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 распространён 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 невротоподобный (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 невротоподобного 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 распространёнными 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), 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 её 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, даёт возможность улучшения качества суицидологической помощи в целом, предупреждения повторных суицидальных действий, повышения эффективности профилактики, что способно внести вклад в снижение числа повторных завершённых и незавершённых суицидов и улучшение суицидальной ситуации в стране.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авербух, Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. // Л.: Медицина, 1969. – С. 286.
2. Акопян, К.З. Самоубийство: проблема мотивации (Размышления в связи с психологическим этюдом Н.А. Бердяева «О самоубийстве») // Психологический журнал. - 1996.- М., - С.153-158.
3. Александровский, Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация (Пограничные нервно-психические расстройства). // М.: «Наука», 1976. – С. 272.
4. Александровский, Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Русский медицинский журнал. - 1996. - Т. 3.- № 11. – С. 689-695.
5. Алексеева, М.В. Клинико-патогенетические и психосоциальные предпосылки к диагностике и терапии суицидальных проявлений.: Дисс. ... канд. мед. наук. // Смоленск, 2009. - 150 с.
6. Амбрумова, А.Г. Некоторые вопросы суицидологии, связанные с проблемой алкоголизма // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. // М., 1973. - Т.2 – С. 202-208.
7. Амбрумова, А.Г., Леви, В.Л. Типология пресуицидальных состояний / Клинико-психологические социальные и правовые проблемы суицидального поведения. // Материалы симпозиума 21—23 октября 1974 г., Москва. — М., 1974. – С. 45-54.
8. Амбрумова, А.Г., Тихоненко, В.А. Суицид, как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии: Труды московского научно-исследовательского института психиатрии. — Т. 82. — М., 1978. — С. 6-27.
9. Амбрумова, А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения //Актуальные проблемы суицидологии. - М, 1978. – С. 44-59.
10. Амбрумова, А.Г., Тихоненко, В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. - М., 1980. – С. 48.

11. Амбрумова, А.Г., Тихоненко, В.А., Бергельсон, Л.Л. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопросы психологии. – 1981.
12. Амбрумова, А.Г. Роль личности в проблеме суицида // Актуальные проблемы суицидологии. - М., - 1981. – С. 35-49 .
13. Амбрумова, А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения // Комплексные исследования в суицидологии: Сборник научных трудов. — М., 1986. — С. 7-25.
14. Амбрумова, А.Г., Ратинов, А.Р. Мультидисциплинарное исследование агрессивного и аутоагрессивного типа личности // Комплексные исследования в суицидологии: Сборник научных трудов. — М., 1986. —С. 26-44
15. Амбрумова, А.Г. Принципы организации суицидологической службы и перспективы научных исследований // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. - 1988. - Т.1. – С. 226 – 228.
16. Амбрумова, А.Г. Возрастные аспекты суицидального поведения // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии: Сборник научных трудов. — М., 1989. — С. 8-27.
17. Амбрумова, А.Г., Постовалова, Л.И. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном обществе // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1991. - М. - № 21. – С. 26-38.
18. Амбрумова, А.Г, Старшенбаум, Г.В., Гилод, В.М. Дифференциальная психокоррекционная и медикаментозная терапия суицидоопасных пограничных транзиторных состояний у лиц с конфликтом зависимых отношений: Методические рекомендации. — М., 1994. — С. 35.
19. Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства // Медицинская помощь. -1994. - № 23. – С. 15-19.
20. Амбрумова, А.Г. Пути становления отечественной суицидологии // Социальная и клиническая психиатрия. - 1995. - Том 5. - № 4. – С. 53-58.

21. Анискин, Д.Б. Социально-психиатрические аспекты проблемы самоубийств в России // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. - М., 1996. – С. 13-16.
22. Анохин, А.М. Суицид как социальная стратегия адаптации // Тюменский медицинский журнал. 2013. Т. 15. № 3. – С. 18.
23. Анощенко, Ю.Д., Смирнов, С.В. Медико-социальный статус пострадавших от ожогов вследствие суицидальной попытки (случаи самосожжения) // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1995. - М. - № 24. – С. 72-74.
24. Арьес, Ф. Человек перед лицом смерти. - М., 1992. - 528 с.
25. Балашова, Т.Н., Немчин, Т.А. Психологическая структура аффективных расстройств при алкоголизме // Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека. - М., 1989. – С. 4.
26. Банников, Г.С., Павлова, Т.С., Кошкин, К.А., Летова, А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Суицидология. 2015. Т. 6. № 4 (21). – С. 21-32.
27. Бачу, Г.С. Роль предшествующих заболеваний в происхождении суицидальной смерти // Диагностика давности процессов в объектах судебно-медицинской экспертизы. — Кишинев, 1986. – С. 96.
28. Башлыков, Н.А. Некоторые закономерности распространения и факторы суицидальных явлений: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. - М., 1972. – 20 с.
29. Беляева, В.В., Ручкина, Е.Л., Покровский, В.В. Суицидальное поведение лиц, инфицированных ВИЧ // Терапевтический архив. - 1996. - С. 71-73.
30. Белякова, И.Ю. Опросник суицидального риска // Практикум по психодиагностике. Прикладная психодиагностика. - М., 1992. – С. 21-25.
31. Бехтерев, В.М. О причинах самоубийства и о возможной борьбе с ним. - СПб., 1912. – С. 6.
32. Бойко, И.Б., Чугреев, С.П., Цыганов, К.М., Аверичев, А.А. Смертность от самоубийств и убийств в судебно-медицинском аспекте: (На материале

- данных по Рязанской обл.) // Судебно-медицинская экспертиза. - 1995. -Т.- 23. – С. 23-25.
33. Бородин, С.В., Михлин, А.С. Мотивы и причины самоубийств // Актуальные проблемы суицидологии. - М., 1978. – С. 28-43.
34. Бородин, С.В., Мяхлин, А.С. Самоубийства за рубежом // Научные и организационные проблемы суицидологии. - М., 1983. – С. 20-32.
35. Бохан, Н.А., Стоянова, И.Я., Счастный, Е.Д., Королев, А.А. Патопсихологические характеристики пациентов с двойным диагнозом в контексте суицидального поведения // Суицидология. 2014. Т. 5. № 2 (15). – С. 55-59.
36. Бутома. Б.Г. Варианты проявления агрессивного поведения при некоторых соматических и психических заболеваниях // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. -1992. - Вып. 2. – С. 122-126.
37. Валитова, Г.М. Медико-социальные аспекты незавершённых суицидов среди детей в г. Уфе // Медицинский вестник Башкортостана. 2010. Т. 5. № 4. – С. 89-92.
38. Васильев, В.В. Этнокультурные особенности суицидального поведения психически больных в Удмуртии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2001.- 23 с.
39. Васильев, В.В., Ковалев, Ю.В., Имашева, Э.Р. Суицидальные мысли при депрессивном синдроме // Суицидология. 2014. Т. 5. № 1 (14). – С. 30-35.
40. Ваулин, С.В. Клинико-эпидемиологическое изучение суицидального поведения: (на материале сред, города Зап. Региона Рос. Федер.): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1997. - 26 с.
41. Ваулин, С.В. Суицидальные попытки и незавершённые суициды (госпитальная диагностика, оптимизация терапии, профилактика): Дисс. ... док. мед. наук. - М., 2012. - 357 с.
42. Витер, В.И., Прошутин, В.Л., Дремина, М.А., Адрианов, А.А. Системный подход к изучению проблемы суицида и перспективы его использования в

- судебной медицине // Судебно-медицинская экспертиза. - 1997. – Ч.23. - С. 39-40.
43. Вишневская, О.А., Петрова, Н.Н. Суицидальное поведение больных в ремиссии шизофрении// Суицидология. 2014. Т. 5. № 1 (14). – С. 35-41.
44. ВОЗ. Предотвращение самоубийств. Глобальный императив / Всемирная организация здравоохранения // Европейское бюро. – Женева, 2014. – 102 с.
45. Войцех, В.Ф., Скибина Г.А., Паршин А.Н. Прогноз и превенция повторных самоубийств среди лиц с пограничными расстройствами и психически здоровых (Пособие для врачей). - М., 1998. – 17 с.
46. Войцех, В.Ф. К проблеме суицидального поведения // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 312-313.
47. Войцех, В.Ф., Балашова, М.Г. Особенности суицидального поведения по данным НИИ «Скорой помощи» им. Н.В. Склифосовского // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 313.
48. Войцех, В.Ф., Бобров, Е.А. Варианты нарушений адаптации у студентов // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000.
49. Войцех, В.Ф., Гилад, В.М. Способ суицида и некоторые характеристики суицидентов // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 313.
50. Войцехович, Б.А., Редько, А.Н. Социально-гигиенический «портрет» самоубийцы // Здравоохранение Российской Федерации. - 1994. - М. – С. 23-25.
51. Войцехович, Б.А., Редько, А.Н. Самоубийства с позиций социальной медицины // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. - 1996. - №22. – С. 16-19.
52. Воловаев, В.М., Панкратов, Е.А. К вопросу о факторах суицидального риска // Новое, прогрессивное в практику здравоохранения. - Ульяновск, 1990. – С. 203- 205.
53. Вроно, Е.М. Суицидология в России // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 1996. - М. № 21. – С. 77.

54. Вроно, Е.М., Ратинова, Н.А. О возрастном своеобразии аутоагрессивного поведения у психически здоровых подростков // Сравнительно-возрастное исследование в суицидологии. - М., 1989. – С. 38-46.
55. Гельдер, М., Гет, Д., Мейо, Р. Оксфордский учебник по психиатрии // К. Сфера, 1999. - Т.2. – С. 436.
56. Герман, Е.Л. Суицидальные тенденции в клинике психических заболеваний: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Винница, 1968. - 20 с.
57. Гишинский, Я.И., Смолинский, Л.Г. Социодинамика самоубийств // Соц. исследования. - 1988. - М. – С. 57-64.
58. Гиллод, В.М. Клинико-социальная и психопатологическая характеристика пациентов кризисного стационара, совершивших суицидальные попытки: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003. - 181 с.
59. Гнездилов, А.В. Анализ суицидальных тенденций среди онкологических больных // Юбилейный сборник научных работ Онкологического диспансера Санкт-Петербурга. - СПб., 1996. – С. 279-281.
60. Голенков, А.В., Абрамова, Н.М., Козлов, А.Б., Додонов, О.В. Клинико-социальные аспекты суицидального поведения // Вопросы клинической медицины. - Чебоксары, 1994. – С. 278-279.
61. Горбунова, Н.А. О кратковременных формах психогенных расстройств у больных суицидальным поведением в практике скорой медицинской помощи // Психическое здоровье населения России. - Москва - Ижевск, 1994. – С. 105-108.
62. Гордон, Г.И. Современные самоубийства // Русская мысль. - 1912. - С. 74-93.
63. Гофман, А.Г., Магалиф, А.Ю. Опосредованная психотерапия в системе лечения больных алкоголизмом // Социальная и клиническая психиатрия. - 1991. - М. – С. 71-74.
64. Гриненко, А.Я. Психологическая коррекция отношений и установок в системе реабилитации больных алкоголизмом // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1991. - М. – С. 34-41.

65. Гроф, С. За пределами мозга. - М., 1992.
66. Гроф, С., Галифакс, Дж. Человек перед лицом смерти. - М., 1995. - 301 с.
67. Гроф, С., Уилбер К., Веховски А., Маслоу А. Внутреннее пространство: Метод. Пособие к семинарам по холотропному дыханию. - М., 1996.
68. Гулдинг, М.М., Гулдинг, Р.Л. Психотерапия нового решения. // Теория и практика. - М.: Независимая фирма «Класс», 1997. - 288 с.
69. Гурвич, КН., Шаламайко, Ю.В. Значение психопрофилактической помощи работающим на крупных промышленных предприятиях в условиях экономического спада // Материалы XII съезда психиатров России. - М., 1995. – С. 55.
70. Гусакова, М.П. Суицид: болезнь или здоровье // Мир психологии. Научно-методический журнал. - 2000. - М. – С. 173-180.
71. Данилова, М.Б. Особенности клиники и принципы медикаментозной терапии больных пограничными расстройствами с суицидальными тенденциями // Актуальные проблемы суицидологии. - М., 1978. - С. 185-193.
72. Данилова, М.Б., Козловский, В.М. Тактика медикаментозной терапии суицидоопасных состояний депрессивной структуры в амбулаторной практике // Научные и организационные вопросы в суицидологии. - М., 1983. – С. 181-187.
73. Данилова, М.Б., Пепеляева, Т.Н., Цупрун, В.Е. Особенности суицидального поведения больных шизофренией на инициальных этапах заболевания // Комплексные исследования в суицидологии. - М., 1986. – С. 93-98.
74. Девяткова, Г.И. Социально-гигиеническая характеристика самоубийств и пути совершенствования суицидологической помощи населению: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Оренбург, 1992. - 24 с.
75. Дикстра, Р.Ф. Самоубийства // Здоровье мира. - 1985.- М., № 8-9. – С. 13-15.
76. Дмитриева, Т.Б. Социальная психиатрия в детско-подростковом возрасте. Клиническая реальность нашего времени // Российский психиатрический журнал. - М., 1999. – С. 9-14.

77. Дмитриева, Т.Б., Положий, Б.С. Этнокультуральная психиатрия. – М.: Медицина, 2003. – 458 с.
78. Дубравин, В.И. Суициды в республике Коми (клинико-социальный и этнокультурный аспекты): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2001. - 31 с.
79. Дубровская, М.О. Модели телефонов доверия // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 1995. – С. 25-30.
80. Дукорский, В.В., Балашов, А.Д., Тетюев, А.М. Корреляты суицидальных попыток // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2013. Т. 12. № 2. – С. 119-125.
81. Дурнов, А.Н. Суицидальное поведение психопатических личностей // Актуальные проблемы суицидологии. - М., 1978. – С. 239.
82. Дюркгейм, Э. Самоубийство: Социологический этюд // Пер, с фр. с сокр.; Под ред. В. А. Базарова. — М.: Мысль, 1994.— С. 399, [1].
83. Езерская, А.В., Лукьянова, С.В., Аксенов, В.Г. Превентивная суицидологическая служба в структуре областной психиатрической больницы // Материалы XII съезда психиатров России. - М., 1995. – С. 65-66.
84. Елисеев, И.М. Особенности клиники и аутоагрессивного поведения при полинаркомании (барбитуратизм и алкоголизм) // Актуальные проблемы суицидологии. - М., 1978. – С. 239.
85. Ермольева, Е.А. Суицидальное поведение в дебюте эндогенного заболевания // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 314.
86. Жариков, Н.М., Иванова, А.Е., Анискин, Д.Б., Чуркин, А.А. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1997. - Том 97. - № 26. – С. 9-15.

87. Зотов, П.Б., Уманский, С.М. К вопросу профилактики суицидального поведения больных распространенным раком // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 14.
88. Зотов, П.Б., Родяшин, Е.В. Суицидологический «паспорт территории» как этап развития системы суицидальной превенции // Суицидология. 2013. Т. 4. № 4 (13). – С. 55-60.
89. Зулкарнева, З.Р. Роль межличностных семейных конфликтов в генезе суицидального поведения лиц, страдающих шизофренией и органическим поражением головного мозга: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Казань, 2000. - 20 с.
90. Игумнов, С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков: Справ. Пособие // Под ред. В.Т. Кондрашенко. - Мн.: Белорусская наука, 1999. -186 57 с.
91. Кабанов, М.М., Карвасарский, Б.Д., Чехлатый, Е.И. О состоянии психотерапии и медицинской психологии в России и мерах по их дальнейшему развитию // Социальная и клиническая психиатрия. - 1996. - Т. 5. - №22. – С. 103-108.
92. Каневский, В.И. Намеренность суицидального акта и целевая направленность личности у парасуицидентов в связи с переживанием безнадежности // Журнал практикующего психолога. Вып. 17, 2010. С. 95-106.
93. Канивец, Р.П. Клинико-психологические особенности больных хроническим алкоголизмом с суицидальными тенденциями и профилактика суицидов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Харьков, 1992. - 26 с.
94. Каплан, Г.И., Сэдок, Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. - Т.2 / Пер. с англ. - М.: Медицина, 1998. - 528 с.
95. Каргин, А.М., Холмогорова, А.Б, Войцех, В.Ф. Личностные факторы суицидального поведения у пациентов кризисного стационара, совершивших суицидальные попытки // Социальная и клиническая психиатрия, 2009, т. XIX, №4. – С. 15-20.

96. Каубиш, В.К. О некоторых факторах, способствующих суицидальному поведению подростков и молодых людей // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 315.
97. Кашинский, А.А. Анализ случаев завершенных суицидов при хроническом алкоголизме // Неврология и психиатрия. - 1988. - Вып. 17. – С. 72-73.
98. Кельнер, М.С. Экзистенциализм и современная зарубежная психотерапия // Ж.невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1967. - Вып. 6. – С. 942-944.
99. Кензин, Д.В. Суицидальное поведение при пограничном личностном расстройстве в условиях современной России: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Новосибирск, 1999. - 25 с.
100. Кибрик, Н.Д., Лупрун, В.Е. Суицидальное поведение при нежелательной беременности // Научные и организационные проблемы суицидологии. - М., 1983.- С. 146-150.
101. Кибрик, Н.Д., Магурдумова, Л.Г., Кушнарев, В.М. Комплексный подход к профилактике суицидального поведения у обучающейся молодежи // Комплексные исследования в суицидологии. - М., 1986. – С. 145-151.
102. Кибрик, Н.Д., Кушнарев, В.М. Профилактика дезадаптации и суицидального поведения у обучающейся молодежи: Методические рекомендации. - М., 1988. - 21с.
103. Колосов, В.П. Трансперсональная психотерапия // Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. - М., 1995. – С. 64-72.
104. Кони, А.Ф. Самоубийство в законе и жизни //Кони, А.Ф. собрание сочинений в 8 томах. - Т.4. - М., 1967. – С. 454-481.
105. Конончук, Н.В. О суицидальных попытках при депрессии // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1990. - Т. 90. - № 4. – С. 76-80.
106. Конончук, Н.В. Суицидальное поведение подростков, страдающих малопрогрессирующей шизофренией // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1994. - Т.94. - Вып. 3. – С. 85-88.

107. Концевой, В.А., Яковлева, О.Б. Актуальные аспекты проблемы депрессий позднего возраста // Материалы XII съезда психиатров России. - М., 1995. – С. 436-437.
108. Корнетов, А.Я. Клинико-эпидемиологические данные о суицидальных попытках в подростково-юношеском возрасте // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 315 -316.
109. Корнетов, Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов / Тюменский медицинский журнал. 2013. Т. 15. № 1. – С. 11-12.
110. Короленко, Ц.П., Донских, Т.А. Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире. - Новосибирск, 1999. - 130 с.
111. Красильников, Г.П., Гулевич, Э.А. Медико-статистический анализ основных характеристик суицидентов за периоды 1992-1994 гг. // Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии. - Новосибирск, 1997. - Вып. 4. – С. 70-75.
112. Красильников, Г.Т., Гулевич, Э.А. Динамика мотиваций суицидов (сравнительная клинико-психологическая характеристика) // Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии. - Новосибирск, 1997. - Вып. 4. – С. 92-95.
113. Круг Г. Этьенн и др. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2003. — 376 с.
114. Крупицкий, Е.М., Гриненко, А.Я. Метод АКАТ (Аффективная контратрибуция, психоделическая психотерапия) в лечении клинической зависимости: результаты исследований за 10 лет // Вопросы наркологии - 1995.- № 24. – С. 27-32.
115. Кудрявцев, И.А. Смысловая типология суицидов // Суицидология. 2013. Т. 4. № 2 (11). – С. 3-7.
116. Кутько, И.И., Ситченко, Н.М. Критерии социальной опасности суицидентов, страдающих различными типами психопатий // Архив психиатрии. - 1995. М., - С. 79-80.

117. Лазаришвили, И.С. Анализ повторных суицидальных действий практически здоровых лиц и лиц, страдающих некоторыми формами психопатий: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1986.
118. Лазебник, А.И., Сунцов, А.А., Башкирова, Г.А. Современная суицидная ситуация в г. Ижевске и ее прогнозирование // Психическое здоровье населения России (социальный и эпидемиологический аспекты): Материалы Всероссийской научно-практической конференции (Ижевск, 14-16 апреля 1994 г.). - Москва - Ижевск, 1994. – С. 120-122.
119. Лазебник, А.И., Сунцов, А.А., Коробейников, О.Р., Сюрсина, О.Г. Суициды, завершенные в детском и подростковом возрасте // Материалы Российской научно-практической конференции. - Москва - Хабаровск, 1995.- С. 46-48.
120. Лазебник, А.И., Васильев, В.В., Кочуров, В.Ю. Сравнительный анализ завершенных суицидов среди здоровых и психически больных // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. - М., 1996. - С. 43-47.
121. Лапицкий, М.А., Ваулин, С.В., Асмоловская, Т.В., Осипова, Н.Н. Суицидо опасные состояния у подростков (профилактика и терапия) // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 316.
122. Ласый, Е.В. Суицидальные попытки: цель и угроза жизни // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – 316 с.
123. Ласый, Е.В. Определение и классификация суицидального поведения. Часть 1 // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2013. № 1 (11). – С. 94-105.
124. Ласый, Е.В. Определение и классификация суицидального поведения. Часть 1 // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2013. № 2 (12). – С. 66-77.
125. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л., 1983. — 225 с.
126. Лопатин, А.А., Платонов, Г.Г. Организация суицидологической службы в г. Кемерово // Материалы XII съезда психиатров России. - М., 1995. – С. 89-91.

127. Лопатин, А.А. Суициды и парасуициды (клинико-эпидемиологические и социально-организационные аспекты): автореферат диссертации на соискание ученой степени д.м.н.: специальность 14.00.18: специальность 14.00.33 / Лопатин Андрей Анатольевич; [Кемер. гос. мед. акад.]. - М.: Б.и.: 2000. - 38 с.: ил.; 21 см.
128. Лопатин, А.А., Кокорина, Н.П., Селедцов, А.М. Самостоятельная специализированная суицидологическая служба в Кузбассе - модель региональной антикризисной помощи // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 317.
129. Лужников, Е.А. Особенности суицидальных отравлений // О психическом здоровье населения России (социальный и эпидемиологический аспекты): Материалы Всероссийской научно-практической конференции (Ижевск, 14-16 апреля 1994 г.). - Москва - Ижевск, 1994. – С. 49-51.
130. Лушев, Н.Е. Прогнозирование суицидального риска у больных алкоголизмом // Комплексные исследования в суицидологии. - М., 1986. – С. 40-45.
131. Любов, Е.Б., Цупрун, В.Е. Суицид и шизофрения: факторы риска и эпидемиология // Психическое здоровье. 2013. Т. 11. № 11 (90). – С. 66-76.
132. Любов, Е.Б., Кабизулов, В.С., Цупрун, В.Е., Чубина, С.А. Территориальные суицидологические службы Российской Федерации: структура и функция // Суицидология. 2014. Т. 5. № 3 (16). – С. 3-17.
133. Любов, Е.Б., Паршин, А.Н. Клинико-экономические исследования суицидального поведения // Суицидология. 2016. Т. 7. № 1 (22). – С. 11-28.
134. Любов, Е.Б., Магурдумова, Л.Г., Цупрун, В.Е. Суицидальное поведение пожилых // Суицидология. 2017. Т. 8. № 1. – С. 3-16.
135. Макарович, Н.С., Макаренко, С.Л., Шмакова, М.А., Еремеева, Е.А. Экспертная оценка возрастных особенностей аффективных состояний // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. - М., 1996. – С. 330-334.

136. Мальцев, С.В., Бариков, Е.Х., Сурков, А.В. Медико-социальный анализ случаев самоубийств в г. Кемерово // Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. - Ижевск, 1994. - Вып. 7. – С. 125-128.
137. Мелентьев, М.П., Тищенко, А.П. Предупреждение самоубийств среди лиц, осужденных к лишению свободы. // Киев, 1994. – С. 3-80.
138. Мельтцер, Г., Фатеш, Г. Самоубийство при шизофрении: Лечебный эффект клозапина // Социальная и клиническая психиатрия. - 1996. - Т.6. – С. 86-87.
139. Меринов, А.В., Байкова, М.А. Анализ влияния наличия веры в Бога на суицидологические показатели и клинико-психопатологические характеристики студентов старших курсов ВУЗа // Суицидология. 2016. Т. 7. № 1 (22). – С. 29-39.
140. Моуди, Р. Снова о жизни после жизни: Жизнь после жизни. Дальнейшие размышления о жизни после жизни. Свет с того света. - М.: Вече, АСТ, 1998. - 416 с.
141. Мулик, Е.Ю. Аутоагрессивное поведение у подростков // Архив психиатрии. – 1995 - 155 с.
142. Немчин, Т.А., Цыцарев, С.В. Личность и алкоголизм. // - Л.: Изд-во Лен. Универс., 1989. - 193 с.
143. Неплох, Я.М. Человек, познай себя! Записки психиатра. - СПб.: Наука, 1991. - 208 с.
144. Никаноров, А.И. Клинико-мотивационный анализ суицидального поведения (Клинический и социально-психологический аспекты): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Новосибирск, 1999.
145. Ниссен, Г. Агрессивность и аутоагрессивность у детей и подростков // Социальная и клиническая психиатрия. - 1992. - Том 2. – С. 13-20.
146. Ниязов, И.Н. Клиническая и социально-демографическая характеристика больных алкоголизмом, совершивших аутоагрессивные действия: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Самарканд, 1992.

147. Опенко, Т.Г., Чухрова, М.Г., Аврукин, В.М. Суициды, парасуициды и алкоголь // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.// 2007. № 1. – С. 17-19.
148. Ордянская, А.Б., Познизовский, А.М., Скибина, Г.А. Купирование кризисных состояний в условиях специализированного стационара: Методические рекомендации. - М., 1986. - 21 с.
149. Остроглазов, В.Г., Фисик, М.В. Исследование проблемы самоубийства в г. Ачинске // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 317-318.
150. Павлов, И.П. Полное собрание сочинений. 2-е изд. - Т. 1 - 6. - М., 1952.
151. Панченко, Е.А. Клиническая характеристика лиц, совершивших суицидальную попытку (на материале психиатрического стационара) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 1. С. 15-17.
152. Паршин, А.Н. Суицид как развитие личности // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 318.
153. Пастухов, Л.А. Медико-социальная характеристика травматизма трудоспособного населения крупного промышленного центра: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1988. - 17 с.
154. Пашковский, В.Э., Добровольская, А.Е., Софронов, А.Г., Прокопович, Г.А. Клинические особенности и оценка уровня тяжести суицида у лиц, совершивших суицидальные попытки отравления // Суицидология. 2015. Т. 6. № 1 (18). – С. 32-41.
155. Пейякович Йу., Дуньич Душан Й. Самоубийство подростков. — М., 2000. — 168 с.
156. Пепеляева, Т.И., Новикова, Е.Д. Анализ повторных суицидов у больных шизофренией и меры их превенции // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. - М., 1984. – С. 83-87 с.
157. Перехов, О.Я. «Непрямое» самоубийство как вариант саморазрушающего поведения // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные

- материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. Москва 2-3 декабря 2004 г. – М.: ГЕОС, 2004. - С. 96-97.
158. Перлз, Ф., Хефферлик, Р., Гудмэн, П. Опыты психологии самопознания (практикум по гештальтерапии) / Пер. с англ. М.: «Гиль-Эстель», 1993.- 202 с.
159. Пермякова, И.А. Клинические проявления психических нарушений и их психотерапевтическая коррекция у лиц, впервые совершивших суицидальную попытку: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Томск, 1996. - 24 с.
160. Петраков, Б.Д., Башлыков, Н.А. К вопросу о некоторых причинных факторах смертности в результате суицидальных явлений // Вопросы изучения заболеваемости и организации медицинской помощи населению. - М., 1973. – С. 105-110.
161. Петров, П.П., Борохов, Д.З., Кульжанов, М.К. и др. Суицидальное поведение как социально-гигиеническая проблема // Сов. Здравоохранение. - 1991. - Ч. 1. – С. 27-31.
162. Петровский, К.А. Психология неадаптивной активности. - М., 1992.
163. Печерникова, Т.П., Кадина, Т.И., Бутылина, Н.В. Суицидоопасные стрессовые состояния // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. - М., 1996. – С. 330-334.
164. Пивнева, Е.В. Социологические исследования суицидального поведения // Архив психиатрии. - 1995. - № 29. – С. 77-79.
165. Пилягина, Г.Я. Суицидальное поведение у больных с пограничными психическими расстройствами и его коррекция с помощью латеральной физиотерапии // Архив психиатрии. - 1995. - № 9. – С. 83-86.
166. Плюснин, Ю.М. Проблема биосоциальной эволюции. Теоретико методологический анализ. — Новосибирск, 1990. — 240 с.
167. Поздняк, В.П., Рунец, К.Е., Ласый, Е.В. и др. Эпидемиологический анализ суицидов в г. Минске (1994 - 1997 гг.) // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 318.

168. Полеев, А.М. Неотложная психотерапевтическая помощь в системе комплексной превенции самоубийств: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1989. – 20 с.
169. Полеев, А.М. О покушении на самоубийство // Гармония души и тела. - 1995. – С. 45-56.
170. Полищук, Ю.И. О так называемых непатологических суицидоопасных ситуационных реакциях // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - СПб., 1993. – С. 156-158.
171. Положий, Б.С. Культуральные аспекты психического здоровья населения России // Материалы XII съезда психиатров России. - М., 1995.- С. 102-103.
172. Положий, Б.С. Стрессы социальных изменений и расстройства психического здоровья // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 1996, № 2. – С. 17-25.
173. Положий, Б.С. Суициды в контексте этнокультуральной психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002, № 6. – С. 57-59.
174. Положий, Б.С. Суицидальная ситуация в современной России // Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и решения: Материалы научно-практической конференции. Москва, 16 ноября 2005 г. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2006. – С. 40-44.
175. Положий, Б.С. Клиническая суицидология. Этнокультуральные подходы. // М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2006. – 207 с.
176. Положий, Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал – 2010, №4. – С. 55-62.
177. Положий, Б.С., Панченко, Е.А. Факторы динамики суицидального процесса. // Психическое здоровье, 2011, № 9. – С. 65-68.
178. Положий, Б.С., Фритлинский, В.С., Агеев, С.Е. Суициды в странах СНГ // Суицидология. 2014. Т. 5. № 4. – С. 12-16.
179. Помро, К., Делорм, М., Дрюо, Ж. и др. Суицидальное поведение в юношеском возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. -1997 – С. 63-68.

180. Пономарев, Г.Н., Софроньева, Н.М., Косенко, В.Г. Влияние неблагоприятных социально-экономических и средовых факторов на психическое здоровье населения // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. — М.: РИО ГНЦС и СП им. В.П. Сербского, 1996. — С. 68-70.
181. Попов, Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1994. - № 21. — С. 6-13.
182. Попов, Ю.В., Вид, В.Д. Современная клиническая психиатрия. — СПб., 2000. — 402 с.
183. Попова, Н.М. К вопросу об истинных суицидальных попытках у практически здоровых лиц // Актуальные вопросы психиатрической практики. - Полтава, 1993. - Вып. 7. — С. 109.
184. Портнов, В.А., Смирнов, П.В. Антиципация возраста совершения повторных суицидальных попыток // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. — С. 319.
185. Протько, Н.Н. Психические расстройства и суициды // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2017. № 3. — С. 134-144.
186. Прошутин, В.Л., Артамонова, О.В. Медико-социальный анализ завершённых суицидов на территории Удмуртии // Актуальные аспекты судебной медицины. - Ижевск, 1992. - Вып. 2. — С. 26-28.
187. Прошутин, В.Л., Ивнин, В.Г. Медико-социальные и правовые аспекты самоубийств // Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. - Ижевск, 1994. - Вып. 7. — С. 119-121.
188. Прошутин, В.Л., Колударова, Е.М. Случаи самоубийств лиц молодого возраста в г. Ижевске // Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. - Ижевск, 1994. - Вып. 7. — С. 121-122.
189. Пырков, П.П. Особенности лечения суицидентов в соматической больнице // Архив психиатрии. - 1995. - №29. — С. 82-83.

190. Распопова, Н.И., Толстикова, А.Ю. Сравнительный анализ психопатологических механизмов гомоцидов и суицидов у больных шизофренией // Суицидология. 2016. Т. 7. № 1 (22). – С. 40-45.
191. Редько, А.Н. Самоубийства как социально-гигиеническая проблема: дисс. ... канд. мед. наук. - Краснодар, 1992. - 213 с.
192. Рейнуотер, Д. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом / Пер. с англ.. - М.: Прогресс, 1992. - 240 с.
193. Рожнов, В.Е. О роли эмоционально-стрессового внушения в психотерапии алкоголизма // Социальная и клиническая психиатрия. - 1996. - № 2. – С. 153-154.
194. Ротштейн, В.Г. Перспектива эпидемиологических исследований в психиатрии // Материалы XII съезда психиатров России. - М., 1995. – С. 109-110.
195. Руженков, В.А. Суицидальное поведение больных шизофренией, страдающих алкоголизмом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1989. - 23 с.
196. Руженков, В.А. Клиническое значение социальных и стрессовых факторов в возникновении и динамике невротических и психогенных реакций с суицидальной предрасположенностью у больных, перенесших острый инфаркт миокарда // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. - М., 1996.- С. 150-152.
197. Руженков, В.А. Суицидальное поведение в соматической клинике // «Врач». - 1998. - М 4. – С. 34-36.
198. Руженков, В.А. Суицидоопасные невротические и психогенные реакции у больных язвенной болезнью: (Клиника, терапии и профилактика): Автореф. дисс. ... д.м.н. - М., 1998. - 42 с.
199. Руженков, В.А., Лобов, Г.А., Боева, А.В. К вопросу об уточнении содержания понятия «аутоагрессивное поведение» // Научно-Медицинский Вестник Центрального Черноземья. – Воронеж, 2008. - №32. – С. 20-24.

200. Руководство по социальной психиатрии // Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.
201. Саржевский, С.Н. Особенности суицидального поведения подростков, больных эпилепсией с депрессивными состояниями // Архив психиатрии. - 1995.- № 29. – С. 80-81.
202. Саркиапоне, М., Положий, Б.С. Суициды у детей и подростков // Российский психиатрический журнал. 2014. № 3. – С. 52-56.
203. Сидорюк, О.В., Пронина, Л.А. Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. // Вып. II. - Москва - Ижевск: Ижевский полиграф. комбинат, 1997. – С. 59-62.
204. Синицкий, В.Н. Депрессивные состояния (патофизиологическая характеристика, клиника, лечение, профилактика). – Киев, 1986. - 272 с.
205. Синявский, М.М. Суицидальные реакции у больных с ожирением // Материалы III съезда невропатологов и психиатров Белоруссии. - Минск, 1986. – С. 427-428.
206. Сиряченко, Т.М., Михайлова, Н.Н., Соколова, О.Н., Пекарская, Л.И. Некоторые аспекты стрессогенных расстройств в психогериатрии // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. - М., 1996. – С. 156-159.
207. Ситченко, Н.М. Особенности суицидального поведения у женщин, страдающих психопатией: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1991. - 24 с.
208. Ситченко, Н.М. Суицидальные попытки лиц, страдающих психопатией // Харьк. мед. журнал. - 1995, - С. 76-77.
209. Скибина, Г.А. Тактика ведения суицидентов в ближайшем постсуицидальном периоде // Актуальные проблемы суицидологии. - М., 1981. – С. 237-247.
210. Скибина, Г.А., Виноградова, И.А. Диагностика суицидального поведения при невротической депрессии // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 319-320.

211. Славогородский, Я.М. Клиническая динамика и терапия психических расстройств у подростков - девочек в постсуицидальном периоде: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2000. - 24 с.
212. Слуцкий, А.С., Занадворов, М.С. Некоторые психологические и клинические аспекты поведения суицидентов // Психологический журнал. - 1992. - Вып. 13.- № 1. – С. 77-85.
213. Спиридонов, В.А. Медико-статистический анализ завершенных суицидов в г. Казани за 1988-1992 гг. // Казанский медицинский журнал. - 1994. - Т.25. - № 4. – С. 296-298.
214. Старшенбаум, Г.В. Психотерапия лиц с суицидоопасными кризисными состояниями: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1991. - 18 с.
215. Столяров, А.В., Борохов, А.д., Жаманбаев, Е.К. и др. Алкоголь как провоцирующий фактор суицидальных действий // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1990. - Т.90. - Вып. 2. – С. 55-58.
216. Трайнина, Е.Г. Аффективные расстройства и аутоагрессивные тенденции в клинике неалкогольных наркоманий // Актуальные проблемы суицидологии. - М., 1978. - 239 с.
217. Трайнина, Е.Г. Диагностика и профилактика аутоагрессивных проявлений у больных алкоголизмом и наркоманиями: Методические рекомендации. - М., 1987. - 22 с.
218. Трайнина, Е.Г. Особенности суицидального поведения подростков, злоупотребляющих алкоголем и лекарственными препаратами // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. - М., 1991. - С. 63-68.
219. Трунов, Д.Г. Определение суицида: поиск критериев // Суицидология. 2016. Т. 7. № 1 (22). – С. 64-67.
220. Узелевская, А.Э., Менделевич, В.Д., Боев, И.В. Прогностическая деятельность пациентов с личностными расстройствами с повышенной склонностью к психосоциальной дезадаптации // Российский психиатрический журнал. - М., 2001. - №26. – С. 17-20.

221. Усов, М.Г. Клиника, ранняя диагностика и прогноз депрессии у подростков: Автореф. дисс. ... д.м.н. - Томск, 1996. - 33 с.
222. Филатов, Ф.Р. Психологическая помощь подросткам со склонностью к суицидальному поведению // Суицид: статистика, мотивация, профилактика. - Ростов-на-Дону, - 1999. – С. 58-61.
223. Франкл, В. Психотерапия и религия // Человек в поисках смысла. - М.: Прогресс, 1990. – С. 334-337.
224. Хайкин, В.Л. Реабилитация подростков с суицидальным поведением // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. - М., 1989. – С. 47-52.
225. Харисова, Н.А. Некоторые характеристики суицидального поведения у детей и подростков // Актуальные проблемы современной психиатрии и наркологии. - Уфа, 1994. – С. 176-177.
226. Харченко, Е.Н. Сравнительная характеристика некоторых психофизиологических и личностных особенностей при непсихотических острых аффективных реакциях, сопровождающихся суицидальными попытками: (Клинико-психофизиологич. исслед.): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Харьков, 1992. - 30 с.
227. Христо, А.С. Алкоголизация у лиц с суицидальным поведением // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 320.
228. Христофоров, С.Н. Особенности суицидального поведения у больных алкоголизмом, осложненным употреблением суррогатов алкоголя: Автореф. дисс. ... канд. мед. Наук. — СПб., 1994. - 23 с.
229. Цупрун, В.Е. Профилактика суицидального поведения среди контингента больных психоневрологического диспансера: Методические рекомендации. - М., 1986. – 15 с.
230. Цупрун, В.Е. Психопатологические синдромы и суицидальный риск // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 320.
231. Цупрун, В.Е. Агрессивность и суициды среди психически больных // В книге: Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии

- Материалы Российской конференции и Пленума Правления Российского общества психиатров с участием главных психиатров и наркологов, руководителей психиатрических и наркологических учреждений. Ответственный редактор В.Н. Краснов.// 2007. - С. 256-257.
232. Чомарян, Э.А. Особенности суицидального поведения при различных типах алкогольного опьянения // Актуальные проблемы суицидологии. - М., 1978. – С. 239.
233. Чуев, Ю.Ф., Базыма, Б.А. и др. Клинико-психологическая оценка суицидного потенциала у женщин, больных алкоголизмом // Неврология и психиатрия. - 1988, - С. 74-76.
234. Чуприкова, Е.Г., Дравицкая, О.О., Чуприков, А.П. К вопросу профилактики суицидов у детей и подростков // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. – С. 320-321.
235. Шамиев, Р.Х. Суицидальные тенденции в картине эндогенных и возрастнo-органических депрессий позднего возраста: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1998. - 22 с.
236. Шамрей, В.К., Днов, К.В., Курасов, Е.С., Костин, Д.В. Психическое здоровье военнослужащих, совершивших суицидальные попытки // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2010. № 2. – С. 56-59.
237. Шипицина, Л.М., Иванов, Е.С, Стеценко, Н.В. Мотивы суицидального поведения у подростков // Российский психиатрический журнал. - 2000. – С. 40-44.
238. Шнейдман, Э.С. Душа самоубийцы. — М., 2001. — 315 с.
239. Шустов, Д.И. Аутоагрессивное поведение и алкоголизм: (Клинико-терапевтическое исслед.): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2000. - 51 с.
240. Эллис, А. Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают // Московский психотерапевтический журнал. - 1994. - М., № 21. – С. 74-77.

241. Энтин, Г.М., Мухарлямова, Ф.Г., Галкин, В.А. Использование различных методов лечения больных алкоголизмом в наркологических учреждениях России в 1991-1993 гг. // Социальная и клиническая психиатрия. - 1995. - № 23. – С. 114-119.
242. Яковлева, А.Л., Симуткин Г.Г. Влияние коморбидности аффективных и личностных расстройств на основные клинические характеристики текущего депрессивного эпизода и суицидальное поведение // Суицидология. 2014. Т. 5. № 3 (16). – С. 47-52.
243. Abreu, L.N., Lafer, B., Baca-Garcia, E. et al. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician // Revista Brasileira de Psiquiatria. 2009. - Vol. 31, № 3. – P. 271-280.
244. Anderson, N.L. Using the experiential avoidance model of non-suicidal selfinjury: Understanding who stops and who continues / N.L. Anderson, J.H. Crowther // Archives of Suicide Research. – 2012. – Vol. 16 (2). – P. 124–134.
245. Angst, R., Stassen, H.H., Clayton, P.J. et al. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years // J. Affect. Disord. 2002. -Vol. 68. – P. 167-181.
246. Angst, J., Angst, R, Gerber-Werder, R. et al. Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up // Arch. Suicide Res. 2005. - Vol. 9. – P. 279-300.
247. Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. APA Practice Guideline // D.G. Jacobs [et al.]. – NY, 2003. – 184 p.
248. Auquier, P., Lancon, C., Rouillon, F. et al. Mortality in schizophrenia // Pharmacoepidemiol. Drug Saf. 2007. - Vol.16. - № 12. – P.1308-1312.
249. Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Ceverino, A. et al. Suicide attempts among women during low estradiol/low progesterone states // J. Psychiatric Research. 2010. - Vol. 44, № 4. – P. 209-214.

250. Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., García-Resa, E. et al. Lack of association between plasma apolipoprotein E and suicide attempts // *J. Clin. Psychiatry*. 2004. - Vol. 65, № 4. –P. 580.
251. Baechler, J. *Suicides* // J. Baechler. – Basil Blackwell, Oxford, 1979. – 474 p.
252. Beck F.T., Steer R.A. Clinical predictors of eventual suicide: A five to ten year prospective study of suicide attempters // *Journal of Affective Disorders*. 1989 Vol. 17. P. 203-209.
253. Bagge, C.L., Sher, K.J. Adolescent alcohol involvement and suicide attempts: toward the development of a conceptual framework // *Clin. Psychol. Rev.* 2008. - Vol. 28, № 8. – P. 1283-1296.
254. Bahmanyar, S., Sparén, P., Rutz, E.M. et al. Risk of suicide among operated and non-operated patients hospitalised for peptic ulcers // *J. Epidemiol. Community Health*. 2009. - Vol. 63, № 12. – P. 1016-1021.
255. Baldessarini, R.J, Vázquez, G.H., Tondo, L. Affective temperaments and suicidal ideation and behavior in mood and anxiety disorder patients. // *J Affect Disord*. 2016 Jul 1;198:78-82. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.002.
256. Ballard, E.D., Snider S.L., Nugent, A.C., Luckenbaugh, D.A., Park L., Zarate, C.A. Jr., Erlangsen, A., Nordentoft, M. Active suicidal ideation during clinical antidepressant trials.// *Lancet Psychiatry*. 2016 Jun;3(6):494-5. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30021-9.
257. Barry, D.T., Steinberg, M.A., Wu, R. et al. Differences in characteristics of Asian American and white problem gamblers calling a gambling helpline // *CNS Spectr*. 2009. - Vol. 14, № 2. – P. 83-91.
258. Baumann, P., Zullino, D.F., Eap, C.B. Enantiomer's potential in psychopharmacology a critical analysis with special emphasis on the antidepressant escitalopram // *Eur. Neuropsychopharmacol.* - 2002. Vol. 12. – P. 433-444.
259. Beautrais, A.L. Gender issues in youth suicidal behaviour // *Emergency Medicine Australasia*. 2002. - Vol. 14, N 1. – P. 35-42.

260. Bengesser, G., Zaunmuller, T., Hable, A., Purgyi, P. Psychotherapeutic intervention with families after multiple suicides // *Wien Med. Wochenschr.* — 2000. — Vol. 150 (6). — P. 120-122.
261. Bertilsson, L. CYP2D6, serotonin, and suicide a relationship? // *Clin. Pharmacol. Ther.* - 2010. - Vol. 88, № 3. – P. 304-305.
262. Besnier, N., Gavaudan, G., Navez, A. et al. Clinical features of suicide occurring in schizophrenia (I). Risk-factors identification // *Encephale.* - 2009. Vol. 35, № 2. – P. 176-181.
263. Bille-Brahe, U. Suicidal behaviour in Europe: The situation in the 1990 s. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1998. - 31 p.
264. Bode-Jänisch, S. et al. Suicide in children, youths and young adults. *Arch Kriminol* 2011; 227 (1–2): P. 33–42.
265. Bostwick, J. M., Pankratz, V. S. Affective disorders and suicide risk: a reexamination // *Am. J. Psychiatry.* 2000. - Vol. 157, № 2. – P. 1925-1932.
266. Bottlender, R., Rudolf, D., Strauss, A., Moller, H.J. Antidepressant-associated manifold states in acute treatment of patients with bipolar-I depression // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1998. - Vol.248, № 6. – P. 296-300.
267. Brady, J. The association between alcohol misuse and suicidal behaviour // *Alcohol.* 2006. - Vol.41, № 5. – P. 473-478.
268. Brand, S., Dodel, R., Hautzinger, M. et al. Depression in Parkinson's disease. Assessment and treatment // *Nervenarzt.* 2007. - Vol. 78, № 6. - P. 715-727.
269. Bronchard, M., Robin, M., Mauriac, F., Waddington, A., Noirot, M.N., Devynck, C., Bisson, F., Kannas, S., Polge, C. Managing adolescent and adult victims of extra-familial rape soon after aggression // *Encephale.* — 2001. — Vol. 27 (1). — P. 1-7.
270. Brunner, J., Bronisch, T., Pfister, H. et al. High cholesterol, triglycerides, and body-mass index in suicide attempters // *Archives of Suicide Reseach.* -2006.- Vol. 10, № 1. – P. 1-9.

271. Buri, C., von Bonin B., Strik, W. et al. Predictors of attempted suicide among swiss patients with alcohol-use disorders // *J. Studies on Alcohol & Drugs*. 2009. - Vol. 70, № 5. – P. 668-674.
272. Burrows, S., Auger, N., Roy, M. et al. Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec, Canada, 1990-2005 // *Public Health*. 2010. - Vol. 124, № 2. – P. 78-85.
273. Burrows, S., Laflamme, L. Socioeconomic disparities and attempted suicide: state of knowledge and implications for research and prevention // *International J. Inj. Control Saf. Promotion*. 2010. - Vol. 17, № 1. – P. 23-40.
274. Caces, P., Harford, T. Time series analyses of alcohol consumption and suicide mortality in the United States, 1984-1987. // *J. Studies Alcohol*. -1998. - N. 59. – P. 455-461.
275. Canetto, S.S. Women and suicidal behavior: a cultural analysis // *Am. J. Orthopsychiatry*. 2008. - Vol. 78, N 2. – P. 259-266.
276. Carballo, J. J., Akamnonu, C. P., Oquendo, M. A. Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings // *Archives of Suicide Research*. 2008. - Vol.12, № 2. – P. 93-110.
277. Carlini-Cotrim, B., da-matta-Chasin, A. Blood alcohol content and death from fatal injury: a study in the metropolitan area of Sao Paulo, Brasil // *J. Psychoactive Drugs*. 2000. - Vol. 32, № 3. – P. 269-275.
278. Carrasco, J.L., Sandner, C. Clinical effects of pharmacological variations in selective serotonin reuptake inhibitors: an overview // *International J. Clin. Practice*. 2005. - Vol. 59, № 12. – P. 1428-1434.
279. Carrico, A.W. Elevated suicide rate among HIV-positive persons despite benefits of antiretroviral therapy: implications for a stress and coping model of suicide // *Am. J. Psychiatry*. 2010. - Vol. 167, № 2. – P. 117-119.
280. Cha, B., Kim, J. H., Ha, T. H. et al. Polarity of the first episode and time to diagnosis of bipolar I disorder // *Psychiatry Investigation*. 2009. -Vol. 6, № 2. – P. 96-101.

281. Chen, C.K., Tsa,i Y.C., Hsu, H.J. et al. Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure // *Psychosomatics*. -2010.-Vol. 51, № 6. – P. 528.
282. Chung, K. H., Lin, H. C. Methods of suicide among cancer patients: a nationwide population-based study // *Suicide Life Threat. Behav.* 2010. -Vol. 40, №2. – P. 107-114.
283. Clark, R.V., Jones, P.R. Suicide and increased availability of hand-guns in the United States // *Soc. Sci. Med.* 1989. - Vol. 28, № 8. – P. 805-809.
284. Connors, M.E. Need and responsiveness in the treatment of a severely traumatized patient: a relational perspective // *Am. J. Psychother.* — 1997. — Vol. 51 (1). — P. 86-101.
285. Conrad, R., Walz, F., Geiser, F. et al. Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients // *Psychiatry Research*. 2009. - Vol. 170 (2-3). – P. 212-217.
286. Cottencin, O. Severe depression: concomitant somatic disease // *Encephale*. 2009. - Vol. 35. - Suppl. 7. – P. 272-278.
287. De Leo, D. [et al.]. Definitions of Suicidal Behavior. Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study // *Crisis*. – 2006. - Vol. 27, № 1. – P. 4-15.
288. Dieperink, E., Willenbring, M., Ho, S. B. Neuropsychiatric Symptoms Associated With Hepatitis C and Interferon Alpha: A Review // *Am. J. Psychiatry*. 2000. - Vol. 157. – P. 867-876.
289. Druss, B., Pincus, H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses // *Arch. Intern. Med.* 2000. Vol.160, № 10. – P. 1522-1526.
290. DSM-4; 4th edition. — Washington, 1994. — 886 p.
291. Dunster-Page, C., Haddock, G., Wainwright, L., Berry, K. The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: A systematic review. // *J Affect Disord*. 2017 Jul 23; 223:165-174. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.040.
292. Easterlin, R.A. Birth and fortune. NY: Basic Books 1980.

293. Engqvist, U., Rydelius, P.A. Death and suicide among former child and adolescent psychiatric patients // *BMC Psychiatry*. 2006. - Vol.6. - C. 51.
294. Fanger, P. C., Azevedo, R. C., Mauro, M. L., et al. Depression and suicidal behavior of cancer inpatients: prevalence and associated factors // *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2010. Vol. 56, № 2. – P. 173-178.
295. Fernandes, C., Ramos, V., Gosales-Seigu, M.P. et al. Impulsive versus planned suicidal attempt // *XI World Congress of Psychiatry, Hamburg*. -1999. - P. 25.
296. Fernquist, R.M. Attitudes toward the unification of Western Europe and cross-national suicide rates: eight European countries, 1973—1990 // *Suicide Life Threat. Behav.* — 2001. — Vol. 31, №3. — P. 333-341.
297. Fernquist, R.M., Cutright, P. Societal integration and age-standardized suicide rates in 21 developed countries, 1955—1989 // *Soc. Sci. Res.* — 1998. — Vol. 27, №2. — P. 109-127.
298. Fiedorowicz, J. G., Coryell, W. H. Cholesterol and suicide attempts: a prospective study of depressed inpatients // *Psychiatry Research*. 2007. -Vol. 152, № 1. - P. 11-20.
299. Fiske, A., Wetherell, J. L., Gatz, M. Depression in older adults // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2009. - Vol.5. – P. 363-389.
300. Fontana, A., Rosenheck, R. An etiological model of attempted suicide among Vietnam theater veterans. Prospective generalization to a treatment-seeking sample // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 1995. — Vol. 183 (6). — P. 377-383.
301. Fontana, A., Rosenheck, R. Attempted suicide among Vietnam veterans: a model of etiology in a community sample // *Am. J. Psychiatry.* — 1995. — Vol. 152 (1). — P. 102-109.
302. Frith, C. Functional imaging and cognitive abnormalities // *Lancet*. -1995.- Vol.346. – P. 615-620.
303. Fruehwald, S., Frottier, P., Matschnig, T., et al. The relevance of previous suicide behaviour for prison suicide // *Eur. Psychiatry*. 2003. Vol. 18. - P. 161-165.

304. Fruehwald, S., Matschnig, T., Koenig, F. et al. Suicide in custody. Case-control study // *Brit. J. Psychiatr.* 2004. - Vol.185. – P. 494-498.
305. Fuhr, D.C., Calvert, C., Ronsmans, C., Chandra, P.S., Sikander, S., De Silva, M.J., Patel, V. Contribution of suicide and injuries to pregnancy-related mortality in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis.// *Lancet Psychiatry.* 2014 Aug;1(3):213-25. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70282-2.
306. Gadalla, T.M. Association of comorbid mood disorders and chronic illness with disability and quality of life in Ontario, Canada // *Chronic Dis. Can.* 2008. Vol.28. - № 4. – P. 148-154.
307. Galfalvy, H., Huang, Y. Y., Oquendo M. A. et al. Increased risk of suicide attempt in mood disorders and TPH1 genotype // *J. Affective Disorders.* 2009. Vol. 115, № 3 – P. 331-338.
308. Ganz, D., Sher, L. Suicidal behavior in adolescents with comorbid depression and alcohol abuse // *Minerva Pediatr.* 2009. - Vol. 61, № 3. - P. 333-347.
309. Gerstenberg, M., Theodoridou, A., Traber-Walker, N., Franscini, M., Wotruba, D., Metzler, S., Müller, M., Dvorsky, D., Correll, C.U., Walitza, S., Rössler, W., Heekeren, K. Adolescents and adults at clinical high-risk for psychosis: age-related differences in attenuated positive symptoms syndrome prevalence and entanglement with basic symptoms. // *Psychol Med.* 2016 Apr;46(5):1069-78. doi: 10.1017/S0033291715002627.
310. Ghaemi, S.N., Bohman, E.E., Goodwin F.K.: Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study // *J. Clin. Psychiatr.* 2000. - № 61. – P. 804-808.
311. Gilbert, J. W., Wheeler, G. R., Storey, B. B. et al. Suicidality in chronic noncancer pain patients // *Int. J. Neuroscience.* 2009. - Vol. 119, № 10. – P. 1968-1979.
312. Golgney, R.D. *Suicide Prevention a practical approach.* Oxford University Press, Oxford, 2008. - 120 p.

313. Gondek, T.M., Królicka, A., Piotrowski, P., Kiejna, A. The European studies on mortality in schizophrenia. // *Psychiatr Pol.* 2015;49(6):1139-48. doi: 10.12740/PP/37845
314. Goodwin, R.D., Marusic, A., Hoven, C.W. Suicide attempts in the United States: the role of physical illness // *Soc. Sci. Med.* 2003. - Vol. 56. - P. 1783-1788.
315. Goody, S.M.G., Cannon, K.E., Liu, M., Kallman, M.J., Martinolle, J.P., Mazelin-Winum, L., Giarola, A., Ardayfio, P., Moyer, J., Teuns, G., Hudzik, T.J. Considerations on nonclinical approaches to modeling risk factors of suicidal ideation and behavior.//*Regul Toxicol Pharmacol.* 2017 Jul 27. pii: S0273-2300(17)30226-X. doi:10.1016/j.yrtph.2017.07.030.
316. Graham, A. et al. Suicide: an Australian Psychological Society discussion paper. // *Australian Psychologist*, 2000, 35: P. 1–28.
317. Grollman, E.A. *Suicide Prevention, Intervention, Postvention.* Edition: Second Edition Binding: Beacon Hill Press, 1988. 151 p.
318. Hansen, M., Rossow, I. Gambling and suicidal behaviour // *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 2008. - Vol. 128, № 2. – P. 174-176.
319. Hardy, P. Severe depression: morbidity-mortality and suicide // *Encephale.* 2009. - Vol. 35. - Suppl. 7. – P. 269-271.
320. Hart-Hester, S. Elderly suicides: a need for prevention // *J. Miss. State Med. Assoc.* 2003. - Vol. 44, № 6. – P. 167-172.
321. Hawgood, J., De Leo, D. Anxiety disorders and suicidal behaviour: an update // *Curr. Opin. Psychiatry.* 2008. - Vol. 21, - P. 51-64.
322. Hawton, K. Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour // *The British Journal of Psychiatry.* 2000.-Vol.177. – P. 484-485.
323. Hawton, K., Sutton, L., Haw, C. et al. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors // *Br. J. Psychiatry.* 2005. - Vol. 187. – P. 9-20.
324. Hawton, K., Sutton, L., Haw, C. et al. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors // *J. Clin. Psychiatry.*- 2005. Vol.66. – P. 693-704.

325. Hazen, C., Soudry, Y., Consoli, S.M. Depression and physical illness // *Rev. Prat.* 2008. - Vol. 58, № 4. – P. 377-384.
326. Hetrick, S., Parker, A., Robinson, J. et al. Predicting suicidal risk in a cohort of depressed children and adolescents. *Crisis* 2011; 6: 1–8.
327. Higuchi, H. Postpsychotic depressive disorder // *Ryoikibetsu Shokogun Shirizu.* 2003. - Vol.38. – P. 350-353.
328. Hirsch, D. J. Death from dialysis termination // *Nephrol. Dial. Transplant.* 1989. - Vol. 4, № 1. – P. 41-44.
329. Hocaoglu, C., Babuc, Z. T. Suicidal ideation in patients with schizophrenia // *Isr. J. Psychiatry Related Sciences.* 2009. - Vol. 46, № 3. – P. 195-203.
330. Hoertel, N., Blanco, C., Oquendo, M.A., Wall, M.M., Olfson, M., Falissard, B., Franco, S., Peyre, H., Lemogne, C., Limosin, F. A comprehensive model of predictors of persistence and recurrence in adults with major depression: Results from a national 3-year prospective study.// *J Psychiatr Res.* 2017 Jul 22;95:19-27. doi: 10.1016.
331. Holinger, P.C., Offer, D. Prediction of adolescent suicide: a population model. *Am J Psychiat* 1982; 52 (3): 302–7.
332. Hor, K., Taylor, M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors // *J. Psychopharmacol.* 2010. - Vol.24. - Suppl. 4. – P. 81-90.
333. Hoyer, E.H., Mortensen, P.B., Olesen, A.V., 2000. Mortality and causes of death in a total national sample of patients with affective disorders admitted for the first time between 1973 and 1993 // *Br. J. Psychiatry.* -Vol.176. – P. 76-82.
334. Huang, X., Ribeiro, J.D., Musacchio, K.M., Franklin, J.C. Demographics as predictors of suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. // *PLoS One.* 2017 Jul 10;12(7):e0180793. doi: 10.1371/journal.pone.0180793.
335. Hufford, M. Alcohol and suicidal behavior // *Clin. Psychol. Rev.* -2001. Vol. 21, № 5. – P. 797-811.
336. Ivanets, N.N., Kinkulkina, M.A. Depression in schizophrenia // *Vestn. Ross. Akad. Med. Nauk.* 2008. - Vol.10. – P. 55-63.

337. Ivarsson, T., Larsson, B., Gillberg, C. A. 2–4 year follow-up of depressive symptoms, suicidal ideation and suicide attempts among adolescent psychiatric inpatients. *Eur Child Adoles Psy* 1998; 7: - P. 96–104.
338. Jenkins, R., Kovess, V. Evaluation of suicide prevention: A European approach // *International review of psychiatry*. 2002. - Vol. 14, № 1. – P. 34-41.
339. Johnson, F. W., Gruenewald, P. J., Remer, L. G. Suicide and alcohol: do outlets play a role? // *Alcoholism, Clin. & Experimental Research*. 2009. Vol. 33, № 12. – P. 2124-2133.
340. Kanchan, T., Menezes, R.G. Suicidal poisoning in Southern India: Gender differences // *J. Forensic Leg. Med.* 2008. - Vol.15, N 1. – P. 7-14.
341. Katon, W. Asthma, suicide risk, and psychiatric comorbidity // *Am. J. Psychiatry*. 2010. - Vol. 167, № 9. – P. 1020-1022.
342. Kessler, R.C. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society // *J. Clin. Psychiatry*. - 2000. - Vol. 61, Suppl. 5. – P. 4-12.
343. Khemakhem, K., Boudabous, J., Cherif, L., Ayadi, H., Walha, A., Moalla, Y., Hadjkacem, I., Ghrib, F. Impulsivity in adolescents with major depressive disorder: A comparative tunisian study. // *Asian J Psychiatr*. 2017 Aug; 28: 183-185. doi10.1016/j.ajp.2017.06.002.
344. Khemiri, L., Jokinen, J., Runeson, B., Jayaram-Lindström, N. Suicide Risk Associated with Experience of Violence and Impulsivity in Alcohol Dependent Patients. // *Sci Rep*. 2016 Jan 19;6:19373. doi: 10.1038/srep19373.
345. Kielholz, P. Depressionen: Alte Menschen im zunehmenden Masse betroffen // *Therapiewoche*. 1989. - Bd. 39. - № 19. – P. 1328-1342.
346. Kogan, J.N., Otto, M.W., Bauer, M.S. et al. Demographic and diagnostic characteristics of the first 1000 patients enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) // *Biol. Psychiatry*, 2004.
347. Kohler, C.G., Lallart, E.A. Postpsychotic depression in schizophrenia patients // *Curr. Psychiatry Rep*. 2002. - Vol.4. - №4. – P. 273-278.
348. Köhler-Forsberg, O., Madsen, T., Behrendt-Møller, I., Sylvania, L., Bowden, C.L., Gao, K., Bobo, W.V., Trivedi, M.H., Calabrese, J.R., Thase, M., Shelton, R.C.,

- McInnis, M., Tohen, M., Ketter, T.A., Friedman, E.S., Deckersbach, T., McElroy, S.L., Reilly-Harrington, N.A., Nierenberg, A.A. Trajectories of suicidal ideation over 6 months among 482 outpatients with bipolar disorder. // *J Affect Disord.* 2017 Jul 20;223:146-152. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.038.
349. Koo, Y.W., Kölves, K., De Leo, D. Suicide in older adults: differences between the young-old, middle-old, and oldest old. // *Int Psychogeriatr.* 2017 Aug;29(8):1297-1306. doi: 10.1017/S1041610217000618.
350. Kreitman, N. Parasuicide / N. Kreitman, A.E. Phillip, S. Greer, C.R. Bagley // *British Journal of Psychiatry.* – 1969. – Vol. 115. – P. 746–747.
351. Ladely, S.J., Puskar, K.R. Adolescent suicide: behaviors, risk factors, and psychiatric nursing interventions // *Issues Ment. Health Nurs.* 1994. - Vol.15, № 5. – P. 497-504.
352. Lader, M. Limitations of current medical treatments for depression: disturbed circadian rhythms as a possible therapeutic target // *Eur. Neuro-psychopharmacol.* 2007. - Vol.17. – P. 743-755.
353. Lau, R., Morse, C. A., Macfarlane ,S. Psychological factors among elderly women with suicidal intentions or attempts to suicide: a controlled comparison // *J. Women Aging* 2010 - Vol. 22, № 1 – P. 3-14.
354. Loas, G., Perot, J. M., Chignague, J. F. et al. Parasuicide, anhedonia, and depression // *Compr. Psychiatry.* 2000. - Vol. 41. - № 5. – P. 369-372.
355. Mailloux, L., Belluci, A., Mossey, R. et al. Withdrawal from dialysis is a common cause of death: a 20-year experience // *ASAIO: 1991 abstr. / 37th Annual Meeting Apr. 25-27, 1991.- Chicago, 1991.- P. 69.*
356. Makara-Studzinska, M., Koslak, A. Influence of positive and negative symptoms on suicidal behaviour in schizophrenia. Review of current literature // *Psychiatria Polska.* 2009. - Vol. 43, № 4. – P. 411-420.
357. Maris, R.W. Suicide. *Lancet* 2002; 360: 319–26.
358. Martin, J.L., McLean, G., Park, J., Martin, D.J., Connolly M., Mercer, S.W., Smith D.J. Impact of socioeconomic deprivation on rate and cause of death in

- severe mental illness.// *BMC Psychiatry*. 2014 Sep 12;14:261. doi: 10.1186/s12888-014-0261-4.
359. McCloud, A., Barnaby, B., Omu, N. et al. Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population: in-patient prevalence study // *Br. J. Psychiatry*. 2004. - Vol. 184. – P. 439-445.
360. McIntyre, R. S., Muzina, D. J., Kemp, D. E. et al. Bipolar disorder and suicide: research synthesis and clinical translation // *Curr. Psychiatry Rep.* -2008.- Vol. 10. – P. 66-72.
361. Mehlum, L., Ramberg, M. Continuity of care in the treatment of suicide attempters current challenges // *Arch. Suicide Res.* - 2010. - Vol. 14, № 2. – P. 105-108.
362. Michaux, L. *Psychiatrie infantile*. Paris 1953.
363. Miyamoto, S., Duncan, G.E., Marx, C.E., Lieberman, J.A. Treatments for schizophrenia: a critical review of pharmacology and mechanisms of action of antipsychotic drugs // *Mol. Psychiatry*. 2005. - Vol. 10. – P. 79-104.
364. Moller-Leimkuhler, A. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? // *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neuroscience*. 2003. - Vol. 253. – P. 1-8.
365. Najavits, L.M., Weiss, R.D., Shaw, S.R., Muenz, L.R. «Seeking safety»: outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence // *J. Trauma Stress*. — 1998. — Vol. 11 (3). — P. 437-456.
366. Oldham, J. The problem of suicide, continued. // *J Psychiatr Pract*. 2014 Sep;20(5):327. doi: 10.1097/01.pra.0000454776.44680.52.
367. Osby, U., Brandt L., Correia, N. et al. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2001. - Vol. 58. - P. 844-850.
368. Otto, U. Suicidal acts in children and adolescents. A follow up study. *Acta Psychiat Scand* 1972; (Suppl. 233): 133–48.

369. Oztiirk, E., Sar V. Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders // *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2008. - Vol.62. - № 6. - P. 662-668.
370. Pfaff, J. J., Almeida, O. P. Detecting suicidal ideation in older patients: identifying risk factors within the general practice setting // *Br. J. Gen. Pract.* 2005. Vol. 55, № 513. – P. 269-273.
371. Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A. et al. Toward a new prevention of suicide in schizophrenia // *Wld. J. Biol. Psychiat.* 2004. - Vol. 5, № 4. - P. 201-210.
372. 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.
373. Popovic, D., Benabarre, A., Crespo, J.M., Goikolea, J.M., González-Pinto, A., Gutiérrez-Rojas, L., Montes, J.M., Vieta, E. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand.* 2014 Dec;130(6):418-26. doi: 10.1111/acps.12332.
374. Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L. et al. Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women // *Am. J. Psychiatry.* 2003. - Vol. 160, № 1. – P. 56-63.
375. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology / Silverman M.M. [et al.] // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* – 2007. – Vol. 37, № 3. – P. 248-263.
376. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors
377. Roy, A., Pompili, M. Management of schizophrenia with suicide risk // *Psychiatr. Clin. North Am.* 2009. - Vol. 32, № 4. – P. 863-883.
378. Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik, Adamsson, I., Waern, M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review

- evaluating the certainty of the evidence.//PLoS One. 2017 Jul 19;12(7):e0180292. doi: 10.1371
379. Saha, S., Chant, D., McGrath, J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? // Arch. Gen. Psychiatry. 2007. - Vol. 64. – P. 1123-1131.
380. Saini, P., While, D., Chantler, K., Windfuhr, K., Kapur, N. Assessment and management of suicide risk in primary care.//Crisis. 2014;35(6):415-25. doi: 10.1027/0227-5910/a000277.
381. Sakuraba, S., Kubo, M., Komoda, T., Yamana, J. Suicidal ideation and alexithymia in patients with alcoholism: a pilot study // Subst. Use Misuse. 2005. - Vol.40. - № 6. – P. 823-830.
382. Seeman, M.V. Suicide among women with schizophrenia spectrum disorders // J. Psychiatr. Pract. 2009. - Vol.15. - № 3. – P. 235-242.
383. Shneidman, E.S. Suicide as psychache // J. Nerv. Ment. Dis. — 1993. — Vol. 181(3). — P. 145-152.
384. Shneidman, E.S. Ten commonalities of suicide and their implications for response // Crisis. 1986. — №7(2). — P. 88-93.
385. Shneidman, E.S. The suicidal mind. — N.Y., 1996.
386. Shneidman, E.S. Definition of Suicide / E.S. Shneidman. – New Jersey: Jason Aronson Incorporated, 1985. – P. 256.
387. Silverman, M.M. [et al.] // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 2007. – Vol. 37, № 3. – P. 264-277.
388. Soyka, M., Schmidt, P. Outpatient alcoholism treatment 24-month outcome // Subst. Abuse Treat. Prev. Policy. - 2009. - Vol. 4. – P. 15.
389. Stenager, E. N., Stenager, E. Suicidal behaviour and somatic disorders // Ugeskr Laeger. 2008. - Vol. 170, № 7. – P. 517-522.
390. Valtonen, H.M., Suominen, K., Mantere, O. et al. Suicidal behaviour during different phases of bipolar disorder // J. Affect. Disord. 2007. -Vol. 97, № 1-3. – P. 101-107.

391. Wasserman, D., Terenius, L. The role of genetics in promoting suicide prevention and the mental health of the population. Preface. // *Eur. Psychiatry*. 2010. - Vol. 25, № 5. – P. 249.
392. Werbeloff, N., Dohrenwend, B.P., Levav, I., Haklai, Z., Yoffe, R., Large, M., Davidson, M., Weiser, M. Demographic, Behavioral, and Psychiatric Risk Factors for Suicide. // *Crisis*. 2016 Mar;37(2):104-11. doi: 10.1027/0227-5910/a000359.
393. Wilcox, H.C., Wyman, P.A. Suicide Prevention Strategies for Improving Population Health. // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2016 Apr;25(2):219-33. doi: 10.1016/j.chc.2015.12.003.
394. Wojnar, M., Ilgen, M.A., Czyz, E. et al. Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence // *J. Affect. Disord*. 2009. - Vol. 115, №№ 1-2 - P. 131-139.
395. Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide, York, 22-26 September 1986 summary report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1986. - Document ICP/PSF 017 (S).
396. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework. 2012. – P. 26.
397. Zullo, L., Horton, S., Eaddy, M., King, J., Hughes, J., Diederich, A., Kennard, B., Emslie, G., Stewart, S. Adolescent insomnia, suicide risk, and the interpersonal theory of suicide.

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА № _____

Дата заполнения _____

Дата и номер наряда (карты вызова) _____

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ**1. Ф.И.О.** _____**2. Пол**

М - 1

Ж - 2

3. Возраст (указать число полных лет) _____**4. Национальность (указать) _____****5. Место жительства**

Город - 1

Село - 2

2. СОЦИАЛЬНО - ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ**6. Образование:**

Отсутствует или вспомогательная школа - 1

Начальное или неполное среднее - 2

Среднее образование - 3

Среднее специальное - 4

Высшее образование - 5

7. Социальный статус:Работающий в государственных (муниципальных) учреждениях и
предприятиях - 1

Работающий в частных учреждениях и предприятиях - 2

Учащийся - 3

Пенсионер - 4

Не работает и не учится - 5

8. Сфера профессиональной деятельности (для работающих):

Промышленность - 1

Сельское хозяйство - 2

Строительство - 3

Финансы - 4

Образование - 5

Наука и высшее образование - 6

Культура - 7

Здравоохранение - 8

Торговля и услуги - 9

Транспорт - 10

Силовые структуры - 11

Надомный труд - 12

Прочее - 13

9. Должность:

Руководитель старшего звена - 1

Руководитель среднего звена - 2

Руководитель младшего звена - 3

Средний персонал - 4

Младший персонал - 5

Вспомогательный персонал - 6

10. Количество смен места работы за последний год (число ___):

11. Причины смены места работы: *

Отдалённость места работы - 1

Неудовлетворённость условиями труда - 2

Неудовлетворённость зарплатой - 3

Несложившиеся взаимоотношения с сослуживцами - 4

Неудовлетворённость престижностью работы - 5

Семейные причины - 6

Состояние соматического здоровья - 7

Состояние психического здоровья - 8

12. Сфера обучения (для учащихся):

Школа - 1

Техникум, колледж, училище - 2

ВУЗ - 3

13. Причины профессиональной незанятости (для безработных): *

Отсутствие работы по своей специальности - 1

Низкий уровень оплаты труда - 2

Отсутствуют - 3

14. Причина нахождения на пенсии (для пенсионеров):

Возраст - 1

Инвалидность по соматическому заболеванию - 2

Инвалидность по психическому заболеванию - 3

15. Группа инвалидности (для инвалидов):

Первая - 1

Вторая - 2

Третья - 3

3. СОЦИОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

16. Семейное положение:

Женат (замужем) - 1

Холост (не замужем) – 2

Разведён (а) - 3

Вдов (а) - 4

17. Который по счету брак:

Первый - 1

Второй - 2

Третий и более - 3

18. Состав семьи (для лиц её имеющих):

Живёт с супругой и детьми - 1

Живёт только с супругой - 2

Живёт только с детьми - 3

Живёт с родителями - 4

Живёт с супругой и своими родственниками - 5

Живёт с супругой и её родственниками - 6

Живёт один - 7

19. Взаимоотношения в семье:

Доброжелательные - 1

Формальные - 2

Конфликтные со всеми членами семьи - 3

Конфликтные с отдельными членами семьи - 4

20. Жилищные условия:

Без определённого места жительства - 1

Общежитие - 2

Психоневрологический интернат - 3

Дом-интернат для престарелых - 4

Коммунальная квартира - 5

Отдельная квартира - 6

Собственный дом - 7

Проживает у родителей или других родственников - 8

Снимает жилплощадь - 9

21. Круг общения:

Обширные контакты - 1

Общение только с коллегами по работе (учёбе) - 2

Общение только в семейном кругу и/или с близкими друзьями - 3

Избегание контактов - 4

22. Отношение к религии:

Верующий - 1

Неверующий - 2

23. Вероисповедание (для верующих):

Христианство (православие) - 1

Христианство (иные направления) - 2

Ислам - 3

Буддизм - 4

Иудаизм - 5

Секты и иные нетрадиционные культы - 6

24. Формы выражения религиозных убеждений (для верующих):

Соблюдение установленных религиозных отпращиваний - 1

Верование "в душе" - 2

Обращение к религии лишь в жизненных критических ситуациях - 3

25. Приоритетные ценности: *

Семья и брак - 1

Образование и профессия - 2

Материальное благополучие - 3

Общественное признание - 4

4. КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

26. Соматотип:

Нормостенический - 1

Пикнический - 2

Астенический - 3

Атлетический - 4

27. Ранний онтогенез (акушерский анамнез, антенатальный и перинатальный периоды):

Без особенностей - 1

Патологический - 2 (указать)

28. Оценка раннего развития:

Своевременное - 1

Ускоренное - 2

Задержанное - 3

29. Особенности микросоциального окружения в детстве: *

Полная семья - 1

Неполная семья - 2

Приёмная семья - 3

Воспитание у родственников - 4

Наличие в семье отчима (мачехи) - 5

Воспитание в детском доме - 6

Семейные скандалы - 7

Алкоголизация родителей - 8

30. Тип воспитания:

Гармоничный – 1

«Кумир семьи» - 2

«Золушка» - 3

Гипоопека и безнадзорность - 4

Гиперопека - 5

Непоследовательное воспитание - 6

31. Неклассифицированные психические расстройства в раннем детском возрасте (заикание, энурез, снохождение, анорексия, невротические тики, патологические привычные действия и т.п.)

Нет - 1

Да - 2

32. Нарушения поведения в детском возрасте: *

Не было - 1

Отказ - 2

Оппозиция - 3

Имитация - 4

Гиперкомпенсация - 5

Эмансипация - 6

Группирование со сверстниками - 7

Патологические увлечения - 8

Девиантное поведение (алкоголизация, курение, побеги из дома, наркотизация) - 9

Делинквентное поведение - 10

33. Наследственная отягощённость суицидами:

Да - 1

Нет - 2

34. Наследственная отягощённость психическими заболеваниями:

Да (по возможности, диагноз) - 1

Нет - 2

35. Квалификация уровня психического здоровья:

Психически здоров - 1

Нарушения субклинического уровня - 2

Нарушения клинического уровня - 3

36. Ведущий психопатологический синдром на момент первичного осмотра (для лиц с нарушениями клинического уровня):

астенический - 1,

обсессивно-фобический - 2,

истеро-невротический - 3,

невротическая ипохондрия - 4,

истеро-психотический - 5,

дисфорический - 6,

маниакальный - 7,

депрессия маскированная - 8,

депрессия анергическая - 9,

депрессия тревожная - 10,

депрессия тоскливая - 11,

депрессия бредовая - 12,

дисморфофобия - 13,

нервная анорексия - 14,

паранойяльный синдром - 15,

параноидные и галлюцинаторно-параноидные синдромы - 16,

вербальный галлюциноз - 17,

парафренный синдром - 18,

кататонический синдром - 19,

гебефренический синдром - 20,

делирий - 21,

сумеречное расстройство сознания - 22,

онейроидный синдром - 23,
 психопатические синдромы - 24,
 психопатоподобные синдромы - 25,
 синдром Корсакова - 26,
 деменция лакунарная - 27,
 деменция тотальная - 28,
 прочие (указать) - 29.

37. Диагноз (шифр по МКБ – 10)

38. Диспансеризация на момент обследования:

Не состоит под психиатрическим наблюдением - 1
 Получает лечебно-консультативную помощь - 2
 Диспансерное наблюдение - 3

39. Отношение к алкоголю:

В пределах культуральной нормы - 1
 Злоупотребление - 2
 Зависимость - 3

40. Преобладающие формы реагирования в стрессовых ситуациях:

Экспрессивные (агрессия вовне) - 1
 Аутоагрессивные (агрессия на себя) - 2
 Аутично-депрессивные - 3

41. Наличие тревожности как черты характера:

Практически отсутствует - 1
 Возникает только ситуационно обусловлено - 2
 Присутствует практически постоянно - 3

42. Общественно опасные действия: *

Не было - 1
 Имущественные правонарушения - 2

Хулиганство - 3

Изнасилование и другие сексуальные правонарушения - 4

Нанесение телесных повреждений - 5

Совершение убийства или покушения на убийство - 6

43. Сопутствующие соматические заболевания
(указать): _____

5. ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.

44. Сезон совершения суицида:

Зима - 1

Весна - 2

Лето - 3

Осень - 4

45. Время совершения суицида:

6-12 ч. - 1

12-18 ч. - 2

18-24 ч. - 3

0-6 ч. - 4

46. День совершения суицида:

Будний - 1

Предвыходной (предпраздничный) - 2

Выходной (праздничный) - 3

47. Место совершения суицида:

Своя квартира - 1

Чужая квартира - 2

Медицинское учреждение - 3

Общественное место - 4

Безлюдное место - 5

Места изоляции (колония, милиция и т.п.) - 6

Другие (указать) - 7

48. Наличие окружающих в момент совершения суицида:

Нет - 1

Да - 2

49. Дополнительные факторы:

Алкогольное опьянение (абстиненция) - 1

Наркотическое опьянение (абстиненция) - 2

Не было - 3

50. Способ суицида:

Самоповешение - 1

Самоотравление - 2

Самопорезы - 3

Колото-рубленные раны - 4

Огнестрельные ранения - 5

Падение с высоты - 6

Падение под движущийся транспорт - 7

Самоутопление - 8

Прочие (указать) - 9

51. Подготовка к суициду:

Открытая - 1

Скрытая - 2

52. Наличие предсмертной записки:

Да - 1

Нет - 2

53. Наличие пресуицидального периода:

Да - 1

Нет - 2

54. Психическое состояние в пресуицидальном периоде: *

Страх, тревога - 1

Душевная боль, тоска - 2

Обида - 3

Стыд - 4

Возмущение, гнев - 5

Отсутствие какого-либо аффекта - 6

Другие проявления (указать) - 7 _____

55. Длительность пресуицидального периода:

До одного часа - 1

До суток - 2

До недели - 3

До месяца - 4

До года - 5

Более года - 6

56. Главная сфера суицидального конфликта:

Витальная - 1

Личная - 2

Интимная - 3

Семейная - 4

Профессиональная - 5

Бытовая - 6

Административно-правовая - 7

57. Реальность суицидального конфликта:

Реальный - 1

Обусловленный психопатологическими переживаниями - 2

Смешанный - 3

58. Влияние макросоциальных факторов:

Да - 1

Нет - 2

59. Макросоциальные факторы: *

Потеря места работы - 1

Утрата престижа работы - 2

Неудовлетворённость организацией и условиями труда - 3

Низкий уровень доходов - 4

Ломка старых жизненных стереотипов - 5

Неудовлетворённость уровнем безопасности себя и своих близких - 6

Неудовлетворённость степенью свободы и независимости в обществе
- 7

Другие (указать) _____ - 8

60. Мотивация суицидального поведения:

Несправедливое отношение - 1

Ревность, супружеская измена, развод - 2

Потеря "значимого другого", болезнь близких - 3

Препятствия к удовлетворению актуальной ситуационной потребности
- 4

Неудовлетворённость "значимым другим" - 5

Одиночество, социальная изоляция - 6

Неудачная любовь - 7

Недостаток внимания, заботы - 8

Половая несостоятельность - 9

Постановка психиатрического диагноза - 11

Постановка диагноза неизлечимого заболевания - 12

Тяжёлая соматическая болезнь - 13

Уродство - 14

Страх перед судебной или административной ответственностью - 15

Боязнь наказания и/или позора - 16

Самоосуждение за реальный проступок - 17

Неудачи в учёбе, на работе - 18

Материально-бытовые трудности - 19

Другие мотивы (указать) - 20

61. Предшествовавшие данному суициду попытки:

Были (указать сколько) - 1

Не было - 2

62. Год предшествующего суицида: _____

63. Способ предшествующего суицида:

Аналогичный данному - 1

Отличный от данного - 2

64. Сфера конфликта предшествующего суицида:

Аналогичная данному суициду - 1

Отличная от данного суицида (указать) - 2

65. Содержание конфликта предшествующего суицида:

Аналогичное данному суициду - 1

Отличное от данного суицида (указать) - 2

66. Квалификация предшествующего суицида:

Аналогичная данному - 1

Отличная от данного (указать) - 2

6. ИНТЕРВЕНЦИЯ И ПОСТВЕНЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**67. Соматическое состояние по прибытии бригады Скорой помощи (тяжесть соматического состояния):**

Удовлетворительное - 1

Средней тяжести - 2

Тяжёлое - 3

Терминальное - 4

68. Проведение интенсивной (реанимационной) медикаментозной терапии: *

Остановка кровотечения - 1

Наложение асептической повязки - 2

Промывание желудка через зонд - 3

Внутримышечные инъекции - 4

Инфузионная терапия - 5

Не проводилась - 6

Другие (указать) - 7

69. Применение психотропных средств:

Да - 1

Нет - 2

70. Класс психотропных средств: *

Нейролептики - 1

Антидепрессанты - 2

Транквилизаторы - 3

Другие (указать) - 4

71. Применение кризисной психотерапии:

Да - 1

Нет - 2

72. Применявшиеся методы кризисной психотерапии:

Рациональная ПТ - 1

Суггестивная ПТ - 2

Другие (указать) - 3

73. Стационарирование суицидента:

Да - 1

Нет - 2

74. Вид стационара (для госпитализированных):

Общесоматический стационар - 1

Психиатрический стационар - 2

Психосоматическое отделение общесоматического стационара - 3

Другие отделения и стационары (указать) - 4

75. Производился ли перевод в психиатрический стационар (для поступивших в общесоматический стационар):

Да - 1

Нет - 2

* - можно отмечать несколько позиций