

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ
С СУИЦИДАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ, НАСТУПИВШЕЙ В УСЛОВИЯХ
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА И В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ***Татьяна Викторовна Моренец^{1,2}**¹Брянская областная психиатрическая больница №1,
241047, г. Брянск, ул. Салтыкова-Щедрина, д. 1а,**²Смоленский государственный медицинский университет,
214019, г. Смоленск, ул. Крупской, д. 28, e-mail: morenect@mail.ru*

Реферат. Проанализированы случаи суицидального поведения в психиатрических стационарах и в ранние сроки после выписки. В статье приводится сравнение контингента больных с неоднократными суицидальными попытками и пациентов совершивших суицид с учетом особенностей и целей суицидальных действий, характеристик суицидального конфликта. Выявлены клинико-социальные особенности суицидентов, а так же факторы риска суицидальной дезадаптации в психиатрическом стационаре.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицидальный риск, суицид, самоубийство.

**CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL
CHARACTERISTIC OF PATIENTS WITH SUICIDAL
DISADAPTATION IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL
AND AT EARLY TERMS AFTER DISCHARGE
FROM THE HOSPITAL**

Tatyana V. Morenec

Bryansk Regional Psychiatric Hospital №1, 241047,
Building 1A, Saltykov-Shchedrin str., Bryansk, Russian
Federation, Smolensk State Medical University, 214019
Building 28, Krupskaya str., Smolensk, Russian Federation,
e-mail: morenect@mail.ru

The cases of suicidal behavior in psychiatric hospitals and in the early terms after discharge from the hospital were analyzed. The article presents a comparison of patients with repeated suicide attempts and patients who committed suicide based on the peculiarities and objectives of suicidal acts, characteristics of suicidal conflict. There were identified clinical-social characteristics and risk factors of suicidal disadaptation in a psychiatric hospital.

Key words: suicidal behavior, suicidal risk, suicide.

Суицидальное поведение (СП) в психиатрической клинике состоит из небольшой, но клинически значимой части случаев суицидов и суицидальных попыток. В психиатрическом стационаре проводится медикаментозная терапия депрессивных состояний у пациентов с наиболее тяжелыми формами суицидального поведения и неоднократными суицидальными попытками в анамнезе [1]. Существует гипотеза о том, что

у лиц с многократными попытками СП носит аддиктивный характер [2]. Изучению суицидогенеза в условиях постоянного медицинского наблюдения до сих пор уделялось недостаточно внимания. Изучение возникновения, динамики развития и реализации СП у пациентов психиатрического стационара необходимо, так как изучаемое явление – не только значимый критерий качества суицидологической помощи, но и показатель качества всего лечебно-диагностического процесса. Выявление ошибок диагностики и курации со стороны врачей и медперсонала в процессе клинического анализа суицидальной попытки или суицида больного в клинике способствует совершенствованию психиатрической помощи и предотвращению подобных трагических событий в последующем.

Целью исследования являлось совершенствование суицидологической помощи в психиатрических стационарах путем изучения особенностей СП «больничных пациентов» и в ранние сроки по их выписке с учетом клинико-социальных особенностей, целей суицидальных действий, характеристик суицидального конфликта, а также степени суицидального риска.

Проведен ретроспективный анализ 40 эпизодов СП (10 суицидов и 30 суицидальных попыток) в психиатрических стационарах Брянска и Смоленска и в ранние сроки после выписки. Проводилось комплексное психиатрическое и клинико-психологическое обследование пациентов с суицидальными попытками во время лечения в психиатрических больницах Брянска и Смоленска за 2012–2014 год с применением шкал депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS) и суицидального мышления Бека (SSI). В исследование не включались больные совершившие ауто-

агрессивные действия под влиянием расстройств восприятия или же по бредовым мотивам, пациенты с выраженной деменцией. На период исследования средний возраст пациентов составил $41,92 \pm 13,2$ года. Контрольную группу составили пациенты, страдающие психическим расстройством, но без суицидальных форм поведения, сопоставимые по половозрастному и нозологическому составу.

Исследуемый контингент характеризовался социальной, трудовой дезадаптацией, а так же почти в половине случаев пациенты имели неблагоприятные материально-бытовые условия. Лишь у 10% пациентов были свои семьи и дети, 45% проживали одиноко. Каждый пятый имел низкий профессиональный статус, а каждый второй – инвалид по психическому заболеванию. У всех госпитализации повторны. Около 60% исследуемых имели 2-3 и более госпитализаций в течение одного года.

В исследуемой группе преобладали пациенты с тяжелой эндогенной или экзогенно-органической психической патологией. Основной контингент составили больные параноидной шизофренией (F2) – 62,5% и органическим поражением головного мозга (F0) – 25%. Оставшиеся 12,5% больных представлены невротическими расстройствами (F4) и расстройствами настроения (F3).

С учетом типологии О.П. Вертоградовой депрессивного синдрома по ведущему аффекту, в группе шизофрении гипотимия сочеталась с тревогой (55%), тоской (30%), апатией (15%). В группе органического поражения головного мозга у всех больных гипотимия сочеталась с тревожным компонентом. При оценке депрессии по шкале MADRS среди пациентов, исследованных после совершенной попытки, у 70% выявлена тяжелая депрессия, у остальных – депрессия умеренной степени тяжести. Полученные данные сопоставимы с контрольной группой (соответственно 63% и 37%). Однако при оценке по шкале SSI выявлены значимые различия по сравнению с контрольной группой ($p \leq 0,01$). В основной группе отмечались высокие показатели (22–38 баллов) у 70% обследуемых, у 30% – выявлялись показатели в пределах 15–22 баллов, что также соотносится с определенной степенью суицидального риска.

Среди исследуемых случаев было 45% проявлений СП в психиатрической больнице, 5% – во время лечебного отпуска; 17,5% – пациентами дневного стационара; 40% – в течение недели после выписки. Условия психиатрического

стационара значительно сужают выбор способов покушения на самоубийство. Чаще всего это случаи нанесения самопорезов осколками битого стекла – 44% и самоповешения – 27%, падение с высоты (открытое окно, незащищенный лестничный пролет) – 16%, самоотравления лекарственными средствами – 11%. Среди внестационарных случаев СП (в дневном стационаре, в лечебном отпуске, после выписки), наоборот, преобладали случаи самоотравления психотропными лекарственными средствами (32%), а случаев нанесения самопорезов зарегистрировано не было, среди четырех случаев падения с высоты, три закончились летально, зарегистрирован один случай самоутопления во время лечебного отпуска. Самоповешения внутри и вне стационарно встречались примерно одинаково – около 30% случаев. О серьезности суицидальных намерений говорит тот факт, что суицидальные попытки совершались преимущественно в ночное и вечернее время. В 60% случаев пациенты пытались укрыться от медицинского персонала или от других больных. Почти в половине случаев после совершенной суицидальной попытки потребовалась транспортировка больных в хирургическое или травматологическое отделение, что говорит о серьезности суицидальных намерений (четверть из них завершилась суицидом).

При ретроспективной оценке предшествующих накануне суицидальной попытки событий выявлены следующие особенности: предшествовал конфликт или же агрессивные действия в отношении медицинского персонала – 30% пациентов; присутствовала запись о конфликте с родственниками, сообщение о разрыве отношений во время свидания – 27%; высказывали недовольство условиями пребывания в стационаре – 30%. В 40% случаев не было сведений, указывающих на мотив совершения суицидальных действий.

Для 77% исследуемых пациентов СП была повторной, причем у трети в анамнезе было три и более, у 13% – пять и более суицидальных попыток в анамнезе. Для 20% исследуемых это была повторная суицидальная попытка в стационаре. В структуре контингента с множественными суицидальными попытками преобладали пациенты с органическим поражением головного мозга (F0), в структуре депрессивного синдрома которых преобладала тревога. Это были больные с выраженной социально-трудовой дезадаптацией, с эпизодами нарушения поведения и злоупотребления алкоголем в анамнезе, которые и в

предыдущие госпитализации совершали аутоагрессивные действия.

Из 10 случаев суицида: в двух смерть зафиксирована в психиатрической больнице, один пациент умер после перевода в соматический стационар. В большинстве же случаев (75%) самоубийство было совершено в первую неделю после выписки, причем двумя пациентами непосредственно в день выписки из больницы. Суициденты наоборот отличались отсутствием множественных суицидальных попыток в анамнезе, лишь у двух предшествовали единичные суицидальные попытки, это были пациенты с F0. У большинства не было эпизодов СП в анамнезе, у шести из них в медицинской документации не встречалось записей о наличии антивитаальных переживаний и суицидальных мыслей. Во всех смертельных случаях, по данным из истории болезни и расспроса лечащего врача, пациенты скрывали суицидальные намерения, не предъявляя жалоб на психическое состояние. Преобладали больные шизофренией и биполярным аффективным расстройством. В психопатологической картине депрессивного синдрома преобладала апатия (80%), такие пациенты залеживались в постели, не вступали в контакт с другими больными, состояние было расценено как апато-абулический дефект в рамках хронического прогрессивного психического расстройства. Со слов родственников, среди больных, совершивших суицид после выписки, лишь у 20% отмечался обрыв терапии, пациенты скрывали суицидальные замыслы от врачей и родственников, был характерен так называемый аффективно-редуцированный тип пресуицида, что может свидетельствовать о долгосрочном планировании суицидальных замыслов во время лечения в психиатрической больнице.

Таким образом, к факторам риска суицидальных попыток и суицидов в психиатрическом стационаре можно отнести наличие выраженной социальной и трудовой дезадаптации, наличие в анамнезе множественных суицидальных попыток, низкую приверженность к терапии, длительное дезадаптирующее пребывание в психиатрической больнице. Суицидальное поведение в условиях психиатрического стационара наблюдается у больных с тяжелой эндогенной

или экзогенно-органической психической патологией и развивается на фоне выраженного депрессивного синдрома, чаще с преобладанием аффекта тревоги у пациентов с суицидальными попытками в анамнезе, у пациентов совершивших суицид наблюдался аффективно-редуцированный тип пресуицида. Суицидальные тенденции имели стойкий характер. Суицидальная активность на поздних этапах лечения является явным показателем неэффективности лечебно-реабилитационных мероприятий и диагностики внутренних форм суицидального поведения при подготовке к выписке. Прогностически значимым для оценки степени риска реализации суицидальных замыслов пациентами психиатрических стационаров является динамическая оценка суицидального статуса больных при длительных госпитализациях, при оформлении в лечебные отпуска и непосредственно перед выпиской. Лечебно-реабилитационные программы, разработанные с учетом выявленных факторов, позволят повысить качество суицидологической помощи путем снижения уровня суицидальной активности и предотвращения госпитальных самоубийств. Регулярные клинические конференции по разбору госпитальных суицидов, а так же сложных в диагностическом плане случаев способствуют совершенствованию психиатрической помощи и предотвращению подобных трагических событий в последующем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Оценка суицидального риска при госпитализации в психиатрический стационар // Психическое здоровье. 2012. №4. С. 33–36.
2. Blasco-Fontecilla H., Artieda-Urrutia P., Berenguer-Elias N. et al. Are major repeater patients addicted to suicidal behavior // Adicciones. 2014. Vol. 26. №4. P. 321–333.

REFERENCES

1. Tsygankov B.D., Vaulin S.V. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2012. №4. pp. 33–36. (in Russian)
2. Blasco-Fontecilla H., Artieda-Urrutia P., Berenguer-Elias N. et al. Are major repeater patients addicted to suicidal behavior. *Adicciones*. 2014. Vol. 26. №4. P. 321–333.

Поступила 28.12.15.