

Клинические особенности раннего постсуицидального периода у пациентов психиатрического стационара

Рутковская Н.С.¹, Днов К.В.², Баурова Н.Н.³, Ятманов А.Н.³, Серегин Д.А.³

¹СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургская психиатрическая больница им. П.П. Кащенко»,

192174, г. Санкт-Петербург, ул. Седова, 122

²ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов»,

кафедра медико-социальной и психологической помощи

194044, г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12

³ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», кафедра психиатрии

194044, г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская, 17

Телефон: +79110088003 Email:doctor.seregin.rf@gmail.com (Серегин Д.А.)

Резюме

В статье рассмотрены особенности психического здоровья суицидентов с различными типами постсуицидального периода. Обследовано 139 пациентов с критическим, манипулятивным, аналитическим, суицидально-фиксированным типами постсуицидального периода. У большинства обследованных пациентов (29,5%) были диагностированы психические расстройства из группы «органических, включая симптоматические, психических расстройств» (F00-F09), на втором месте по частоте – «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (20,1%). Наибольшая выраженность депрессивных симптомов, общей выраженности психопатологической симптоматики при поступлении наблюдалась у лиц с суицидально-фиксированным типом постсуицидального периода. При этом лица с манипулятивным типом постсуицидального периода требуют особого внимания психиатрической службы, так как в этой группе наиболее часто встречаются многократные суицидальные попытки (36,8%). С целью предупреждения повторных попыток рекомендуется обязательная госпитализация в психиатрический стационар всех суицидентов.

Ключевые слова: суицид, тип постсуицидального периода, психическое заболевание, депрессия, психопатологическая симптоматика.

Clinical characteristics of the early postsuicidal period in patients of a psychiatric hospital

N.S. Rutkovskaya¹, K.V. Dnov², N. N. Baurova³, A. N. Yatmanov³, D.A. Seregin³

¹SPb St. Petersburg Psychiatric Hospital. P.P. Kashchenko »,
122, Sedova street, Saint-Petersburg, 192174, Russia

²St. Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts,
Department of medico-social and psychological assistance
11/12, Bolshoy Sampsonievsky prospect, Saint-Petersburg, 194044, Russia

³Military Medical Academy. S.M. Kirov, Saint Petersburg
Department of Psychiatry
6, Akademika Lebedeva street, Saint-Petersburg, 194044, Russia

Abstract

In the article features of mental health of suicides with various types of postsuicidal period are considered. 139 patients with critical, manipulative, analytical, suicidal-fixed types of postsuicide period were examined. The majority of the examined patients (29.5%) were diagnosed with mental disorders from the group "organic, including symptomatic, psychiatric disorders" (F00-F09), followed by "neurotic, stress-related and somatoform disorders" (20, 1%). The greatest severity of depressive symptoms, the general manifestation of psychopathological symptoms at admission was observed in persons with a suicidal-fixed type of postsuicide period. Persons with manipulative type of post suicide period require more attention of the psychiatric service, in this group the most frequent are multiple suicidal attempts (36.8%). In order to prevent repeated attempts, it is recommended that all suicides be hospitalized in a psychiatric hospital.

Key words: suicide, type of postsuicidal behavior, mental illness, depression, psychopathological symptomatology.

Несмотря на значительное снижение уровня суицидов в России в последние годы, самоубийства продолжают входить в десятку основных причин смерти в нашей стране. При тренде к снижению среднестатистических показателей суицидов в последние годы (различия между ними на региональном уровне, однако, превышают два порядка), среди умерших россиян в 2009 г. было 1,9% самоубийц, то есть каждый пятидесятый гражданин уходил из жизни добровольно, каждые 14 минут. При этом, средний возраст лиц, совершивших самоубийства составляет у мужчин – 42,5 г., а у женщин – 43,7 лет, а вероятность смерти от суицида в течение жизни составила 606,4 на 100000 родившихся в анализируемом году граждан РФ. [4, 9, 10, 12].

В Советском Союзе и в России общепринятой является концепция суицидального поведения, разработанная А. Амбрумовой и В. Тихоненко [2, 11]. В частности, особый интерес представляет предложенная ими типология постсуицидального периода. Распределение обследуемых по типам постсуицидального периода проводилось в соответствии с типологией предложенной А. Амбрумовой и В. Тихоненко. Согласно предложенной ими концепции суицидального поведения, постсуицидальный период, начинающийся вслед за попыткой самоубийства, представляет собой «результатирующую» таких многочисленных составляющих, как конфликтная ситуация, приведшая к покушению на самоубийство; сам суицидальный акт; особенности прерывания суицида и последующих реанимационных мероприятий; соматические последствия и осложнения; новая, сложившаяся после попытки ситуация и личностное отношение к ней. В настоящее время установлено, что лица, совершившие попытку самоубийства, склонны повторять её в будущем, при этом наиболее суицидоопасным считается период ближайшего года [3, 7, 13, 17, 18, 19, 20]. Большое значение, в связи с этим, для прогноза повторных суицидальных действий представляет изучение особенностей лиц с различным типом раннего постсуицидального периода [1, 8, 14, 15, 16, 21, 22].

Цель исследования: определение и оценка особенностей психического здоровья и суицидального поведения у пациентов с различными типами постсуицидального периода.

Материал и методы исследования.

В условиях стационара обследовано 139 пациентов (64 мужчины и 75 женщины) в возрасте $46,5 \pm 10,5$ лет, совершивших суицидальную попытку. Критерий включения пациентов: наличие критического, манипулятивного, аналитического, суицидально-фиксированного типов постсуицидального периода по типологии А. Амбрумовой и

В. Тихоненко. После совершения попытки самоубийства в ближайшем постсуициде соответственно определяются три главных момента: а) актуальность суицидогенного конфликта; б) степень фиксированности суицидальных тенденций; в) особенности отношения к совершенной попытке. Перечисленные критерии позволяют выделить четыре типа постсуицидальных состояний. Первый тип - критический. а) Конфликт утратил свою актуальность, т.к. в пресуицидальном периоде значимость его была гиперболизирована. Суицидальное действие как бы «разрядило напряженность». б) Суицидального мотива (суицидальных тенденций) нет. в) Отношение к совершенной попытке негативное - чувство стыда перед окружающими, чувство страха перед возможным смертельным исходом суицидальной попытки. Понимание того, что конфликт «не стоил жертв» и что покушение на свою жизнь не изменяет положения, не разрешает ситуации. При данном типе постсуицидальных состояний вероятность повторения суицида, хотя и имеется, но минимальна. Второй тип - манипулятивный. а) Актуальность конфликта значительно уменьшилась, но, в отличие от первого типа, это произошло за счет непосредственного влияния суицидальных действий пациента на сложившуюся ситуацию и изменения ее в благоприятную для него сторону. б) Суицидальных тенденций нет. в) Отношение к довершенной попытке рентное - легкое чувство стыда и страх перед возможным смертельным исходом; однако имеется отчетливое понимание того, что суицидальные действия в будущем могут служить способом для достижения своих целей и средством влияния на окружающую обстановку. Вероятность повторных суицидов в конфликтных ситуациях значительно возрастает, хотя степень их «серьезности» (опасности для жизни) уменьшается. Намечается тенденция к превращению истинных покушений в демонстративно-шантажные. Третий тип - аналитический. а) Конфликт по-прежнему актуален для суицидента. б) Суицидальных тенденций нет. в) Отношение к попытке негативное - раскаяние за совершенное покушение. Понимание того, что суицид не является адекватным способом ликвидации конфликта; однако, поскольку последний сохраняет свою актуальность, обнаруживаются поиски иных путей его разрешения. В случае если таковые не будут найдены, а существование конфликтной ситуации окажется невыносимым для субъекта, возможен повторный суицид, но уже не как «необдуманный шаг» под влиянием аффекта, а как единственный «выход из тупика». При этом увеличивается опасность смертельного исхода. Четвертый тип - суицидально-фиксированный. а) Конфликт актуален. б) Суицидальные тенденции сохраняются. в)

Отношение к суициду - положительное, причем вербально это может выражаться в заявлении: «не вижу иного пути». При данном типе постсуицида пациент продолжает быть опасным для самого себя и, по сути дела, не выходит из «суицидального статуса», т. е. суицидальная попытка не прерывает пресуицида. Критерий исключения пациентов: наличие процессуального психического заболевания, формально-критического типа постсуицидального периода, а также лица, отрицающие суицидальные действия, несмотря на явные свидетельства их наличия.

Обследование проводилось с позиций многоосевого подхода, при этом основным методом оценки психического состояния в условиях стационара был клинико-психопатологический, на основании которого выносилось диагностическое заключение в соответствии с МКБ-10. На момент поступления и выписки проводилось исследование с использованием методики GAFS для оценки общей выраженности психопатологической симптоматики, шкалы Гамильтона (HAM-D) – изучение депрессивной симптоматики, методики «Социальная адаптация» (СА) (Рустанович А.В., Фролов Б.В., 2001).

Статистический анализ полученных данных выполнен на ЭВМ при использовании пакета программ STATISTICA 6.0. Сравнение совокупностей с нормальным распределением проводили с помощью t-критерия Стьюдента для двух независимых выборок. Для сравнения выборочных данных из совокупностей, отличающихся от нормального распределения, использовали непараметрический метод Манна-Уитни. Качественные признаки представлены как процент от общего числа.

Результаты обследования

У большинства обследованных пациентов (29,5%, n=41) были диагностированы психические расстройства из группы «органических, включая симптоматические, психических расстройств» (F00-F09), на втором месте – «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (20,1%, n=28). Из особенностей характерных нозологических форм среди обследованных лиц с различным типом постсуицидального периода следует отметить, что для лиц с манипулятивным постсуицидальным периодом были более характерны (23,7%, n=9) психические расстройства из группы «расстройств личности и поведения в зрелом возрасте» (F60-F69), а у лиц с суицидально-фиксированным типом постсуицидального периода чаще всего (30,0%, n=9) – «расстройства настроения» (F30-F39) (табл. 1).

Таблица 1

Соотношение нозологических форм и типов постсуицидального периода

Рубрики МКБ-10	Типы постсуицидального периода							
	Критический (n=67)		Манипулятивный (n=38)		Аналитический (n=4)		Суицидально- фиксированный (n=30)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
F01-F09	19	28,4	13	34,2	1	25	8	26,7
F10	14	20,9	5	13,2	0	0	1	3,3
F11-F19	2	3,0	3	7,8	0	0	2	6,7
F30-F39	10	15,0	2	5,3	0	0	9	30,0
F40-F49	15	22,2	5	13,2	1	25	7	23,3
F60-F69	6	9,0	9	23,7	2	50	3	10
Прочие	1	1,5	1	2,6	0	0	0	0

При изучении выраженности депрессивных нарушений (НАМ-D), общей выраженности психопатологической симптоматики (GAFS) и уровня социальной адаптации (СА) у суицидентов с различными типами постсуицидального периода, был выявлен ряд особенностей (табл. 2).

Установлено, что на этапе поступления в стационар у пациентов с суицидально-фиксированным типом постсуицидального периода выраженность депрессивных симптомов (по методике НАМ-D) статистически ($p<0,05$) значимо выше, чем у лиц с другими типами постсуицидального периода. На этапе выписки из стационара статистически значимых различий в группах обследованных не выявлено.

В группе пациентов с суицидально-фиксированным типом постсуицидального периода при поступлении общая выраженность психопатологической симптоматики (по методике GAFS) была достоверно ниже, чем в группах пациентов с критическим ($p<0,01$) и манипулятивными ($p<0,01$) типами постсуицидального периода. На этапе выписки из стационара показатель общей выраженности психопатологической симптоматики в исследуемых группах значимо не различались.

Таблица 2

Выраженность общей психопатологической симптоматики (GAFS) и депрессивных нарушений (HAM-D), социальная адаптация у суицидентов с различными типами постсуицидального периода

Оцениваемые шкалы (баллы)	Типы постсуицидального периода				Сравниваемые группы	Значимость различий
	Критический 1 (n=67)	Манипулятивный 2 (n=38)	Аналитический 3 (n=4)	Суицидально-фиксированный 4 (n=30)		
HAM-D при поступлении	12,73±0,85	8,18±0,56	11,25±1,65	16,67±1,08	1-2	p<0,001
					1-4	p<0,01
					2-3	p<0,05
					2-4	p<0,001
					3-4	p<0,05
HAM-D при выписке	0,77±0,15	0,71±0,21	1,25±0,75	3,0±1,10	--	--
GAFS при поступлении	11,22±1,25	21,97±2,18	16,75±9,45	6,50±0,71	1-2	p<0,001
					1-4	p<0,01
					2-4	p<0,05
GAFS при выписке	57,43±0,98	54,39±1,55	57,0±3,4	52,30±2,90	--	--
Социальная адаптация	2,21±0,13	2,13±0,13	1,75±0,75	2,57±0,22	--	--

При изучении уровня социальной адаптации у обследованных пациентов с разными типами постсуицидального периода значимых различий выявлено не было.

Особо следует отметить, что хотя наименьшая выраженность как депрессивных нарушений (НАМ-D), так и общей выраженности психопатологической симптоматики (GAFS) отмечалась в группе пациентов с манипулятивным типом постсуицидального периода, многократные суицидальные попытки в этой группе встречались наиболее часто (36,8%, n=14). Частота многократных попыток в группе суицидально-фиксированного постсуицидального периода также была достаточно высокой (20,0%, n=6), в то же время в группе с критическим типом постсуицидального периода составляла лишь 6,0% (n=4) случаев.

Полученные данные дают возможность выделить ряд прогностических признаков, которые могут оказаться полезны для профилактики суицидальных действий. Так, например, показано, что, несмотря на достоверно меньшую выраженность общепсихопатологической симптоматики и собственно депрессивных нарушений у лиц с манипулятивным типом постсуицидального периода, в этой группе наиболее часто встречаются многократные суицидальные попытки. Кроме того, следует указать, что в подавляющем большинстве случаев у обследованных пациентов этой группы, при сборе анамнестических сведений было выявлено, что после совершения предыдущих суицидальных попыток госпитализация в психиатрический стационар не осуществлялась, и пациенты выписывались домой после осмотра психиатром «под наблюдение психиатра по месту жительства», так как истинных суицидальных намерений выявлено не было. Есть основания полагать, что отсутствие не самых приятных для суицидента последствий демонстративного парасуицида в виде госпитализации в психиатрический стационар способствовало закреплению данной формы отклоняющегося поведения. Таким образом, наше исследование показывает, что лица с манипулятивным типом постсуицидального периода требуют большего внимания психиатрической службы. Возможно, имеет смысл более внимательно изучить опыт Белоруссии [6], в которой госпитализация в психиатрический стационар следует за любой суицидальной попыткой.

Выводы.

1) У большинства обследованных пациентов (29,5%) были диагностированы психические расстройства из группы «Органических, включая симптоматические, психических расстройств» (F00-F09), на втором месте – «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (20,1%).

2) Ведущий тип постсуицидального поведения у обследованных – критический (48,2%). У таких пациентов конфликт, способствующий суициду, утратил свою актуальность, суицидальных тенденций нет, отмечается негативное отношение к совершенной попытке, понимание, что покушение на свою жизнь не изменяет положения и не решает ситуации. Вероятность повторения суицида у данных пациентов, хотя и имеется, но минимальна.

3) У пациентов при наличии суицидально-фиксированного типа постсуицидального периода при поступлении выявлена значимо большая выраженность депрессивной и общей психопатологической симптоматики.

4) Лица с манипулятивным типом постсуицидального периода требуют повышенного внимания психиатрической службы, из-за высокой частоты многократных суицидальных попыток (36,8%).

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М., 1980. 48 с.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. Актуальные вопросы суицидологии. М., 1978. 6-28.
3. Гелда А.П. Мотивы и поводы к самопокушению у психически здоровых лиц (на модели жителей г. Минска). Военная медицина. 2010; 4 (17): 29-33.
4. Демографический ежегодник России 2015. Стат.сб. Росстат, М.: 2015. 265 с.
5. Заливин А.А., Дроздовский Ю.В., Козлов С.И. Клинические особенности суицидентов с пограничными психическими расстройствами в зависимости от вариантов постсуицидального периода. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 4. 44-49.
6. Ласый Е.В., Хвостова И.И., Давидовский С.В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения (для врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов, психологов здравоохранения): инструкция по применению от 16 июля 2009 г. ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» МЗ Белоруссии Рег. № 077-0709. Минск: Б.и. 2009. 34 с.
7. 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; 6 (1): 32-41
8. Пилягина Г.Я., Чумак С.А. Предикторы формирования и рецидивирования саморазрушающего поведения. Суицидология 2014; 5 (2): 3-19
9. Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Софронов А.Г. Основные клинические показатели пациентов, поступивших в многопрофильный стационар с попытками самоубийства. Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2013; 2: 50-53.
10. Трунов Д.Г. К вопросу об этапах суицидальной активности. Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2012; 3 (11): 133-139.
11. Шамрей В.К., Курасов Е.С., Кобозова К.А. Оказание психиатрической помощи военнослужащим в многопрофильном стационаре. Военно-медицинский журнал. 2017. Т. 338. № 6. С. 25-32.

12. Шевченко М.И., Королева Н.И., Шемякина Е.Ю., Воспитанник И.В., Дрынкина Т.И., Якимов Ю.М., Марихин С.В., Самойлова О.Д., Самороднов О.В., Тарасова О.И. Воспитание гражданина России. К 70-летию Великой Победы. Санкт-Петербург, 2015. 132 с.
13. Ширяев О.Ю., Железняков М.А., Петрова С.В. Сравнительный анализ незавершенных суицидальных попыток населения воронежской области за период 2009-2010 гг. при различных психических заболеваниях. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2011; 44: 67-74.
14. Arney MF, Brick L, Schatten HT, Nugent NR, Miller IW. Ecologically assessed affect and suicidal ideation following psychiatric inpatient hospitalization. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018 Sep 23.
15. Awenat YF, Peters S, Gooding PA, Pratt D, Shaw-Núñez E, Harris K, Haddock G. A qualitative analysis of suicidal psychiatric inpatients views and expectations of psychological therapy to counter suicidal thoughts, acts and deaths. *BMC Psychiatry*. 2018 Oct 16;18(1):334.
16. Bentley KH, Sauer-Zavala S, Stevens KT, Washburn JJ. Implementing an evidence-based psychological intervention for suicidal thoughts and behaviors on an inpatient unit: Process, challenges, and initial findings. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018 Sep 27.
17. Efstathiou V, Papadopoulou A, Christodoulou C, Gournellis R, Michopoulos I, Ferentinos P, Papageorgiou C, Douzenis A. The Relationship between Hopelessness and Clinical Characteristics of Hospitalized Patients with Recent Suicide Attempt. *Issues Ment Health Nurs*. 2018 Sep 25:1-7.
18. Erbuto D, Innamorati M, Lamis DA, Berardelli I, Forte A, De Pisa E, Migliorati M, Serafini G, Gonda X, Rihmer Z, Fiorillo A, Amore M, Girardi P, Pompili M. Mediators in the Association Between Affective Temperaments and Suicide Risk Among Psychiatric Inpatients. *Psychiatry*. 2018 Sep 5:1-18.
19. Orri M, Perret LC, Turecki G, Geoffroy MC. Association between irritability and suicide-related outcomes across the life-course. Systematic review of both community and clinical studies. *J Affect Disord*. 2018 Oct 15;239:220-233.
20. Rogers ML, Hom MA, Dougherty SP, Gallyer AJ, Joiner TE. Comparing Suicide Risk Factors among Individuals with a History of Aborted, Interrupted, and Actual Suicide Attempts. *Arch Suicide Res*. 2018 Oct 10:1-34.

21. Rogers ML, Ringer FB, Joiner TE. The association between suicidal ideation and lifetime suicide attempts is strongest at low levels of depression. *Psychiatry Res.* 2018 Sep 27; 270:324-328.
22. Sendbuehler JM. Attempted suicide: a description of the pre and post suicidal states. *Can Psychiatr Assoc J.* 1973 Apr;18 (2):113-6.