

**УДК 616.89 – 008.441.44**

***Козимжонова И.Ф., Аграновский М.Л.,***

***Асранов С.А., Муминов Р.К.***

***Кафедра психиатрии и наркологии***

***Кафедра патологической анатомии и судебной медицины***

***Андижанский государственный медицинский институт***

**СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ И НЕЗАВЕРШЕННЫЕ СУИЦИДЫ:  
ТЕРАПИИ, ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ  
ДЕЙСТВИЙ**

***Резюме:*** Суицидальное поведение, в силу тяжести медицинских, социально-психологических и экономических последствий причисляют к категории не только общемедицинских, но и глобальных проблем человечества.

По данным ВОЗ уровень самоубийств в мире за последние 45 лет вырос на 60 %. Наиболее высоким суицидальным риском характеризуется население Восточной Европы (ВОЗ, 2002, 2003), где уровень самоубийств варьируется от 3,8 до 40 на 100 000 населения.

Согласно современным представлениям, в генезе суицидального поведения участвует совокупность различных факторов - биологических, личностно-психологических, социально-средовых, этнокуль-туральных, стрессовых, психопатологических, что позволяет считать суицидологию мультидисциплинарной областью знаний

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

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

***Asranov S.A., Muminov R.K.***

***Department of Psychiatry and Narcology***

***Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine***

**SUICIDAL ATTEMPTS AND INCOMPLETE SUICIDES:  
THERAPIES, PREVENTION OF REPEATED SUICIDAL ACTIONS**

*Resume,*

Suicidal behavior, due to the severity of the medical, socio-psychological and economic consequences, is ranked as not only general medical, but also global problems of mankind.

According to the WHO, the global suicide rate has increased by 60% over the past 45 years. The highest suicide risk is in the population of Eastern Europe (WHO, 2002, 2003), where the suicide rate ranges from 3.8 to 40 per 100,000 population.

According to modern concepts, a combination of various factors - biological, personality-psychological, social-environmental, ethnocultural, stressful, psychopathological - is involved in the genesis of suicidal behavior, which makes it possible to consider suicidology as a multidisciplinary field of knowledge.

**Key words:** incomplete suicide, personality changes, suicidal actions, prevention.

**Актуальность.** Профилактика суицидального поведения является одним из самых сложных видов медико–психологической и социальной помощи [2,6]. Высокая частота самоубийств в Мире (23,1 случая на 100 000 населения в 2011 г.) определяет высокую потребность в разработке эффективных методов превенции суицидов.

Многолетние исследования данной проблемы позволили нам разработать модель дифференцированной профилактики суицидального поведения[4,8]. При ее создании мы базировались на современной концепции медицинской профилактики[4,5] Всемирной

Организации Здравоохранения, выделяющей три ее основные формы — универсальную, селективную и индикативную[1,7]. С учетом особенностей суицидального поведения нами были определены четыре уровня профилактики: универсальный, селективный, антикризисный и индикативный.

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

**Цель исследования.** Целью настоящего исследования является изучение закономерностей формирования и динамики развития суицидального поведения, обусловленного психическими расстройствами, анализ особенностей оказания суицидологической помощи и разработка эффективных лечебно-профилактических и психосоциальных мероприятий для предупреждения самоубийств.

**Материалы и методы исследования.** Материалом данного исследования послужили 500 человек, совершивших суицидальные попытки, и госпитализированных по этому поводу в крупный психиатрический стационар г. Андижана.

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

**Результаты исследования.** Изучение характеристик суицидальных попыток позволяет оценить серьезность суицидального акта, степень суицидального риска, прогнозировать динамику течения суицидального поведения.

Среди способов СП преобладали само-ранения (39,1%), характерные для мужчин и самоотравления (33,4%), типичные для женщин. Реже

встречались само-повешения (19,9%), падения с высоты (5,1%), само-утопления (1,9%).

Самоотравления чаще встречались в 26-30 лет (23,6%), само-повешения - в 31-35 лет (23,8%), само-ранения в 16-20 лет (17,7%) и 21-25 лет (25,7%), падения с высоты - в 56-60 (38,9%) и 16-20 лет (27,8%), само-утопления в равных долях представлены в 16-20 и 56-60 лет.

У больных с органическим поражением головного мозга и расстройствах личности преобладали само-ранения (81,8 и 47,3%), при аффективных и невротических расстройствах - самоотравления (44,4 и 43,1%, соответственно). При шизофрении обнаруживался весь спектр изучаемых способов СП, с преобладанием само-ранений (25,0%) и самоотравлений (21,7%).

В группе ГСП преобладали само-ранения (47,3%). Вдвое реже встречались самоотравления (24,6%) и само-повешения (21,1%). В группе ГНС превалировали самоотравления (43,3%) и само-ранения (30,0%), нередко проникающего и огнестрельного характера (9,7%). При само-повешениях (18,7%), у большей части пациентов, требовалось проведение реанимационных мероприятий.

Изучение особенностей пре-суицидального периода у лиц, страдающих психическими расстройствами, показало:

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

Выявленное преобладание хронического пре-суицидального периода (58,4%), против острого (38,5%) и подострого (3,1%) течения свидетельствует о недостаточной профилактике суицидального поведения,

тем более что 34,3% суицидентов обращались за помощью к психиатру в течение года накануне совершения СП.

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

В отличие от группы ГСП, в группе ГНС преобладали: нежелание жить (40,6% против 10,5%>), непринятие мер к сохранению жизни (47,8% и 15,8%), выраженное желание совершить СП (92,1% и 59,6%), неотступное желание смерти (36,3% и 19,3%»), охваченность суицидальными идеями (53,6% и 19,3%), желание положить конец своим страданиям (53,6% и 15,8%).

В группе ГСП чаще не прогнозировался исход суицидальных действий (11,2%, против 47,8% в группе ГНС), сохранялся контроль над суицидальными мыслями (40,4% и 72,5%), преобладали избегание и манипуляция (78,9% и 46,4%), отмечалось восприятие сдерживающих от СП обстоятельств (15,9%, и 84,1%).

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

**Вывод.** Полученные данные доказали важность учета комплекса анамнестических сведений, социальных условий, личностных характеристик, что позволяет наряду с клиническими особенностями определять риск развития суицидального поведения у лиц, страдающих психическими расстройствами.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Абрамова Н.М. Исследование личности суицидентов с помощью Я-структурного теста Аммона // Вестник психотерапии. 2004. -№ 12(17).-С. 91-96.

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

3.Корнетов Н. А. Организационные и образовательные подходы к выявлению депрессивных расстройств с превенцией суицидального поведения // Материалы XV съезда психиатров России. М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. - С. 343.

4. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 55-63.

5.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.

6.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.

7.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.

8. Zhang J., McKeown R. E., Hussey J. R. et al. Low HDL cholesterol is associated with suicide attempt among young healthy women: the Third National Health and Nutrition Examination Survey // J. Affective Disorders. 2005. - Vol. 89, № 1-3. - P. 25-33.