

УДК 616.89-008.441.44-07(075.9)

Козимжонова И.Ф., Аграновский М.Л.,

Аскарова К.И., Муминов Р.К.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ В ОБЩЕ-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Резюме: Суицидальное поведение представляет собой актуальную этическую, моральную, социальную и медицинскую проблему. Ежегодно самоубийства совершают от 873 тыс. до 1 млн. человек во всём мире, включая 163 тыс. в Европейском регионе. Самоубийство является 13-й по счёту причиной смерти во всём мире, а в возрастном диапазоне 15-35 лет в Европе оно занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий.

Предположительно в 10-20 раз большее количество людей совершает суицидальные попытки, что выдвигает эту форму аутоагрессии на 6-е место среди причин потери трудоспособности в мире.

Профилактика суицидального поведения представляет собой важную социальную задачу, осуществление которой возможно только при интеграции усилий множества специалистов разного профиля в единую превентивную стратегию.

Ключевые слова: профилактика, пациент, суицид, общемедицинская практика.

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

Askarova K.I., Muminov R.K.

Department of Psychiatry and Narcology

Andijan State Medical Institute

WAYS OF PREVENTION OF PATIENTS WITH SUICIDAL RISK IN GENERAL MEDICAL PRACTICE

Resume: Suicidal behavior is a pressing ethical, moral, social and medical problem. Between 873,000 and 1 million people worldwide commit suicide every year, including 163,000 in the European Region. Suicide is the 13th leading cause of death worldwide, and in the 15-35 age range in Europe, it ranks second after road traffic accidents.

An estimated 10 to 20 times more people commit suicide, which makes this form of auto-aggression the 6th leading cause of disability in the world.

Prevention of suicidal behavior is an important social task, the implementation of which is possible only with the integration of the efforts of many specialists in different fields into a single preventive strategy.

Key words: prevention, patient, suicide, general medical practice.

Актуальность. Факторы риска суицида (ФР) – это характеристики, которые имеют тенденцию к регулярному повторному обнаружению в исследованиях на больших выборках людей, совершивших суицид. Группы населения, различающиеся по ряду статистических показателей (социально-демографических, экономических, медицинских и др.), имеют разные уровни суицидов[5].

Факторы риска являются понятиями вероятностными, и их предиктивная сила носит относительный характер. Иными словами, суицид может произойти и при отсутствии даже одно-го из факторов. Тем не менее, их значимость усиливается при интеграции множества факторов[2].

К основным факторам риска принято относить социально-демографические, медицинские, биографические, индивидуально-психологические и др.

К сожалению, среди медицинских работников распространено мнение, что диагностика и предотвращение суицидального поведения относятся исключительно к компетенции психиатров и психотерапевтов[4]. Однако люди с психологическими проблемами и

психическими расстройствами значительно чаще обращаются к врачам другого профиля. При этом они могут либо не осознавать своих проблем, либо просто опасаться обращения к психиатру и психотерапевту[1]. По данным ряда исследователей 45-70% посещают врача терапевтического профиля за две недели до суицида или попытки.

В среднем, врач общей практики сталкивается с суицидом среди своих пациентов каждые три с половиной года и с двумя суицидальными попытками ежегодно[3].

Предполагается, что более 60% людей, покончивших с собой, *никогда ранее не обращались к психиатрам* до суицида, хотя при ретроспективном анализе документации и биографии у многих из них выявляются признаки расстройств настроения, зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), расстройств личности и другой психической патологии[3].

В связи с этим, важным направлением профилактики суицидов является раннее выявление психических расстройств и суицидального риска на этапе первичной врачебной помощи до обращения пациента к психиатру[4].

Цель исследования. Провести профилактики по клиническим и социальным факторам риска суицида и защиты от суицидального поведения у молодежи.

Материалы и методы исследования. На разных этапах подросткового возраста - раннем (12–14 лет), среднем (15–16 лет) и старшем (17–18 лет) существуют свои особенности формирования и проявления суицидального поведения, связанные со спецификой физиологии, психологии, личностными и поведенческими индивидуальными качествами.

В младшем подростковом возрасте суицидальные проявления, как правило, не планируются заранее, попытки самоубийства совершаются при помощи первых попавшихся под руку средств, в ситуациях угрозы

наказания. У этой группы подростков покушения на самоубийство не имеют тяжелых медицинских последствий. Это не истинное стремление к смерти, а желание избежать конфликта, устранившись от трудной ситуации. В средней возрастной группе суицидальные проявления характеризуются демонстративными самоповреждениями, попытками, имеющими целью отомстить обидчику, наказать окружающих.

Результаты исследования. Часты попытки суицида в состоянии аффективного напряжения, в кульминационные моменты конфликта, и медицинские последствия таких покушений часто бывают тяжелыми.

Для подростков данной возрастной группы характерны приступы раздражительности и злобности, эмоциональной неустойчивости, жажда чувственных (сенсорных) переживаний, в сочетании с бедностью интересов, ограниченностью кругозора, неадекватным реагированием на различные ситуации обмана, крушения надежд, неудачи.

Такие подростки еще неустойчивы к стрессам, практически не владеют навыком самоконтроля. Чем меньше возраст, тем ярче обнаруживается агрессивная направленность в психологической структуре суицидального поведения. В описанных типах 1-4 агрессивный компонент уменьшается.

По мнению большинства исследователей, наиболее суицидогенны те семьи, которые внешне благополучны, но внутри них - скрытые конфликты. Семьи с асоциальной направленностью способствуют адаптации ребенка в такой же среде, выполняя роль защитных механизмов.

Для младшего пубертата наиболее суицидоопасны внутрисемейные конфликты, для среднего и старшего - конфликты со сверстниками и в школе. Социальнопсихологические факторы играют решающую роль в стимуляции всех видов суицидального поведения. Среди них на первом месте оказываются факторы дезадаптации, связанные с нарушением социализации, когда статус не соответствует уровню притязаний.

Вывод. Суицидальное поведение является сложным феноменом, обусловленным разнообразием мотивов и направленным на реализацию изменения поведения «значимых других» или облегчение (прерывание) тяжёлых душевных и/или физических страданий пациента.

Последствия суицидальных актов переживаются как тяжёлый стресс родственниками пациента и специалистами, оказывающими помощь. Психические расстройства и соматические заболевания представляют собой фактор высокого риска суицида.

Большинство тех, кто совершает само-убийство, никогда до этого не обращаются к психиатру. В связи с этим, ранняя диагностика психических расстройств и оценка суицидального риска на этапе первичного звена здравоохранения является важной предпосылкой снижения риска суицида.

Успешность оценки риска суицида зависит, как от полноты объективной регистрации врачом предикторов суицидального риска в поведении пациента, так и от внимательного наблюдения за собственными чувствами в процессе коммуникации.

Клиническое интервью базируется на эмпатичном, вне моральных оценок принятии пациента и его эмоций вне зависимости от тяжести психопатологии и характера психического расстройства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ласый Е. В. Оценка суицидального риска и профиля суицидального поведения (для врачей общей практики, терапевтов, педиатров, неврологов и других врачей лечебного профиля): утв. М-вом Здравоохранения Респ. Беларусь 16.07.2009. – Минск, 2009. – 24 с.

2. Harris, E. Suicide as an outcome for medical disorders / E. Harris, B. Barraclough // *Medicine*. – 1994. - № 73. – P. 281–296.

3. Hawton K, Townsend E, Arensman E, et al. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm and attempted suicide. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford, Update Software.

4. Moller-Leimkuhler M., Bottender R., Straub A., Rutz W. Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? // J. of Affective Disorders.—2004. - №80. – p. 87-93.

5. Rihmer Z., Rutz W., Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. // J. of Affective Disorders. – 1995. №35. – p.147-152.