

На правах рукописи

Заливин Александр Александрович

**КЛИНИКА, ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ В ПОСТСУИЦИДАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Специальность 14.01.06–«Психиатрия»

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Томск

2013

Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Юрий Викентьевич Дроздовский.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Аксенов Михаил Михайлович, заведующий отделением пограничных состояний ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» СО РАМН;

доктор медицинских наук Корнетов Александр Николаевич, декан факультета поведенческой медицины и менеджмента, заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ведущее учреждение: ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится 18 декабря 2013 г. на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д.001.030.01 при ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН по адресу: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4, ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН.

Автореферат разослан 15 ноября 2013 г.

Ученый секретарь
совета по защите докторских
и кандидатских диссертаций Д.001.030.01
кандидат медицинских наук



О.Э. Перчаткина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

В настоящее время социально-экономических преобразований резко возрастает распространенность психогенных и других расстройств, вызванных кризисными макро- и микросоциальными воздействиями (Бохан Н.А., 2008; Аксенов М.М., Семке В.Я., Белокрылова М.Ф., 2009; Skegg K., 2005; Strunk D.R., 2009; Kapusta N.D. et al., 2011; Varnik P., 2012). Социальная значимость и актуальность изучения суицидального поведения определяет интерес к ней широкого круга специалистов вследствие того, что данная проблема находится на стыке психиатрии, психологии, социальных и юридических наук (Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С., 1980). Следует назвать целый ряд современных исследователей (Александровский Ю.А., 2008; Семке В.Я., 2008, 2009; Bohanna I., Wang X., 2012; Han H., Ahn DH, Song J., 2012; Wasserman D., Rihmer Z. et al., 2012; Shu-Sen Chang et al., 2013), которые отмечают увеличение частоты суицидов в периоды экономической нестабильности, высокой безработицы, низкого уровня социальной обеспеченности, высокого риска разорения, банкротства.

Показатель самоубийств является одним из показателей общественного психического здоровья, наряду с уровнем наркомании, алкоголизма и олигофрении (Дмитриева Т.Б., 2005; Распопова Н. И., 2012). С 90-х годов прошлого столетия Россия относится к лидерам по суицидам, с 2009 года уступая Литве, Белоруссии, Украине, когда показатель суицидов составил 36,3 на 100 тыс. населения, при отметке в 20 случаев, определенной ВОЗ как критической (Войцех В.Ф., 2007; Положий Б.С., 2012), в 2012 году этот показатель составил 20,4 (Госкомстат, 2012).

При этом особого внимания заслуживают пограничные психические расстройства, в связи с которыми значительно возрастает суицидальный риск (Аксенов М.М., Семке В.Я., Ветлугина Т.П. и др., 2011; Nisenbaum R., Links P.S., Eynan R. et al., 2010). Особо отмечается суицидальная опасность острых аффективных, невротических и поведенческих реакций (Старшенбаум Г.В., 2005; Карвасарский Б.Д., 2007; Conwell Y. et al., 2002; Soloff P.H., Chiappetta L., 2012). Распространенность пограничных психических расстройств (ППР) среди суицидентов по мнению разных авторов может достигать от 15%–30% (Амбрумова А.Г., 1980; Васильев В.В., 2008, 2010) и до 80–100%.

В связи с высокой распространенностью, особенно актуальными становятся вопросы превенции, вторичная и третичная профилактика пограничных пси-

хических расстройств, а также реабилитации таких пациентов (Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Горшкова Л.В. и др., 2009; Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И., 2012; Положий Б.С., Панченко Е.А., 2012). Перечисленные мероприятия в настоящее время остро нуждаются в дальнейшей разработке, что становится одной из приоритетных задач национальной политики (приказ Минздрава РФ №148 от 06.05.1998 г. «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением», концепция демографической политики, утвержденная Указом президента РФ №1351 от 9.10.2007 г.), в том числе и на международном уровне (Borges G. et al., 2010). При этом мало изученными вопросами, влияющими на эффективность проводимой реабилитации суицидентов с пограничными психическими расстройствами, остаются: роль клинико-патогенетических факторов, особенностей динамики суицидального поведения и типологии постсуицидального периода.

Цель исследования

Целью настоящего исследования является разработка принципов диагностики, реабилитации и профилактических мероприятий на основе изучения клинических закономерностей формирования, типологии и динамики суицидального поведения (постсуицидального периода) у лиц с пограничными психическими расстройствами.

Задачи исследования

1. Провести анализ распространенности суицидального поведения в городе Омске и Омской области (анализ региональной ситуации).
2. Выявить взаимодействие и взаимовлияние различных патогенетических факторов (социально-средовых, конституционально-биологических и др.), принимающих участие в формировании суицидального поведения, и в том числе постсуицидального периода, отмечающегося у лиц с пограничными формами психических расстройств.
3. Исследовать закономерности динамики, структуры, типологии суицидального поведения и постсуицидального периода у лиц с пограничными психическими расстройствами.
4. Представить и внедрить принципы ранней диагностики, реабилитации суицидентов, обнаруживающих пограничные психические расстройства.
5. Разработать и внедрить новые организационные формы реабилитации и психопрофилактики у лиц с пограничными психическими расстройствами, сопровождающимися суицидальным поведением с учетом региональных особенностей.

Положения, выносимые на защиту

1. Варианты постсуицидального периода: критический, манипулятивный, аналитический и суицидально-фиксированный, выявляемые у лиц с пограничными психическими расстройствами обнаруживают определенную зависимость от типологии данных психических нарушений, а также отражают обстоятельства суицидального поведения в их динамике.

2. Комплексные дифференцированные реабилитационные программы для суицидентов с пограничными психическими расстройствами, разработанные на основе изученных клинико-патогенетических факторов (социально-психологического, конституционально-биологического, экзогенно-органического и соматогенного) и варианта постсуицидального периода показали свою высокую эффективность: значительное снижение суицидального риска (повторных попыток), снижение выраженности депрессии по шкалам BDI, HamD, CGI-I, CGI-S.

Научная новизна исследования

В процессе выполнения работы с применением комплекса методов исследования: клинико-психопатологического, клинико-динамического, клинико-катамнестического и статистического, были получены новые сведения о клинико-патогенетических факторах участвующих в патогенезе суицидального поведения у лиц, обнаруживающих пограничные психические расстройства. Впервые, комплексно изучена патогенетическая роль микросоциально-средовых, конституционально-биологических, экзогенно-органических и соматогенных влияний в становлении и последующей динамике суицидального поведения, а также типологии постсуицидального периода.

Научной новизной данного исследования явилось применение динамического подхода, учитывавшего взаимосвязь формирования определенной формы пограничного психического отклонения и особенностей суицидального поведения (постсуицидального периода) с целью выявления новых патогенетических взаимодействий и прогностических оценок.

Приоритетным явился подход в реабилитации суицидентов с пограничными психическими расстройствами, сформированный в зависимости от варианта постсуицидального периода, для каждого из которых была разработана оригинальная и дифференцированная программа психопрофилактики и реабилитации, основанная на методах психофармакотерапии, психотерапии и мерах социальной коррекции.

Практическая значимость результатов исследования

Научные данные, полученные в ходе исследования, имеют значение для дальнейшего изучения проблемы суицидального поведения у лиц с пограничными психическими расстройствами. С учетом изученных вариантов постсуицидального периода, клинико-патогенетических факторов, и диагноза пограничного психического расстройства, разработаны критерии отграничения и клинико-динамической оценки суицидального поведения, что позволяет прогнозировать вариант постсуицидального периода и определить тактику реабилитационных мероприятий с применением дифференцированных программ реабилитации и психопрофилактики на раннем этапе. Результаты исследования позволяют специалистам психиатрической службы оценить, прогнозировать и снизить уровень суицидального риска, в том числе повторных попыток, у лиц с пограничными психическими расстройствами, обеспечивая высокое качество ремиссии, динамическое наблюдение за группой риска в зависимости от варианта постсуицидального периода, и рекомендованы к применению в учреждениях психиатрического, общесоматического, социально-психологического и педагогического профиля.

Внедрение в практику

Результаты данного исследования нашли практическое применение в БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н.Солодниковой», ГБОУЗ Кемеровской области «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница». Основные положения диссертации используются в учебном процессе со студентами, врачами-психиатрами, наркологами, психотерапевтами, обучающимися на кафедре психиатрии, медицинской психологии ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России, учебном процессе кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава России (получены акты о внедрении).

Апробация работы

Материалы работы были доложены на научно-практической конференции «Актуальные проблемы возрастной наркологии» (Челябинск, 2007 г.); научно-практической конференции «Онтогенетические аспекты психического здоровья населения» (Омск, 19—20 апреля 2010 г.); XV съезде психиатров России (Москва, 9—12 ноября 2010 г.); научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии», посвященной 85-летию кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Омской государственной

медицинской академии (Омск, 14 декабря 2010 г.); Всероссийской междисциплинарной конференции с международным участием «Стресс, депрессивные расстройства и суицидальное поведение» (Томск, 26—28 апреля 2011 г., СибГМУ); IV научной конференции молодых ученых ОмГМА (Омск, 28 февраля 2012 г.); научно-практической конференции «Актуальные проблемы неврологии» (Омск, 3 апреля 2012 г.); конференции, посвященной 115-летию БУЗ ОО «КПБ им.Н.Н.Солодникова», (Омск, 29—30 ноября 2012 г.); заседании проблемной комиссии ОмГМА «Междисциплинарные проблемы психиатрии, наркологии, нейрохирургии, судебной медицины, педагогики и психологии» (Омск, 25 октября 2013 г.).

По материалам диссертации опубликовано 20 печатных работ, 5 из которых – в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 242 страницах машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, библиографического указателя, 4 приложений. Указатель литературы включает 271 источник, из них 178 отечественных и 93 зарубежных. В работе представлены 35 таблиц и 4 рисунка. Исследование проиллюстрировано 4 клиническими наблюдениями. Структура диссертации включает обзор литературы, описание исследовательской выборки и три главы собственных исследований. В них автор проводит клинико-психопатологический, клинико-динамический и клинико-катамнестический анализ группы пациентов, страдающих пограничными психическими расстройствами на всех этапах суицидального поведения, с подробным рассмотрением особенностей постсуицидального периода. Представлены дифференцированные реабилитационные программы для пациентов с различными типами адаптации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для реализации целей и задач исследования, сплошным методом на базе токсико-реанимационного отделения БСМП №1 и общих отделений БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» за период 2006-2010 гг. были обследованы 452 суицидента, обоого пола, от 18 до 59 лет. В исследование вошли 143 пациента (31,6%), обнаружившие пограничные психические расстройства, соответствующие диагностическим категориям МКБ-10: 1) расстройства адаптации (F43.0, F43.1, F43.2); 2) расстройства личности (F60.1-F60.9); 3) психопатоподобные нарушения органической этиологии (F07.00-F07.09); а также 4) депрессивные расстройства (F32.0, F32.1). Критериями исключения из исследования являлись: 1) алкогольная, наркотическая и другие виды химических аддик-

ций (F1x); 2) подтвержденный диагноз шизофрении (F2x); 3) эндогенных тяжелых и психотических аффективных нарушений (F32.2, F32.3). 4) психотические проявления при органических поражениях головного мозга, эпилепсии (F06.0-2x); 5) показатель депрессии выше 24 баллов по шкале Бека (BDI, Beck A.T., 1961); 6) отказ от сотрудничества. Исследование получило положительное решение этического комитета Омской государственной медицинской академии, каждым пациентом дано информированное согласие на участие в исследовании.

Дизайн исследования подразумевал анализ клинической динамики пограничных психических расстройств на протяжении суицидального поведения, для каждой когорты. При этом учитывались особенности его клинко-патогенетических предпосылок, пресуицидального периода, суицидальной попытки с его обстоятельствами, способом, осложнениями, и постсуицидального периода, состоящего из 3 этапов: ближайшего, раннего и позднего.

В основе определения варианта постсуицида мы использовали, предложенных А.Г. Амбрумовой и др. (1980) триаду признаков: актуальность суицидального конфликта; степень устойчивости имеющихся суицидальных тенденций; отношение к совершенной суицидальной попытке

В соответствии с разработанной В.Я. Семке и др. (1984) концепцией были изучены три клинко-патогенетических фактора: микросоциально-средовой (психогенный), конституционально-биологический, экзогенно-органический и соматогенный, участвующие в формировании и реализации суицидального поведения.

В качестве основных методов исследования использовались: клинко-эпидемиологический, клинко-психопатологический, клинко-динамический, клинко-катамнестический. В качестве дополнительных использовались психометрические шкалы (шкала общего клинического впечатления с подшкалами тяжести состояния и эффективности терапии CGI-S, CGI-I, шкалы депрессии Гамильтона, 17-вопросный вариант, шкалы депрессии Бека) и шкала В.Я.Семке по оценке эффективности проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий для лиц с пограничных психических расстройств; соматоневрологическое, нейрофизиологическое и другие исследования, необходимые для оценки динамики состояния суицидентов и объективизации результатов проводимых реабилитационных мероприятий.

В качестве основных инструментов исследования и ведения пациентов использовались: специально разработанная «Карта ведения суицидента с пограничным психическим расстройством», сочетающая модификацию двух карт:

«Базисной карты стандартизированного описания пробанда и родственника», разработанной научными сотрудниками отделения пограничных состояний ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, и «Суицидологической карты», разработанной суицидологическим центром Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР под руководством А.Г. Амбрумовой (1978). Средний срок катамнестического наблюдения составил $11,1 \pm 0,7$ мес. Статистическая обработка полученного материала осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «MedCalc», Ver.11.6.1.0 (Боровиков В., 2001; Реброва О.Ю., 2001) и EXCEL согласно современным требованиям к проведению анализа медицинских данных (Гланц С., 1998).

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В зависимости от варианта постсуицидального периода (ПСП), нами были сформированы 4 когорты пациентов: с критическим (25,9%, $n=37$), манипулятивным (28,7%, $n=41$), аналитическим (25,1%, $n=36$) и суицидально-фиксированным (20,3%, $n=29$) типами. В зависимости от критериев включения, особенно согласия пациентов, была сформирована группа лиц 18—57 лет, из 143 человек, 91 мужчина (63,6%), 52 женщины (36,4%). Под критерии исключения из 452 обследованных суицидентов попали 309 человек, наибольшая часть из которых не обнаружила психических расстройств (76,7%), остальные распределились между аддиктивными (8,4%), эндогенными нарушениями шизофренического (3,9%) и аффективного спектра (4,5%) и другими (6,5%).

По диагностическим категориям в зависимости от когорты постсуицидального периода суициденты распределились следующим образом. В группе с критическим вариантом постсуицида, наибольшая часть пациентов страдала расстройствами адаптации (31,6%), коморбидными с расстройством личности (28,2%), преобладавшем в манипулятивном варианте (84,2%, $p > 0,05^*$), импульсивного и пограничного типов (44,7%, 39,4%), с аналитическим – депрессивными расстройствами (38,2%), с суицидально фиксированным его вариантом – органическими расстройствами личности (53,6%, $p > 0,01^{**}$), расстройствами личности (26,3%).

Согласно данным омского суицидологического центра и современных исследователей, Омская область относится к регионам с высоким уровнем суицидов (Гладышев М.В., 2006; Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2008; Положий Б.С., 2008), причем, уровень суицидальной активности в ней за последние десятилетия, в целом, отражает и следует за таковым по стране, однако, превышая его на несколько единиц. Наибольшая смертность от самоубийств в РФ приходится на 1994 год, составив 41,5 случай на 100 тыс. населения. В дальнейшем в целом по

стране отмечается стабильное снижение данного показателя, в среднем, на 1,5—2 единицы в год, вплоть до 2007 г., после чего начинаются некоторые его колебания с общей тенденцией к снижению, составив 20,4 случая на 100 тыс. населения в 2012 году. Среди основных факторов, в целом влияющих на этот показатель, в том числе его пиковые значения, большинство современных исследователей отмечают волнообразные макросоциально-экономических преобразования, а также периоды стабилизации ситуации в стране. Показатель самоубийств в регионе, также как и в РФ, за указанный период снизился, при этом сохраняясь на высоком уровне – от 35,4 в 2007 г. до 27,0 в 2012 году (Госкомстат РФ, 2011). Изучение условий становления и развития суицидального поведения у лиц с пограничными психическими расстройствами позволило определить дифференцированный и комплексный вклад ряда микросоциально-средовых (психогенных), конституционально-биологических, экзогенно-органических и соматогенных факторов.

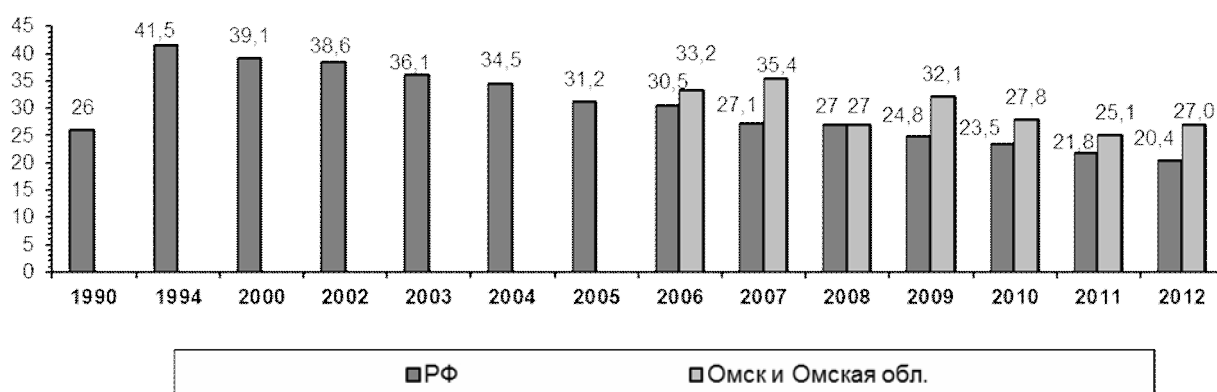


Рисунок 1. Динамика показателя завершённых суицидов на 100 тыс. населения в Российской Федерации за период 1994—2011 г.

Одними из наиболее значимых проявлений социально-средовых влияний было наличие конфликтов в микро- и макросоциуме, которые выступали мотивами суицида. Так, при критическом варианте постсуицидального периода они были наиболее разнообразны: конфликты в семейной (25,0%), и любовной сферах (15,6%), экономические трудности с перегрузками на рабочем месте (10,3%), включая труд без выходных и отпуска, конфликты в референтной группе (10,6%); для манипулятивного постсуицидального периода – конфликты, связанные с бытовой неустроенностью (16,7%), затяжные семейные конфликты (6,8%), отчужденность со стороны супруга, детей (4,5%), супружеская неверность (3,2%); для аналитического и суицидально-фиксированного вариан-

тов – с утратой близкого, родственника (13,5%), на фоне атмосферы высокой напряженности в семье (25,3%). Психологическая атмосфера в большинстве семей исследованных была благополучной (46,8%), в группе с суицидально-фиксированным вариантом составив 72,4%, затем по убыванию в аналитическом (50,0%) и манипулятивном (41,5%). По степени значимости психогенного влияния в целом по семьям (17,5%), в критическом и аналитическом постсуициде (18,9% и 16,7% соответственно), преобладали скандалы между родителями, жестокое обращение к ребенку (всего – 15,4%; в критическом – 16,2%, аналитическом – 13,9%), и алкоголизация родителей (в критическом – 16,2%, аналитическом – 13,9%). Среди всех обследованных доминировали суициденты, выросшие в семьях со средним (55,9%) и низким (23,8%) уровнем дохода. Тип воспитательного воздействия в большинстве случаев был неправильным (91,6%): в критическом – «эмоциональное отвержение» (29,8%), «кумир семьи» (24,3%); манипулятивного – «гипоопека» (29,3%) и «гиперопека» (26,7%); суицидально-фиксированного – «гиперопека» (41,4%).

Анализ конституционально-биологического фактора выявил, что средний возраст исследованных составил $29,2 \pm 0,8$ лет – от 18 до 57 включительно. Достоверных различий в зависимости от пола выявлено не было. При критическом варианте отсутствовала наследственная отягощенность по психическим заболеваниям и суицидам, при манипулятивном – подтвердилась по личностным расстройствам возбудимого круга (34,1%), и алкоголизму (29,2%). При суицидально-фиксированном – наличие личностного расстройства, возбудимого (31%) и тормозимого (37,9%) круга.

Изучение преморбидных характерологических особенностей у суицидентов с пограничными психическими расстройствами показало преобладание лиц с акцентуированными чертами характера (44,7%). Оставшиеся пациенты распределились между группами с гармоничным (13,3%), психопатическим (12,6%) личностным преморбидом. Органическое поражение ЦНС, значимое для развития личности, в анамнезе отмечалось у 12,6% пациентов. Гармоничный пресуицид преобладал в когорте с критическим постсуицидом (24,3%), психопатический - в группе с манипулятивным вариантом (68,3%). Для суицидально-фиксированного варианта было характерно диспластическое телосложение (27,7%), для остальных вариантов после нормостенического типа в критическом – гипрестенический (29,7%), в манипулятивном – гиперстенический (19,6%) и астенический (21,9%) типы.

Анализ влияния экзогенно-органического и соматогенного факторов обнаружил наибольшую значимость закрытой черепно-мозговой травмы сроком

до года в когортах с критическим (48,7%) и манипулятивным (43,9%) вариантами постсуицидального периода, а также высокий вклад резидуально-органического поражения центральной нервной системы для суицидально-фиксированного варианта постсуицидального периода (62,1%).

Рассмотрение особенностей суицидального поведения в динамике показало, что для критического варианта постсуицидального периода были характерны короткие сроки как нарастания суицидальных тенденций – в течение нескольких часов (56,8%) так и возникновения стойкого критического отношения к самоубийству. Попытки в этой когорте, судя по обстоятельствам, были импульсивными: преобладал выбор будних дней (64,9%), в одиночестве было совершено минимальное их количество (32,4%), остальные осуществлялись при возможности обращения к другим людям за помощью (54,1%), что указывает на более благоприятный реабилитационный прогноз. В алкогольном опьянении были совершены 70,3% суицидов. Среди способов в этом варианте доминировали самопорезы (43,3%) и самоотравления (48,8%), преимущественно препаратами бытовой химии, средствами домашней аптечки (29,8%). В связи с этими способами, возникали осложнения, преимущественно психоневрологического плана, при токсической энцефалопатии – когнитивное снижение (42,1%) либо эмоциональная лабильность (21,8%).

На ближайшем этапе постсуицида пациенты с критическим его вариантом достаточно быстро (за 2—5 суток) приходили к настроению оптимизма, с раскаянием, зачастую непосредственно в момент спасения с острой переоценкой жизненных ценностей. По ходу обсуждения суицидальных мотивов 35,6% пациентов стремились поскорее забыть происшедшее, стыдились совершенной попытки, заявляли о своем сильном желании жить: у 7,7% отмечались навязчивые воспоминания о попытке, окрашенные картиной конфликта – преимущественно с пограничным типом эмоционально неустойчивого (5,6%) и частично с органическими расстройствами личности (2,1%), Течение раннего этапа, различалось в зависимости от диагноза пограничных психических расстройств. Пациенты с реактивными состояниями достаточно быстро переходили к разработке дальнейших социально-адаптационных планов, при депрессивных реакциях акцент реабилитации ставился на комплаенсе к фармакотерапии. При расстройствах личности, психотропная терапия проводилась в условиях стационара, достигалась субкомпенсация, затем продолжалась психосоциальная реабилитация. Поздний этап постсуицидального периода в этой когорте наступал значительно раньше и протекал гладко, на фоне комплексных мероприятий психосоциальной реабилитации суицидентов.

В следующей когорте, с манипулятивным постсуицидом, пресуицидальный период в ряде случаев составил несколько дней (41,5%) и более часто - несколько недель (51,2%), что можно объяснить волнообразной динамикой эмоциональной напряженности в суицидогенном конфликте. При анализе личностного смысла в данной группе выявлено преобладание демонстративно-шантажных попыток (52,2%), остальные равномерно распределились между протестом (19,5%), преобладавшим над другими когортами, призывом (17,1%) и избеганием (12,2%). Попытки чаще совершались в присутствии других людей (12,6%), в чужой квартире (49,8%), в том числе после сообщений кому-либо о принятом решении (34,4%), в одиночестве же совершено 36,6% попыток. Из распределения по времени суток следует, что в когортах с манипулятивным и аналитическим вариантами постсуицида значимо преобладали попытки, совершенные после полудня (51,2% и 44,4% соответственно), следующий по значимости временной промежуток для манипулятивного постсуицида распределился между вечером (24,4%) и утром (19,5%), что связано с возможностью непосредственного воздействия на значимых лиц, которые находились неподалеку от места самоубийства в 43,9% случаев. Именно на эту когорту пришлась наибольшая доля попыток, совершенных на глазах у окружающих, (19,5% от этих случаев), место попытки было практически равномерно распределено между собственным (29,3%) и чужим (36,6%) жильем, общественным местом (31,7%). Алкогольное опьянение на момент суицида отмечалось в 70,7%. Среди осложнений отмечались: токсическая энцефалопатия в 22 случаях, (56,4%) и повреждения сосудисто-нервного пучка у 15 человек (38,5%). Наибольшая часть психоневрологических осложнений была представлена эмоционально-волевыми нарушениями (70,7%), и, в меньшей степени – интеллектуально-мнестическими (24,4%). В целом, на ближайшем и раннем этапах постсуицидального периода в данной группе лиц поведение характеризовалось театральностью, лживостью, стремлением к самооправданию. У подавляющего большинства обследованных (85,4%) сохранялась готовность к повторным попыткам, в зависимости от степени достижения желаемых результатов. Поздний этап постсуицидального периода в данной когорте отличался наибольшим количеством повторных аффективно-шантажных суицидальных попыток (n=12).

Для аналитического варианта длительность пресуицидального периода в большинстве случаев составляла несколько дней (41,7%), реже – недель (16,7%) и часов (27,8%). Наиболее характерным личностным смыслом было избегание страдания (38,9%), и призыв о помощи (25,0%). В этой когорте отсутствовали попытки самонаказания и демонстративно-шантажные. Обстоятельства совер-

шения попытки указывали на истинность суицидальных намерений, по времени суток преобладали попытки, совершенные после полудня (44,4%), затем вечером (33,3%), преобладали над другими когортами предвыходные дни (44,4%), составив больше половины всех таких наблюдений. Алкогольное опьянение в этой когорте максимально представлено: 94,4%. В этой когорте, как и при суицидально-фиксированном варианте (86,2%), значительно преобладали попытки, совершенные в одиночестве (88,9%). В качестве способа самоубийства наиболее часто (66,7%) выбиралось самоотравление, самоповешения отмечались в (19,4%) случаев. По месту в этой когорте отмечалась максимальная доля попыток, совершенных в своем жилье (83,3%). В подсобных помещениях – сарае, гараже, совершено (13,9%) попыток. Среди осложнений у этих пациентов доминировали различные виды энцефалопатии, составив 85,3%. Их последствия затронули преимущественно эмоционально-волевую сферу (58,3%), интеллектуально-мнестические нарушения отмечались ровно в одной трети случаев.

При этом на ближайшем этапе состояние зависело преимущественно от ситуационных факторов. Две трети обследованных лиц (66,7%) в данной когорте находились в депрессии, преобладали апатия, эмоциональное опустошение. На этапе раннего постсуицида наряду с аффективными колебаниями, дисфориями и слезливостью, присоединялись ангедония, нарушения аппетита, сна и половой функции. Все пациенты из этой когорты наблюдались в стационарных условиях, что способствовало осуществлению реабилитации в более контролируемых условиях отделения, что сопровождалось заметной положительной динамикой комплаенса к лечебно-реабилитационным мероприятиям.

Последний, суицидально-фиксированный вариант постсуицидального периода, был наиболее сложным и неблагоприятным в отношении течения и особенностей динамики, в связи с истинностью суицидальных намерений. Так, длительность пресуицидального периода у 62,1% пациентов, достигла наибольшей продолжительности, составив несколько недель и даже месяцев. Все попытки равномерно распределились между полуночью до 6 часов утра (41,4%) и с утра до полудня (58,6%), день недели выбирался будний (41,4%), либо выходной (58,5%), большинство попыток было совершено в одиночестве (86,2%). Среди способов самоубийства, встречались самоотравления (51,7%), и самопорезы (34,5%). В алкогольном опьянении было больше пациентов (89,7%), чем в среднем по обследованным (80,4%). Предпочтение отдавалось общественным местам – скверам, паркам (44,8%), и своему жилью (56,6%). Из соматоневрологических осложнений, как и во всей когорте исследованных (61,2%) преобладала энцефалопатия (64,3%), токсическая при самоотравлении, и гипоксическая

при самоповешании, со странгуляционной бороздой у 28,6% пациентов. Из психоневрологических осложнений в этой когорте преобладали вновь приобретенные интеллектуально-мнестические (55,2%) нарушения, ухудшение эмоционально-волевого состояния наблюдалось у 24,1% пациентов. Данные осложнения встречались у пациентов с органическими психическими расстройствами (62,1%) и у ряда лиц, ранее перенесших черепно-мозговую травму (44,8%).

В этой когорте на ближайшем этапе постсуицидального периода психическое состояние пациентов отличалось эмоциональной ригидностью, а также различной выраженностью желания завершить суицид. Из наиболее общих черт можно выделить, скрытность, формальность в контакте, диссимуляцию состояния. Для некоторых обследуемых, напротив, были характерны снижение дистанции, агрессивность, недержание аффекта, категорическое требование оставить их в покое. В данной когорте, реабилитация, как и при аналитическом варианте постсуицида, занимала сравнительно больший период, также затрагивая и поздний этап постсуицида. На раннем этапе постсуицидального периода психическое состояние отличалось эмоциональной холодностью, гипостенической астенией, в сочетании с замкнутостью, либо эмоциональной опустошенностью со сверхценной логикой, уверенности, что суицидogenous конфликт неразрешим. В связи с истинностью попытки осложнения были более значимы, с выраженной психической реакцией на них: обсессивно-фобических явлений, тревоги, депрессии. Наибольшая доля органических поражений центральной нервной системы в этой когорте связана с закрытой черепно-мозговой травмой, давность которой у 62,1% превышала год. Поздний этап проходил в условиях стационара, в связи с чем было доступно более продолжительное воздействие психофармако- и психотерапевтических методик на этих пациентов. При этом на выходе из постсуицида, мотивация к жизни была схожей с другими когортами – забота о близких, семье, трудоустройство.

Реабилитация суицидентов с пограничными психическими расстройствами включала в себя принципы дифференцированности, комплексности и поэтапности реабилитационного воздействия (Семке В.Я., 1988, 2001). Большое значение имел динамический подход к выбору методов реабилитации с учетом этиопатогенетических факторов, вариантов постсуицидального периода, его этапов. При разработке патогенетической терапии выделялись мишени ее приложения, исходя из изученных клинко-патогенетических факторов. Реализация патогенетической направленности осуществлялась через психофармакологический (ПФК), психотерапевтический (ПТК), социотерапевтический (СТК) комплексы. На протяжении постсуицидального периода, в соответствии с его

этапами также происходила и смена этапов реабилитационных программ, дифференцированно определялись режимы наблюдения и проведения реабилитационных мер (Аксенов М.М., Семке В.Я., 2007): «кризисный»; «базисный»; «регрессиентный». Первые два из трех этапов реабилитационных мероприятий (кризисный и базисный) в большинстве случаев были реализованы в стационарных условиях, исключение составили пациенты из когорты токсикореанимации, которые после оказания неотложной помощи выписывались и наблюдались в амбулаторных условиях. Третий этап – регрессиентный, также осуществлялся преимущественно в амбулаторных условиях, при этом акцент реабилитации смещался на мероприятия психосоциальной направленности (СТК), а также осуществлялось катамнестическое исследование их эффективности.

Для каждого варианта постсуицидального периода с учетом клиникопатогенетических факторов нами была разработана дифференцированная программа реабилитации. Так, в когорте с критическим его вариантом программа предназначена для лиц с диагнозами «Острая реакция на стресс» (F43.0) и «Расстройство личности»(F60.xxx), «Пролонгированная депрессивная реакция»(F43.21), «Органическое расстройство личности» (F07.xx). Вторая программа для пациентов с манипулятивным постсуицидом применялась при расстройствах личности, обнаруживших возбуждимый (F07.xx, F60.30x), и тормозимый радикалы (F07.xx, F60.31x). Третья программа для пациентов с пограничными психическими расстройствами обнаруживших аналитический вариант постсуицидального периода включала коррекцию реактивных расстройств депрессивного спектра (F43.2x). Четвертая программа для суицидально-фиксированного варианта ориентирована на лиц с органическими расстройствами личности (F07.xx) возбуждимого и тормозимого спектра.

Дифференцированное применение реабилитационно-профилактических программ, направленных на снижение суицидального риска, снижение выраженности симптомов пограничного психического расстройства и социальную реадaptацию пациентов, позволяет судить о высокой их эффективности, подтвержденной в ходе клинико-катамнестического обследования.

Катамнестическое наблюдение стало возможным у лиц с критическим вариантом постсуицида лишь в 64,9% случаев, что может быть объяснено ауто-стигматизацией суицидальных действий, с желанием поскорее «забыть» попытку. В этой когорте отмечался наилучший терапевтический ответ на реабилитационные меры воздействия (87,5% ремиссий «А» и «В»). Лица с манипулятивным вариантом катамнестически исследованы в 80,5% случаев, они «удерживались» от повторных попыток при активном участии членов микросоциаль-

ного окружения, в первую очередь родственников. При сборе катamnестических сведений в группах с аналитическим (100% осмотрено) и суицидально-фиксированным (79,3% осмотрено) вариантами возможность повторных встреч с пациентами была обеспечена их стационарным лечением и более строгими условиями дальнейшего наблюдения.

При этом динамика показателей HamD-17 по всем обследованным составила 12 баллов с 15,3 в ближайшем постсуицидальном периоде до 5,8 баллов в отдаленном периоде, динамика среднего значения по этой шкале в критическом постсуициде составила с 6,0 до 1,8 баллов, в манипулятивном – с 10,3 до 4,2, аналитическом – 17,1 до 5,6 и в суицидально-фиксированном – максимальное по всей выборке значение с 27,7 до 11,5 баллов. Динамика выраженности депрессии по соответствующей шкале Бека (DBI) составила 9,8 баллов, от 15,3 в ближайшем постсуицидальном периоде к 9,0 в раннем и 5,8 в позднем; тяжесть симптоматики увеличивалась между когортами на всех этапах постсуицидального периода: наименьшее значение соответствовало критическому (от 6,0 до 1,8), и наибольшее – суицидально-фиксированному (21,1 до 9,4) вариантам. Динамика состояния по шкале общего клинического впечатления, подшкале оценки тяжести состояния (CGI-S), по всем обследованным составила 0,7 баллов с 3,3 в ближайшем этапе постсуицидального периода до 2,6 баллов в его отдаленном этапе. При этом среднее значение показателя по этой шкале в критическом постсуициде снизилось с 2,9 до 1,8 баллов, в манипулятивном – с 3,2 до 2,4, аналитическом – 3,4 до 2,9 и в суицидально-фиксированном – с 3,7 до 3,2. Эффективность терапии по подшкале CGI-I составила 78,2% (очень хорошая и хорошая эффективность), очень хорошая – 47,4%, хорошая – 32,8%, из них 22 случая в аналитическом постсуициде, частичное улучшение – 12,1%, отсутствие улучшения – 7,8%. Оценка применения дифференцированных программ реабилитации суицидентов с пограничными формами психических расстройств показала: существенное улучшение (состояние «А» и «В») у 79,3% пациентов; неполное выздоровление (состояние «С») наблюдалось в 13,8% случаев; незначительное улучшение уровня адаптивных возможностей (состояние «D») – в 6,9% случаев.

Таким образом, своевременная ранняя диагностика варианта постсуицидального периода, обстоятельств и структуры этапности суицидального поведения на основе клинко-патогенетических факторов у лиц с пограничными формами психических расстройств с последующим адекватным использованием предложенных программ реабилитации и психопрофилактики позволяет добиться значительного результата по их вторичной и третичной профилактики и социальной реадaptации, снизить суицидальный риск и выраженность симптоматики.

ВЫВОДЫ

1. Высокий показатель самоубийств в Омске и Омской области за период с 2007 по 2012 год обнаруживает некоторое снижение с 35,4 (на 100 тыс. населения) до 27,0, отражая сложную ситуацию и в РФ, где его динамика за эти годы также характеризуется снижением – с 27,1 до 20,4.
2. Распределение вариантов постсуицидального периода среди лиц, обнаруживших пограничные психические расстройства, обследованных нами в стационаре психиатрической службы и ЛПУ скорой помощи общесоматической сети составило: 25,9% – критический вариант, 28,7% – манипулятивный, 25,1% – аналитический и 20,1% – суицидально-фиксированный
3. Варианты постсуицидального периода распределились в зависимости от типа выявленных пограничных психических расстройств. При критическом варианте постсуицидального периода обнаружено преобладание расстройств адаптации (37,8%) и эмоционально неустойчивого расстройства личности пограничного типа (35,1% всех РЛ). В манипулятивном варианте – оба типа неустойчивого расстройства личности (51,2% всех РЛ). Для аналитического варианта значимы были депрессивные состояния (69,4%). В когорте суицидально-фиксированного варианта преобладали органические психические расстройства (62,1%).
4. Изучение роли клинико-патогенетических факторов показало: а) у пациентов с критическим вариантом постсуицидального периода достоверно преобладало воздействие факторов преимущественно социально-психологического (57,1%) и конституционно-биологического (76,2%) характера; б) для манипулятивного постсуицида наиболее значим вклад психогенных воздействий в родительской семье и детско-подростковом возрасте (95,1% всех психогений); в) для аналитического варианта постсуицидального периода – депрессивные расстройства, развивающихся на фоне общего социально-психологического неблагополучия (85,7%); г) в суицидально-фиксированном варианте – выявлена высокая роль всех трех клинико-патогенетических факторов с преобладанием экзогенно-органического (62,1% резидуально-органического поражения ЦНС).
5. Динамика суицидального поведения обнаружила характерную зависимость от варианта постсуицидального периода, так в критическом варианте наблюдался короткий пресуицид (часы – 56,8%), формировалась стойкая критика к поведению, имелась импульсивность и ситуационная обусловленность суицидальных попыток с возможностью предотвращения другими (54,1%), из способов выбирались самопорезы (43,3%) и самоотравления (48,8%). В манипулятивном – пресуицид составлял дни (41,5%) и недели (51,2%), с волнообразной

динамикой конфликта, с наибольшим количеством попыток, совершенных на глазах у окружающих, (19,5%) и повторных аффективно-шантажных (3,5%). В аналитическом – пресуицид длился несколько дней (41,7%), реже – часов (27,8%); отсутствовали мотивы самонаказания и шантажа; попытки были истинными: наибольшее их количество совершалось в своем жилье (83,3%), через самоповешание (19,4%), в алкогольном опьянении (94,4%). В суицидально-фиксированном – пресуицид был максимально долгим (недели, месяцы – 62,1%), попытки носили истинный характер: совершались в своем жилье (56,6%) и общественных местах (44,8%).

6. Снижение тяжести проявления пограничных психических расстройств и улучшение психического состояния суицидентов с пограничными психическими расстройствами под влиянием лечебно-реабилитационных мер подтверждается положительной динамикой по шкале общего клинического впечатления с подшкалой тяжести состояния CGI-S на 1,1 балл (с 2,9 до 1,8), а также снижением выраженности депрессии по шкалам Гамильтона, 17-вопросный вариант (HamD17) на 11,8 баллов (с 15,3 до 3,6) и Бека, достигающей 8,4 баллов (с 13,6 до 5,3).

7. Высокая эффективность разработанных комплексных дифференцированных реабилитационных и профилактических мероприятий, у суицидентов с пограничными психическими расстройствами, подтверждена подшкалой эффективности терапии CGI-I: у 78,2% пациентов отмечалось «выраженное» и «существенное» улучшение состояния, а также шкалой В.Я. Семке, оценивающей эффективность терапии лиц с пограничными психическими расстройствами: существенное улучшение (состояние «А» и «В») достигнуто у 79,3% пролеченных пациентов.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ

1. Заливин, А.А. Распространенность, реабилитация и профилактика суицидов в крупном промышленном центре / Ю.В. Дроздовский, А.А. Заливин, С.В. Лукьянова, И.М. Цибик // Современная психотерапия в медицинской практике : материалы научно-практической конференции (Новокузнецк 25—26 апреля 2007 г.) / под ред. акад. РАМН В.Я. Семке. – Томск, Новокузнецк, 2007. – С. 84—88.
2. Заливин, А.А. Особенности клиники раннего постсуицидального периода у лиц с пограничными нервно-психическими расстройствами / А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский // Актуальные проблемы возрастной наркологии : материалы научно-практической конференции. – Челябинск, 2007. – С.128—131.
3. Заливин, А.А. Влияние клинко-патогенетических факторов на типологию и реабилитацию постсуицидального периода / А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский // Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)» : материалы общероссийской конференции. – Москва, 2008. – С. 177—178.
4. Заливин, А.А. Роль психогенных социально-стрессовых факторов в формировании различных вариантов постсуицидального поведения / А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский // Психологические, психотерапевтические, клинко-психопатологические реабилитационные аспекты оказания помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях : сборник материалов областной научно-практической конференции. – Омск, 2008. – С. 31—36.
5. Заливин, А.А. Принципы реабилитации лиц с пограничным нервно-психическим расстройством в постсуицидальном периоде / А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский // Актуальные проблемы возрастной наркологии : материалы региональной научно-практической конференции с международным участием. – Челябинск, 2008. – С. 171—174.
6. Заливин, А.А. Сравнительный анализ суицидального поведения подростков и молодежи Омской области за 2006-2008 гг. / А.А. Заливин, Д. Ю. Коломыцев, Ю.В. Дроздовский, С.В. Лукьянова // Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально-демографический, превентивный аспекты : материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – Барнаул, 2009. – С. 91—92.
7. Заливин, А.А. Сравнительный анализ данных Омской суицидологической службы / А.А. Заливин, Д. Ю. Коломыцев, Ю.В. Дроздовский, С.В. Лукьянова // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах. Пленум Правления Российского общества психиатров : материалы общероссийской конференции. – Москва, 2009. – С. 77—78.
8. Заливин, А.А. Анализ суицидологической ситуации в Омске и Омской области / А.А. Заливин, Д. Ю. Коломыцев, Ю.В. Дроздовский, О.Н. Степанова, С.В. Лукьянова // Актуальные проблемы организации и оказания психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи : материалы региональной научно-практической конференции. – Челябинск, Маг-

- нитогорск, 2009. – С. 110—112.
9. Заливин, А.А. Влияние микросоциально-средовых семейных факторов на формирование различных вариантов постсуицидального периода / А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский // Актуальные проблемы организации и оказания психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи : материалы региональной научно-практической конференции. – Челябинск, Магнитогорск, 2009. – С. 113—115.
 10. Заливин, А.А. Влияние микросоциально-средовых семейных факторов на формирование различных вариантов постсуицидального периода / А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский // Онтогенетические аспекты психического здоровья населения : тезисы докладов научно-практической конференции (Омск, 19—20 апреля 2010 г.). – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2010. – С. 87—91.
 11. Заливин А.А. Особенности ранней динамики суицидального поведения у лиц с пограничным психическим расстройством / А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии : материалы региональной научно-практической конференции (Омск, 14 декабря 2010 г.). – Омск, 2010. – С. 50—53.
 12. Заливин, А.А. Суицидальное поведение пациентов с пограничными психическими расстройствами / А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский, С.И. Козлов // XV съезд психиатров России. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. – С. 339.
 13. Заливин, А.А. Роль психогенных социально-стрессовых факторов в формировании различных вариантов постсуицидального поведения / А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2. – С. 49—53.
 14. Заливин, А.А. Клинические особенности суицидентов с пограничными психическими расстройствами в зависимости от варианта постсуицидального периода / А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский, С.И. Козлов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – №4. – С. 44—49.
 15. Заливин, А.А. Особенности постсуицидального периода в зависимости от факторов стрессоустойчивости у лиц с пограничными психическими расстройствами / А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский // Актуальные вопросы службы медицины катастроф : материалы научно-практической конференции с международным участием (Омск, 21—22.06.2012 г.). – Омск, 2013. – С. 100—101.
 16. Заливин, А.А. Клинико-патогенетические факторы, клиника и реабилитация в критическом варианте постсуицидального периода у лиц с пограничными психическими расстройствами / А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – №5. – С.21—25.
 17. Заливин, А.А. Реабилитация суицидентов с пограничными психическими расстройствами в зависимости от варианта постсуицидального периода / А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский // Омский научный вестник. – 2012. – № 5. – С. 85—88.
 18. Заливин, А.А. Роль клинико-патогенетических факторов в постсуицидаль-

ном периоде при пограничных психических расстройствах / А.А. Заливин, А.И. Чеперин, Ю.В. Дроздовский, О. Н. Степанова // Современные направления в оказании психиатрической помощи населению : материалы региональной научно-практической конференции, посвященной 115-летию психиатрической службы Омской области (Омск, 29—30 ноября 2012 г.) / под ред. акад. РАМН В.Я. Семке, чл.-корр. РАМН Н. А. Бохана. – Томск, Омск: Изд-во «Иван Федоров», 2012. – С. 74—76.

19. **Заливин, А.А. Клиника, динамика суицидального поведения и реабилитация лиц с пограничными психическими расстройствами в постсуицидальном периоде // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – №2. – С. 15—18.**
20. Заливин, А.А. Клиника, динамика суицидального поведения и реабилитация лиц с пограничными психическими расстройствами в постсуицидальном периоде / А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский // Пограничные нервно-психические расстройства в Сибирском регионе (онтогенетические аспекты) : тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции (Новокузнецк, 2—3 апреля 2013 г.). – Томск, Новокузнецк: Изд-во «Иван Федоров», 2013. – С.83—85.

Подписано к печати 28.10.2013 г.