

ISSN 2225-6016

# ВЕСТНИК

*Смоленской государственной  
медицинской академии*

*Том 16, №1*

2017



УДК 616.89-008.441.44

## ГОСПИТАЛЬНЫЕ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ И САМОУБИЙСТВА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ, ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕБНОГО ОТПУСКА И В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ

© Ваулин С.В.<sup>1</sup>, Алексеева М.В.<sup>1</sup>, Моренец Т.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

<sup>2</sup>ГАУЗ «Брянская областная психиатрическая больница» №1, Россия, 241047, Брянск, ул. Салтыкова-Щедрина, 1а

*Резюме:* целью исследования являлось совершенствование суицидологической помощи во время лечения в психиатрической больнице и в ранние сроки после выписки. В статье освещены особенности суицидального поведения в психиатрическом стационаре. Проанализировано 50 случаев суицидальных актов во время лечения в больнице, лечебного отпуска и в ранние сроки после выписки. Кроме данных клинического обследования представлены результаты психологического исследования с помощью психометрических шкал. Использовалась шкала суицидального мышления Бека (SSI) и шкала депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS). Изучены клинично-социальные особенности суицидентов, а так же факторы суицидальной дезадаптации. Описаны способы суицидальных попыток в психиатрическом стационаре, во время лечебного отпуска и в ранние сроки после выписки. Определено влияние психопатологической симптоматики на суицидальное поведение и ее значимость на степень суицидального риска. Лечебно-реабилитационные программы, разработанные с учетом выявленных факторов, позволят повысить качество суицидологической помощи путем снижения уровня суицидальной активности и предотвращения госпитальных самоубийств.

*Ключевые слова:* суицид, самоубийство, суицидальная попытка, суицидальный риск, предупреждение самоубийств, госпитализация

## INPATIENTS SUICIDAL ATTEMPTS AND SUICIDES IN PSYCHIATRIC CLINIC, DURING THE SICK-LEAVE AND IN EARLY TERMS AFTER DISCHARGE FROM THE HOSPITAL

Vaulin S.V.<sup>1</sup>, Alekseeva M.V.<sup>1</sup>, Morenets T.V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Smolensk State Medical University, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28

<sup>2</sup>Bryansk Regional Psychiatric Hospital N1, Russia, Bryansk, Saltykov-Shchedrin St., 1a

*Summary:* the aim of the study was improvement of the suicidological help in a psychiatric hospital and in early terms after discharge from the hospital. In the presented article the issues of suicidal behavior in psychiatric hospital are illustrated. 50 causes of suicidal acts have been analyzed during the treatment in the psychiatric clinic, during the leave and in early terms after discharge from the hospital. Except for the data of clinical patent examination, the results of psychological research using psychometric scales are presented in the article. Beck's suicidal ideation scale (SSI) and Montgomery-Asberg depression rating scale (MADRS) were used. Clinical and social characteristic of suicides were studied, as the factors of suicidal disadaptation. The methods of suicidal attempts in the psychiatric hospital, during the leave and in early terms after discharge from the hospital were described. The influence of psychopathological symptoms on suicidal behavior and on the degree of the suicidal risk was determined. The developed medical and rehabilitation programs taking into account the revealed factors will allow to increase the quality of the suicidological help by decreasing level of suicide actions and to prevent hospital suicides.

*Key words:* suicide, suicidal attempts, suicidal risk, inpatients, suicide prevention, hospitalization

## Введение

Самоубийства – одна из важнейших проблем общественного здравоохранения в большинстве стран мира. Улучшение качества оказания психиатрической помощи, развитие суицидологической службы, а так же иных форм психологической помощи населению, приводит к снижению показателей суицидальной смертности, в том числе в психиатрическом стационаре. Распространенность суицидальных форм поведения среди лиц с установленным психическим расстройством значительно, от 2,5 до 5 раз, превышает уровень самоубийств в общей популяции [5, 9]. Наличие группы инвалидности по психическому заболеванию, нетрудоустроенность, социальная изоляция, одиночество являются дополнительными отягощающими факторами в генезе суицидального поведения в данной категории [1, 4, 6]. Суицидальные тенденции у пациентов находящихся на лечении в психиатрических больницах не являются редкостью. Пациенты с высоким суицидальным риском могут совершать попытки самоубийства во время пребывания в стационаре, во время лечебного отпуска или в ранние сроки после выписки [1, 2, 5, 7]. Согласно годовым отчетам, в Великобритании за 2001-2011 г. около 10% стационарных самоубийств были совершены пациентами психиатрических клиник, что составляло 2,5% всех суицидов в общей популяции [10]. Суицид в психиатрическом отделении воспринимается как

чрезвычайное происшествие, оказывающее сильное психотравмирующее воздействие как на пациентов, находящихся на лечении, так и на медицинский персонал больницы. Постепенное улучшение качества оказания психиатрической помощи на протяжении истории способствовало улучшению качества жизни пациентов, снижению риска суицидального поведения и тем самым снижению смертности в психиатрических стационарах. Если еще в IX в. функции психиатрических лечебниц сводились к признанию за психическими больными, то в первой половине XX в. психиатрия уже встала наравне с другими медицинскими науками, появились активные методы лечения и диагностики психических заболеваний, в том числе и депрессивных состояний, создана система оказания психиатрической помощи, стационарных и внестационарных ее форм [9, 14]. Показатели смертности в психиатрических стационарах сейчас относительно невысокие, однако случаи суицидов среди них продолжают занимать одно из основных позиций [8, 10, 12]. Показатель распространенности суицидальных актов является значимым критерием качества оказания психиатрической помощи лечебным учреждением. За рубежом широко распространена практика судебных исков на психиатрические больницы в отношении случаев самоубийств со стороны родственников суицидентов. Так, например, в США данный показатель учитывается Объединенной комиссией по аккредитации организаций здравоохранения (ЖАНО) [10]. В отечественных исследованиях достаточно редко встречаются попытки комплексного анализа случаев суицидального поведения во время активного терапевтического процесса, то есть во время стационарного лечения. Случаи суицидов и суицидальных попыток в психиатрической больнице зачастую не регистрируются, а часть контингента больных после фатальной попытки умирает в медицинских учреждениях соматического профиля от осложнений (ранения, асфиксии, отравления и т.д.) [6, 7]. Такая статистика не ведется ни на отраслевом уровне, ни на уровне лечебно-профилактических учреждений. По нашим данным, случаи суицидальных действий в психиатрической больнице требуют регистрации и подробного клинического и организационного анализа, потому как отражают качество суицидологической помощи в целом, так и качество работы конкретного лечебного учреждения [2, 3].

Целью исследования являлось совершенствование суицидальной превенции на этапе оказания стационарной психиатрической помощи и этапе выписки больного из психиатрического стационара под наблюдение амбулаторной службы.

## Методика

Изучено 50 случаев суицидальных актов, среди которых 10 самоубийств, совершенных во время лечения в психиатрических больницах или в первую неделю после выписки. Проведен анализ особенностей и целей суицидальных действий, учитывались характеристики суицидального конфликта, определялись факторы и степень суицидального риска, их связь с соответствующим спектром психических расстройств. В рамках данного исследования проводилось комплексное психиатрическое и клиничко-психологическое обследование пациентов с суицидальными попытками во время лечения в психиатрических больницах Брянска и Смоленска за 2014-2016 гг. с применением шкалы депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS) и шкалы суицидального мышления Бека (SSI). Обследование проводилось в первые 48 ч. после совершения суицидальных действий, что соответствовало раннему постсуицидальному периоду. Полученные с помощью оценочных шкал результаты регистрировались в специально разработанных картах клиничко-психопатологического обследования суицидентов. Данную группу представили 30 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет. Контрольную группу составили 20 пациентов ГАУЗ БОПБ №1 страдающие психическими расстройствами, не обнаруживающие суицидальных форм поведения. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и нозологии. При обработке материала, полученного в ходе исследования, использовались методы описательной статистики, методы статистического наблюдения и факторный анализ. Все признаки, подлежащие изучению, измерены в номинальной шкале. Для статистического анализа признаков использовались абсолютные и относительные показатели (проценты). Статистическая обработка проводилась при помощи электронных таблиц программы Microsoft Office EXCEL. Кроме того, для объективизации полученных данных проводилось ретроспективное изучение медицинской документации (истории болезни и амбулаторные карты) пациентов областных психиатрических больниц Брянска и Смоленска за 2005-2016 гг. В ходе исследования разрабатывались способы психологической и социальной реабилитации, а также меры профилактики суицидальных проявлений среди лиц, находящихся на стационарном лечении.

## Результаты исследования и их обсуждение

Контингент обследуемых лиц по половому фактору распределился равномерно между мужчинами (52%) и женщинами (48%). Средний возраст составил 39±15,5 лет. Преобладали городские жители – 72%, что возможно связано с малой доступностью психиатрической помощи для сельского населения. Большинство суицидентов (70%) имели удовлетворительные социально-

бытовые условия. В структуре семейных отношений выявлены следующие особенности: лишь восемь обследуемых (16%) имели собственную семью и детей, остальные проживали либо с родителями, либо одиноко (по 42%). Оценка социально-экономического статуса показала, что 20% занимались низкоквалифицированным трудом (работали разнорабочими) на момент совершения суицидальной попытки, в дальнейшем в течение года прекратили трудовую деятельность в связи с оформлением группы инвалидности по психическому заболеванию. Уже имели группу инвалидности по психическому заболеванию – 40% суицидентов. В целом, практически не работали или имели случайные заработки, находясь на иждивении родственников, около 70% суицидентов. Таким образом, исследуемый контингент характеризовался социальной и трудовой дезадаптацией, а так же в ряде случаев имел неблагоприятные материально-бытовые условия. В свою очередь удаленное от областного центра проживание, низкий уровень материального обеспечения, а так же отсутствие поддержки со стороны семьи говорят о низкой приверженности к терапии, о чем свидетельствуют частые повторные госпитализации. Причиной последних может являться недостаточный уровень качества амбулаторной психиатрической помощи, отсутствие специализированной суицидологической помощи. Практически для всех лиц, совершивших суицидальную попытку в стационаре, госпитализация была повторной. Около 40% исследуемых имели 2 и более госпитализаций в течение года.

Большинство суицидальных действий совершалось в стационаре (66%), часть из которых приходилась на дневной стационар (40%). Каждая четвертая попытка совершалась в ранние сроки после выписки до посещения участкового психиатра. После выписки из стационара, пациент как будто попадает в «слепую зону», когда врач стационара уже не наблюдает больного, а врач амбулаторной службы еще его не видит. Наименьшее количество суицидальных актов приходилось на лечебные отпуска – 8%, что возможно связано с тщательным отбором контингента пациентов, подлежащих оформлению в лечебные отпуска, с учетом суицидального риска (рис. 1).

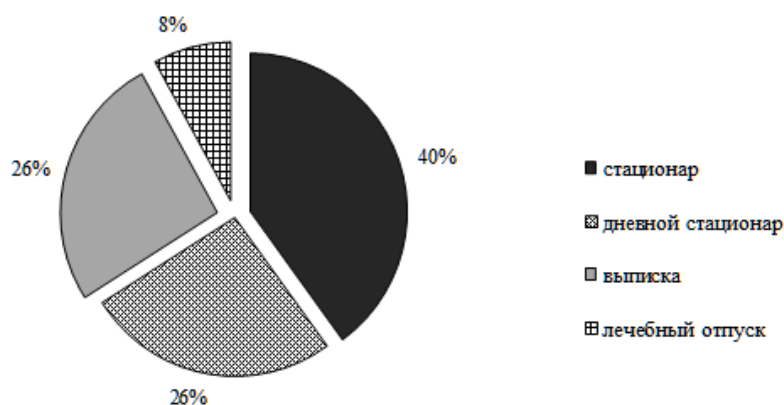


Рис. 1. Распределение распространенности суицидальных действий в исследуемой группе

Иначе выглядит распределение частоты самоубийств. Так из 10 случаев суицидов: в двух случаях смерть была зафиксирована в психиатрической больнице, один пациент умер после перевода в соматический стационар. В подавляющем большинстве случаев (70%) самоубийства были совершены в первую неделю после выписки, причем двумя пациентами непосредственно в день выписки из больницы. Данный факт может свидетельствовать не только об отсутствии преемственности между стационарным и амбулаторным звеном психиатрической службы, но и об отсутствии критериев выписки пациентов с учетом степени суицидального риска.

Бесспорно, условия оказания помощи в психиатрическом стационаре значительно сужают выбор способов покушения на самоубийство и возможность совершить суицидальный акт (рис. 2). Среди госпитальных суицидальных попыток чаще всего наблюдались случаи саморанений, когда больные наносили себе порезы осколками битого стекла (45%) и случаи самоповешения или самоудушения (35%), два из которых завершились гибелью больных. Несколько реже встречались падения с высоты через открытое окно или незащищенный лестничный пролет (15%), в одном случае с летальным исходом. Это напрямую связано с использованием устаревших и изначально непригодных, с учетом возможной травматизации больных, помещений для оказания психиатрической помощи. Крайне редко в психиатрическом стационаре регистрировались попытки самоотравления накопленными лекарствами – один случай, что можно объяснить тщательным соблюдением медицинским персоналом режима выдачи лекарственных препаратов.

Анализ времени суток совершения суицидальных попыток показал, что чаще они совершались в вечернее и ночное время (68%). Вероятно, это связано не столько с нарастанием симптомов тревоги и депрессии во второй половине дня, сколько с продуманностью и планированием

суицидального акта, с ослаблением мер надзора и возможностью укрыться от медицинского персонала. Почти в половине случаев после совершенной суицидальной попытки потребовались консультации и оказание помощи больным в хирургическом или травматологическом отделениях, что подтверждает серьезность суицидальных намерений.

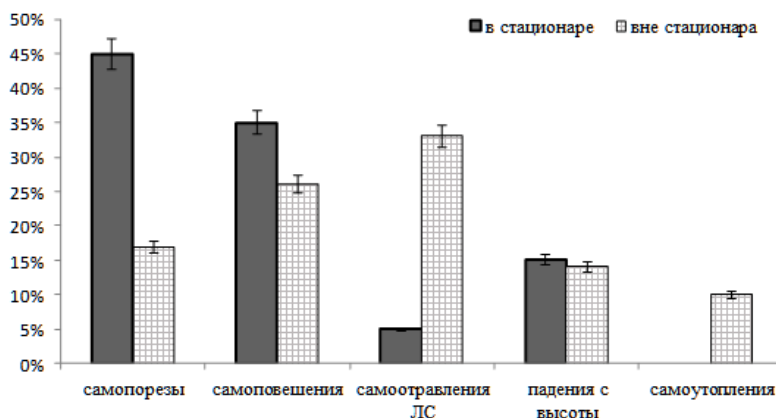


Рис. 2. Распределение способов стационарных и внестационарных суицидов и суицидальных попыток в процентах от общего числа

Среди внестационарных эпизодов суицидального поведения (в дневном стационаре, в лечебном отпуске, после выписки), преобладали случаи самоотравления психотропными лекарственными средствами (32%) с единичным смертельным исходом и самоповешения (30%), которые в двух случаях завершились смертью. Последние способы встречались одинаково часто внутри и вне стационара. Среди 5-ти случаев падения с высоты, три закончились летально. Зарегистрировано три случая самоутопления, среди которых один со смертельным исходом.

Для оценки суицидального риска использовался коэффициент летальности – соотношение количества самоубийств к числу суицидальных попыток. Как видно из рис. 3, к наиболее опасным способам самоубийства относятся падения с высоты, самоудушения и самоутопления. Несмотря на преобладание в стационаре случаев нанесения самопорезов, смертельных исходов по этой причине зафиксировано не было. Среди больничных случаев максимальная летальность оказалась при самоповешениях и падениях с высоты (коэффициент летальности составил соответственно 0,4 и 0,5). Среди внебольничных случаев наибольший коэффициент летальности был при падениях с высоты (1,5).

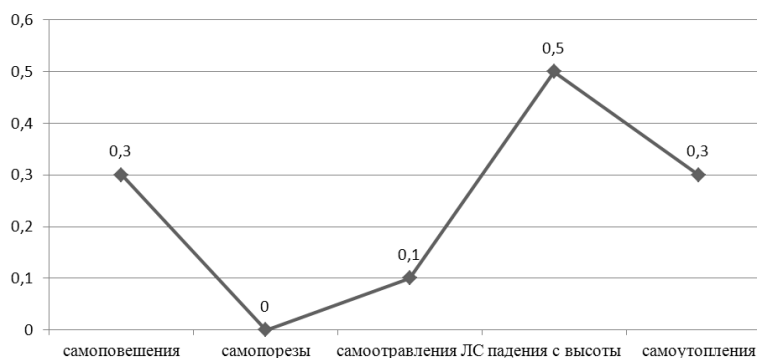


Рис. 3 Распределение способов самоубийств по коэффициенту летальности

Нозологическая представленность суицидентов отличалась разнообразием, тем не менее преобладали пациенты с диагнозом «Шизофрения, параноидная форма» (F20) – 56% исследуемых. Второе по частоте место занимали психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06) – 20%, расстройства настроения (F3) – 16%. Реже регистрировались невротические расстройства (F4), расстройства личности и поведения (F6) – 8%. Это связано с тем, что помощь данной категории больных преимущественно оказывается в амбулаторных условиях.

Общей психопатологической особенностью исследуемого контингента являлось наличие выраженной или умеренно выраженной депрессивной симптоматики. Для клинической оценки особенностей депрессивного синдрома использовалась типология О.П. Вертоградовой по ведущему аффекту. В структуре депрессии часто обнаруживалась тревога (64%), которая была

наиболее представлена у пациентов с органическим поражением головного мозга (74%). Анализ материалов историй болезни показал, что для психопатологической структуры обострений психического заболевания в данной категории был характерен не только выраженный аффект тревоги, но и высокая доля протестных реакций, сочетание агрессивных и аутоагрессивных действий. Подобная симптоматика определяла склонность к частым повторным суицидальным действиям, вне зависимости от нозологической принадлежности, о чем свидетельствует тот факт, что около трети пациентов данной группы были госпитализированы в связи с суицидальной попыткой. Практически у всех эта попытка была повторной, причем у трети из них отмечалось более пяти суицидальных попыток в анамнезе. Среди исследуемого контингента можно выделить группу пациентов (18%) психическое заболевание у которых дебютировало суицидальным поведением и сопровождалось выраженным аффектом тревоги, что и послужило причиной первичной госпитализации в стационар. В дальнейшем обострения психического заболевания, как правило, так же сопровождались аутоагрессивными действиями. Полученные данные согласуются с результатами современных исследований [7, 10, 12].

Классические меланхолические депрессии, описанные Э. Крепелиным, обычно не представляли трудностей для диагностики и лечения, что может объяснять наименьшее число больных с аффектом тоски, которые совершали суицидальные действия в стационаре.

Пациенты с превалированием апатического компонента в клинической картине представлены в основном больными шизофренией (70%). В данную группу вошли все пациенты совершившие суицид. Они отличались отсутствием в медицинской документации сведений о наличии суицидального поведения в анамнезе. Состояния, когда больные залеживались в постели, неохотно вступали в контакт с другими пациентами и родственниками, чаще всего расценивались лечащим врачом как апато-абулический дефект в рамках прогрессивного психического заболевания, а не как признаки апатической депрессии, требующей дифференциальной диагностики и лечения. Подобная симптоматика свидетельствует об аффективно-редуцированном типе пресуицида и долгосрочном планировании суицидальных замыслов во время лечения в психиатрической больнице.

Вне зависимости от преобладающего аффекта и нозологической принадлежности большинство обследованных в качестве мотива суицидального поведения чаще указывали «отказ от жизни» или «протест», описывали ощущения «ненужности» родным и обществу. Пациенты зачастую говорили, что «все равно я никогда не вылечусь, зачем так жить», «от меня только хуже», «я все равно не работаю и от меня нет никакой пользы», «кому я такая нужна» и т.д. Так, например, одна пациентка, длительно наблюдающаяся с депрессивной симптоматикой, узнав при прохождении магнитно-резонансной томографии головного мозга об имеющихся у нее признаках болезни Альцгеймера, выпрыгнула из окна девятого этажа собственной квартиры сразу после выписки из стационара. В предсмертной записке она объяснила, что не хочет такого бремени для сына, как дорогостоящее лечение и уход за больной в деменции.

С целью объективизации актуальности суицидального конфликта и динамической оценки эффективности лечения в постсуицидальном периоде использовалась шкала суицидального мышления (SSI) и шкала Монтгомери-Асберга (MADRS) для оценки выраженности депрессии. Выявлено наличие признаков тревожно-депрессивного синдрома, как в основной, так и в контрольной группе. Количество баллов по шкале MADRS от 20 до 39 баллов набрали 68% суицидентов и 54% пациентов контрольной группы, что соответствует клинически значимой умеренной или выраженной депрессии. Наличие тревоги выявлено у 86% пациентов основной группы, что подтверждает преобладание тревожно-депрессивной симптоматики. При оценке по шкале SSI выявлены значимые различия в сравнении с контрольной группой ( $p < 0,005$ ). У большинства обследуемых основной группы (68%) отмечались высокие показатели (22–38 баллов), у 32% регистрировались в пределах 10–22 баллов, что говорит о высокой степени суицидального риска в данной группе. Согласно данным автора методики, пациенты, относившиеся к высокой категории риска по баллам шкалы, имеют приблизительно в семь раз более высокую вероятность умереть вследствие самоубийства [11].

## Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало, что лица, проявляющие суицидальное поведение в психиатрическом стационаре, страдают тяжелой эндогенной или экзогенно-органической патологией, приводящей к трудовой и социальной дезадаптации. Суицидальное поведение проявляется на фоне выраженного депрессивного синдрома. Важным в определении степени суицидального риска является учет ведущего аффекта в структуре депрессии. Для пациентов с преобладанием в клинической картине были характерны протестные реакции, сочетание агрессивных и аутоагрессивных действий. Наличие многократных суицидальных попыток в анамнезе говорит о высокой степени риска реализации суицидальных тенденций. Важнейшим мероприятием суицидальной превенции в данной группе пациентов является

скорейшее купирование симптомов тревоги, агитации и дисфории и усиление мер надзора на этот период. Апатические депрессии трудно распознаются, ошибочно принимаются за апато-абулический дефект в рамках прогрессивного психического заболевания, что обуславливает их высокий коэффициент летальности.

Совершенствование критериев диагностики аффективной патологии, а так же критериев выписки с учетом возможного суицидального риска позволит существенно снизить смертность по причине суицидов стационарных больных. Выявленные мотивы суицидального поведения могут быть использованы в качестве психотерапевтических мишеней, а так же для разработки психообразовательных программ для родственников больных. Обеспечение безопасности пациентов в стационаре может быть достигнуто ограничением доступных средств самоубийства (бьющиеся стекла, незащищенный лестничный пролет), соблюдением техники безопасности и необходимых мер надзора при работе с суицидоопасным контингентом. Лечебно-реабилитационные программы, разработанные с учетом выявленных факторов, позволят повысить качество суицидологической помощи путем снижения уровня суицидальной активности и предотвращения госпитальных самоубийств.

## Литература

1. Ваулин С.В. Изучение повторных суицидальных попыток среди пациентов психиатрического стационара // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2011. – №8. – С. 18-22.
2. Ваулин С.В., Алексеева М.В. Факторы, определяющие тактику и стратегию оказания помощи лицам, совершившим суицидальную попытку // Психическое здоровье. – 2009. – №7. – С. 21-28.
3. Ваулин С.В., Алексеева М.В., Моренец Т.В. Терапевтические факторы риска суицидального поведения во время лечения в психиатрическом стационаре и в ранние сроки после выписки / Сборник статей Хорватско-Российского конгресса духовной психиатрии // Загреб, 2015. – С. 44-45.
4. Кикта С.В., Дробижев М.Ю., Ваулин С.В. Депрессии у инвалидов. Аспекты клиники и патогенеза // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2011. – №4. – С. 45-48.
5. Лапицкий М.А., Ваулин С.В. Психопатологическая характеристика лиц, госпитализированных в психиатрические стационары в связи с суицидальной попыткой // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т.7, №1 – С. 128-129.
6. Лапицкий М.А., Войцех В.Ф., Яковлева С.В., Ваулин С.В. Суицидальные отравления. Эпидемиологические и клиничко-токсикологические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т.1, №1 – С. 28-33.
7. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Анализ качества оказания суицидологической помощи в сети специализированных психиатрических учреждений // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – №7. – 2011. – С. 23-27.
8. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение). – Смоленск: СГМА. – 2012. – 256 с.
9. Щиголов И.И. Частные лечебницы для душевнобольных и зарождение специализированной психиатрической помощи в России // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2002. – Т.102. – С. 43-45.
10. The Joint Commission. A follow-up report on preventing suicide: focus on medical/surgical units and the emergency department // Sentinel Event Alert. – 2010. – V.1. – P. 1-4.
11. Beck A. Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1999. – V.29. – P. 1-9.
12. Bowers L., Banda T., Nijman H. Suicide inside a systematic review of inpatient suicides // Journal of Nervous and Mental Disease. – 2010. – V.198, N5. – P. 315-328.
13. Reid W.H. Preventing suicide // Journal of Psychiatric Practice. – 2010. – V.16. – P. 120-124.
14. Wright D., Jacklin L., Themeles T. Dying to get out of the asylum: mortality and madness in four mental hospitals in Victorian Canada c. 1841–1891 // Bulletin of the History of Medicine. – 2013. – V.87, N4. – P. 591-621.

## Информация об авторах

*Ваулин Сергей Викторович* – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии факультета ДПО ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: sv\_vaulin@mail.ru

*Алексеева Марина Владимировна* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии факультета ДПО ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: mvalexeeva@yandex.ru

*Моренец Татьяна Викторовна* – врач-психиатр, заведующая дневным стационаром ГАУЗ БОПБ №1. E-mail: morenec@mail.ru