

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
ГБОУ ВПО «СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ И. И. МЕЧНИКОВА»

Кафедра психиатрии и наркологии

ГБУ «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ  
ИМЕНИ И. И. ДЖАНЕЛИДЗЕ»

Отдел неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации

**А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский,  
Г. А. Прокопович, А. Е. Добровольская**

# **СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ ОТРАВЛЕНИЯ**

**Учебное пособие**

**Санкт-Петербург  
Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
2015**

УДК 616.89

ББК 56.14

С89

**С89 Суицидальные попытки отравления:** учебное пособие / А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский, Г. А. Прокопович, А. Е. Добровольская. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. — 52 с.

**Авторы:**

**А. Г. Софронов** — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова;

**В. Э. Пашковский** — д-р мед. наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова;

**Г. А. Прокопович** — канд. мед. наук, врач-психиатр отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанеледзе;

**А. Е. Добровольская** — канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

**Рецензент:**

заведующий кафедрой психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, д-р мед. наук, профессор **Бабин С. М.**

В учебном пособии рассматривается проблема психических расстройств и оказания психиатрической помощи при суицидальных попытках отравления.

Учебное пособие предназначено для врачей-психиатров и психиатров-наркологов.

Утверждено в качестве учебного пособия  
Ученым советом ГБОУ ВПО  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России,  
протокол № 6 от 26 июня 2015 г.

© Коллектив авторов, 2015

© Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |    |
|--|----|
| Введение .....   | 4  |
| Ключевые понятия суицидологии.....   | 8  |
| Суицидальный риск при психических и соматических<br>заболеваниях .....   | 10 |
| Социально-психологические и биологические факторы<br>суицидального риска.....  | 13 |
| Суициды и парасуициды в связи с отравлением .....  | 15 |
| Характер суицидальных попыток отравления в многопрофильном<br>стационаре.....  | 24 |
| Организация психиатрической помощи пациентам<br>с суицидальными попытками отравления в многопрофильном<br>стационаре ..... | 25 |
| Структура психиатрической службы в многопрофильном<br>стационаре.....  | 25 |
| Заключение .....   | 34 |
| Литература.....  | 35 |
| Тестовые задания .....   | 36 |
| Эталоны ответов.....   | 39 |
| Приложение. Колумбийская шкала оценки тяжести суицида<br>(C-SSRS).....   | 40 |

## ВВЕДЕНИЕ

Суицидальное поведение является важнейшей проблемой здравоохранения во всем мире. По приблизительным оценкам Всемирной организации здравоохранения в 2000 году самоубийство совершили 1 000 000 человек, а попытку самоубийства в 10–20 раз больше. Общий мировой показатель 16 человек на 100 000 человек ставит суицид на десятое место среди ведущих причин смерти во всем мире. Хотя количество суицидов существенно варьируют как в разных странах, так и в различных возрастных категориях, за последние 45 лет показатели распространенности суицида увеличились на 60%. Для определения уровня суицидов ВОЗ использует следующие критерии: низкий уровень: 0–10 случаев на 100 тыс. населения; средний уровень: 11–20 случаев на 100 тыс. населения; высокий уровень: более 20 случаев на 100 тыс. населения. При этом частота суицидов, равная 20 на 100 тыс., определяется ВОЗ как «критический уровень».

Динамика суицидов в РФ и постсоветском пространстве изучена Б. С. Положим. В России, несмотря на высокий уровень 20,2/100 000, отмечается снижение частоты суицидов. В государствах, возникших из числа наиболее развитых в социальном и экономическом отношении республик СССР (Россия, Украина, Беларусь, страны Балтии и Казахстан), критический уровень ВОЗ в 1995 г. был превышен в 2 раза. В последующие годы в связи с позитивными социально-экономическими процессами суицидологическая ситуация значительно улучшилась. Напротив, в государствах Центральной Азии (Узбекистан, Таджикистан, Кыргызстан, Туркменистан) и Закавказья (Азербайджан, Армения, Грузия), она как в трудные годы, так и в настоящее время остается стабильной и относительно благополучной. Поиски причин суицидов не привели к выделению какого-либо одного универсального фактора, с которым напрямую был бы связан их уровень.

Большинство исследований проводилось в странах с высоким уровнем дохода на душу населения. Данные о странах с низким

доходом ограничены. В одних странах факторы, способствующие суицидальному поведению, связаны с низким уровнем жизни, в других эта связь не столь очевидна. Рассмотрение распространенности суицидального поведения от бедных стран к богатым показал следующее.

По данным Б. Марс, в Африке региональные данные об уровне самоубийства были доступны для менее чем 1/3 африканских стран, содержащих приблизительно 60% населения континента. Данные о попытке самоубийства были доступны менее чем для 20% стран. Примерные оценки предполагают, что ежегодно в Африке кончают жизнь самоубийством 34 000 человек. Количество совершивших суицид мужчин в три раза превышает количество в женщин. Наиболее часто самоубийство осуществляется путем отравления пестицидами. Причинами самоубийства являются межличностные конфликты, проблемы со здоровьем, социально-экономические проблемы и употребление наркотиков и алкоголя. В Гайане, являющейся одной из самых бедных стран в мире, высокий уровень суицидов (26,4/100 000), можно объяснить нищетой и высоким уровнем распространения ВИЧ/СПИДа в стране. В бурно развивающемся Китае, который имеет почти 1,3 млрд жителей, самоубийство входит в пятерку причин смерти (уровень суицида в 2010 г. — 22,2/100 000). Суицидальная обстановка в Китае описывалась во многих исследованиях, но лишь немногие из них были основаны на национальных данных. Самые последние данные о смертности (2002–2011), предоставленные Министерством здравоохранения Китайской народной республики, показали, что по сравнению с 1990-ми годами уровень самоубийств снизился. При преобладании суицидов в сельских районах уменьшилось их соотношение между городом и селом. Гендерные сопоставления выявили преобладание женщин. Обращает на себя внимание большое количество молодых суицидентов. К основным причинам самоубийств в Китае многие авторы относят межличностные отношения, финансовые трудности. Значительный уровень самоубийств в Южной Корее (в 2010 г. — 31,2/100 000) исследователи объясняют возрастом, низким образованием, проживанием в сельских районах. Сравнительное изучение суицидов в Южной Корее и Японии (23,8/100 000 в 2011 г.) показало, что в 1980–2000 гг. Япония показывала неизменно более высокий уровень самоубийств по сравнению с Кореей. Тем не менее, с середины 1990-х годов Корея показала резкое увеличение самоубийств и,

наконец, превзошла Японию. Самый высокий уровень наблюдался среди японских мужчин в возрасте 45–64 лет и корейских мужчин в возрасте старше 64 лет. Было отмечено также увеличение суицидов среди пожилых корейских женщин. Предпочтительными методами самоубийств было повешение и отравления пестицидами в Корее и повешение в Японии. Наиболее распространенными факторами риска для лиц моложе 30 лет были конфликты в отношениях с членами семьи, сексуальными партнерами или друзьями. Значение фактора соматической болезни увеличивалось с возрастом.

В США самоубийство, как правило, рассматривалось как проблема подростков и пожилых. Однако в последние годы произошел скачок в количестве самоубийств среди американцев средних лет.

С 1999 до 2010 г. количество самоубийств среди лиц в возрасте 35–64 повысилось почти на 30 процентов, от 13,7 до 17,6 на 100 000 человек, хотя количество самоубийств растет среди обоих полов, гораздо больше мужчин кончают жизнь самоубийством. Количество самоубийств мужчин средних составило 27,3 на 100 000, в то время как для женщин этот показатель равнялся 8,1 смертельных случаев на 100 000.

Самые явные увеличения были замечены среди мужчин от 50 до 60 лет, у которых количество самоубийств увеличилось почти на 50% и приблизилось к 30 на 100 000. Для женщин самое большое увеличение показателя замечено в возрастах 60–64, где увеличение показателя увеличились почти на 60 процентов (7,0/100 000).

Причины самоубийства часто сложны, и нельзя сказать с уверенностью, чем обусловлено повышение. Замечено, что частота суицидов увеличивается среди людей, родившихся во время демографического взрыва.

Повышение самоубийств может быть также обусловлено экономическим спадом за прошлое десятилетие. Исторически, количество самоубийств повышается во времена финансового напряжения и экономических неудач.

Хотя большинство самоубийств совершается с использованием огнестрельного оружия, растет количество летальных исходов в результате преднамеренного самоотравления лекарственными средствами.

Высокий уровень самоубийств отмечался в странах Восточной Европы — 13–42 на 100 000. В странах Западной Европы уровень суицидов колебался от 8 до 21 на 100 000 и обуславливался различными факторами.

---

Заслуживает интерес объяснение причин высокого уровня самоубийств в относительно благополучных и развитых странах. Между 1960 и 2000 гг. уровень самоубийств в Венгрии был самым высоким в мире. Одновременно венгерские иммигранты в США имели самые высокие показатели суицидов среди всех иммигрантских групп. Аналогичные показатели получены среди этнических венгров, живущих в Румынии. Согласно «финно-угорской суицидальной гипотезе», генетические различия между населением могут частично обуславливать пространственные различия в распространенности самоубийств. Пояс стран с высокими показателями суицида охватывает страны Центральной Европы (Австрия, Венгрия и Словения) и простирается в Северо-восточную Европу (Финляндия и страны Балтии). С точки зрения культуры, новейшей истории, политических систем и социально-экономических факторов, между этими странами есть большое разнообразие, однако возможно существует генетическая близость между людьми, относящимися к коренным национальностям этих стран.

## КЛЮЧЕВЫЕ ПОНЯТИЯ СУИЦИДОЛОГИИ

Теоретическое осмысление проблемы суицидов начато с работы Э. Дюркгейма, впервые опубликованной в 1897 г. Уже само название его труда «Самоубийство. Социологический этюд» говорит о том, что важнейшее значение в генезе суицидов автор придавал социальным условиям.

В отечественной психиатрии теоретические взгляды на проблему суицидального поведения формировались на основе работ А. Г. Амбрумовой и ее школы. Ядро концепции заключается в обосновании многофакторной почвы *суицида*. Основные положения концепции сводятся к следующему:

1) в качестве отправного пункта было принято определение суицидального поведения как совокупности актов, направленных на лишение себя жизни. Это поведение включает в себя не только суицид, но и суицидальные попытки, суицидальные мысли, представления, замыслы;

2) суициды не являются следствием только психических заболеваний. Среди суицидентов встречаются как лица с эндогенными, экзогенными и пограничными психическими расстройствами, так и практически здоровые;

3) независимо от нозологической принадлежности все категории суицидентов характеризуются социально-психологической дезадаптацией, проявляющейся снижением социальной успешности и появлением отрицательно окрашенных эмоциональных переживаний (тревога, душевная боль, обида и т. д.);

4) риск суицида определяется взаимодействием психопатологического, индивидуально-личностного и ситуационно-средового уровней.

В международной практике используется определение суицида ВОЗ — «Суицид — это действие с фатальным результатом, которое было намеренно начато и выполнено умершим в осознании и ожидании фатального результата, посредством которого умерший реализовал желаемые им/ей изменения».



Более неопределенным является термин «*суицидальная попытка*». В проведенных Европейским региональным бюро ВОЗ многонациональных исследованиях по эпидемиологическому мониторингу суицида суицидальная попытка определяется как «действие с не фатальным исходом, в ходе которого индивидум намеренно инициирует непривычное поведение, которое, без вмешательства других, приведет к самоповреждению (например, он намеренно употребляет вещество в дозе, превышающей назначенную, или обычно используемую терапевтическую дозу). Такое поведение направлено на достижение изменений, желательных для субъекта, путем нанесения реальных самоповреждений или за счет ожидаемых физических последствий».

Следует отметить, что мониторинг суицидальных попыток (парасуицида) проводится значительно реже, чем мониторинг суицида, а в учреждениях здравоохранения эти случаи не всегда правильно диагностируются. Дифференциация суицидов и суицидальных попыток представляет известные трудности. Определяющим признаком суицида является летальный исход. Вместе с тем, летальный исход может наступить, если желание умереть не было абсолютным, но индивидум неправильно определил дозу или не обладал достаточной информацией о токсических свойствах лекарственного вещества. С другой стороны — желание умереть было абсолютным, но человек случайно остался в живых, например, при падении с моста. Можно утверждать, что различия между суицидальными мыслями, суицидом, суицидальными попытками выдвигают на первый план гипотезу о многомерной природе суицидального поведения.

В современных исследованиях под *суицидальным поведением* понимаются любые формы внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Внутренние формы включают суицидальные мысли, представления, переживания, внешние — суицидальные попытки и завершенные суициды.

*Суицидальный образ мыслей.* Пассивные мысли о желании умереть или активные мысли о самоубийстве, не сопровождаемые подготовительными действиями.

*Фактор риска.* Характеристика, проявляющаяся на биологическом или психологическом уровне, на уровне семьи, общины или культуры, которая обуславливает более высокую вероятность

наступления неблагоприятного исхода и ассоциируется с такой вероятностью.

Динамика суицидального поведения представлена пресуицидальным синдромом и постсуицидальным периодом. В первом ключевыми являются феномены сужения сознания, сдерживаемой и направленной на себя агрессии и фантазии о смерти и суициде. Во втором выделяют четыре типа постсуицидальных состояний:

- 1) критический;
- 2) манипулятивный;
- 3) аналитический;
- 4) суицидально-фиксированный.

В интерперсональной теории суицида К. А. ван Орден основное внимание придается риску суицида, факторами которого являются: психические расстройства, физические болезни, социальная изоляция, лишение свободы, безнадежность, безработица, бездомность, семейные конфликты, предыдущие суицидальные попытки, семейная история суицида, импульсивность, серотонинергические дисфункции, сезонные вариации.

## **СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Значительная часть суицидов приходится на лиц с психическими расстройствами. Доля суицидентов с психическими расстройствами, отягощенными злоупотреблениями ПАВ составляет 38% случаев.

Поскольку снижение настроения имеет место у всех суицидентов, среди психических расстройств важнейшим предиктором суицида, по мнению многих авторов, являются аффективные расстройства настроения. В 1970 г. С. Б. Гузе и Е. Робинс опубликовали метаанализ суицидов у пациентов с аффективными расстройствами и определили пожизненный риск 15%. Дж. М. Ботвик и В. С. Панкрац в 2000 г. сортировали исследования, полученные посредством литературного поиска, который включал данные, имеющие отношение к возникновению самоубийства при аффективных расстройствах настроения. По их данным, оценка пожизненной распространенности суицида у когда-либо госпитализируемых пациентов с суицидальным поведением составляла 8,6%. Для больных аффективным расстройством, госпитализированных без признаков суицидального поведения, пожизненный риск составлял 4,0%. Пожизненная рас-

пространенность самоубийства для смешанного стационарного/амбулаторного контингента составила 2,2%, и для больных, не имеющих аффективных расстройств, меньше чем 0,5%.

В других работах прогнозируется, что от 25 до 50% пациентов с биполярным расстройством будут совершать попытку самоубийства, по крайней мере, однажды в течение жизни, и что от 8 до 19% закончат жизнь самоубийством. Факторы риска включают ранний возраст начала болезни, историю прошлого суицидального поведения, семейную историю самоубийства, коморбидное пограничное расстройство личности, злоупотребление ПАВ, и чувство безнадежности. Изучению суицидогенной активности при шизофрении посвящены многие исследования. В обзоре Е. Б. Любова и В. Е. Цупруна пожизненный риск суицида при шизофрении определяется примерно равным 5%. Значителен риск суицида у молодых мужчин с высоким уровнем образования. Связанные с расстройством факторы риска: количество попыток суицида в анамнезе, депрессивные симптомы, острые галлюцинации и бред, критика к состоянию. История суицида в семье, злоупотребление ПАВ также связаны с последующим суицидом. Единственный антисуицидальный фактор — доступность эффективной помощи и приверженность ей.

В работе Т. Ишии проведен сравнительный анализ факторов риска суицидальных попыток при шизофрении и аффективных расстройствах настроения. Для группы больных шизофренией были характерны более молодой возраст и отказ от лечения более чем на 3 месяца. Напротив, доли пациентов с коморбидными соматическими заболеваниями, потреблением алкоголя при попытке самоубийства были значительно выше в группе аффективных расстройств. Попытки самоубийства больных шизофренией осуществлялись значительно более серьезными методами. Кроме того, галлюцинаторно-бредовая симптоматика была самым распространенным фактором в группе пациентов с шизофренией и была единственным фактором, который показал существенную связь с серьезностью метода попытки самоубийства.

Среди психогенных расстройств наибольшую суицидальную опасность представляют остро развивающиеся психогенные реакции. Суицидальное поведение является частым у подростков и взрослых с расстройствами адаптации и диагностируется у 1/3 молодых людей, покончивших жизнь самоубийством. Однако работ об

ассоциации суицидов с реакциями адаптации мало, по-видимому, в связи с гипердиагностикой депрессивных расстройств. В. В. Нечипоренко и А. В. Сергиенко, подчеркивая важность изучения кризисных состояний, приводящих к суицидальным действиям, выделили два фактора риска: служебные конфликты и личностно-семейные.

С суицидом связан ряд других психических расстройств — посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства личности, алкоголизм, наркомании, психосоматические расстройства. На основании многочисленных исследований о взаимосвязи психических расстройств с суицидальным поведением опровергнут тезис о непосредственной зависимости суицидального поведения от отдельных психопатологических симптомов, выделено два варианта суицидального поведения у психически больных — ситуационный (психогенный) и психотический, установлено, что суицидальный риск коррелирован не только с глубиной психических расстройств, но также с темпом развития заболевания и характером его течения.

Взаимосвязь физических болезней с суицидальным поведением изучалась Ф. Витлоком. Им установлено, что более у чем у одной трети людей, которые кончают жизнь самоубийством, была физическая болезнь. Хотя, по данным других авторов, большинство физических болезней, включая ревматический артрит, диабет и гипертензию, не увеличивают риск суицида, при некоторых заболеваниях этот риск повышен. К ним относится ВИЧ/СПИД, который, превышал показатель риска в семь раз по сравнению с населением в целом. Девятикратный риск по сравнению с населением в целом и четырехкратный риск по сравнению с другими онкологическими заболеваниями обнаружен при опухолях мозга. У больных раком в терминальной стадии желание жить, было отрицательно связано с сознательным восприятием обременительности для других и положительно с социальной поддержкой. Наконец, по сравнению с общей популяцией шестикратный риск выявлен при амиотрофическом боковом склерозе и двукратный риск при рассеянном склерозе.

Отношения между физической болезнью и самоубийством являются, вероятно, косвенными и сочетаются с множеством других факторов риска, включая коморбидные расстройства психики, функциональные ограничения и социальную изоляцию.

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

*Социально-экономические факторы.* Влияние социально-экономических факторов на суицидальное поведение отмечал еще Э. Дюркгейм, выделив аномичный тип самоубийств, который возникает при социальных и экономических кризисах. Например, в период радикальных социальных преобразований в России частота суицидов в общей популяции увеличилась с 26,4 случая на 100 000 в 1990 г. до 42,1 — в 1994 г. и 34,3 на 100 000 в 2004 г. Такая динамика отражает происходившие в стране изменения социальной ситуации, сопровождавшиеся переменами в уровне жизни и социальной защищенности людей. По данным М. В. Гладышева, наиболее высокие показатели распространенности самоубийств зарегистрированы в мужской части населения — 43,7 на 100 000 в 1990 г., 74,2 — в 1994 г. и 69 на 100 000 мужчин в 2004 г. Частота самоубийств среди женщин оказалась существенно ниже и мало зависела от изменений социальной ситуации, составляя в эти годы 10,7—13,3 случая на 100 000.

Многочисленные исследования продемонстрировали, что безработица существенно влияет на суицидальное поведение. Однако, в других исследованиях выявляются существенные различия в показателях риска в общей популяции и в локальных группах населения. Оказалось, что в локальных группах показатель риска был выше. Таким образом, оказывается, что многие суициденты являются безработными, но у большинства безработных не выявляются признаки суицидального поведения. Суицидальный риск увеличивается, если безработица сочетается с наличием психических и физических заболеваний, социальным отчуждением и др.

*Социально-психологические факторы.* Одним из самых надежных предикторов суицидального поведения среди людей, различающихся по возрасту, национальности, состоянию здоровья является одиночество. Многочисленные эмпирические исследования продемонстрировали ассоциации между суицидальным поведением и различными аспектами социальной изоляции, включая одиночество, отсутствие социальной поддержки, проживание в неполной семье, потерю супруга, вследствие его смерти или развода, лишение свободы. Напротив, удачный брак, большое количество друзей, наличие детей уменьшают риск суицида. Семейный фактор риска включает

разводы, семейное положение, число близких друзей, утрату близких. Роль семейного фактора усиливается в зависимости от возраста. Подростки с суицидальным поведением, по сравнению с контрольной группой, реже жили с обоими биологическими родителями, были более уязвимы к таким стресс-факторам, как детско-родительские разногласия, физическое насилие в семье. Многомерные исследования показали, что семейная история, депрессивная симптоматика, употребление ПАВ, детско-родительские разногласия были наиболее тесно связаны с подростковым суицидом, а также установили связь между суицидом и семейным конфликтом, насилием, депрессией.

Предыдущие попытки самоубийства. В ряде исследований показано, что фактор предыдущих суицидальных попыток существенно влияет на последующее суицидальное поведение. Накопление многократных прошлых попыток — особенно сильный предсказатель смертельного исхода последующего суицидального акта как у подростков, так и у взрослых. 37-летнее продольное исследование, проведенное К. Суоминненом, показало, что повышенный риск завершенного суицида у лиц с предыдущими попытками сохраняется в течение всей жизни.

*Психологические теории.* Психологические теории предлагают различные механизмы суицидального поведения. Согласно им, самоубийство вызывается мотивационными компонентами: желанием умереть, убить и быть убитым, интенсивными состояниями аффекта, желанием избавиться от психологической боли.

Когнитивно-поведенческие теории представлены работами А. Т. Бека и его последователей. В 1967 г. он сформулировал концепцию негативной когнитивной триады: негативный взгляд человека на себя, мир и собственное будущее. Позже он заметил, что суицидальные кризисы происходят, когда человек воспринимает ситуацию невыносимой и безнадежной, причем безнадежность и сопутствующие ей когнитивные искажения играют роль катализаторов самоубийства. Он также разработал шкалы суицидальных намерений и летальности, которые оценивают тяжесть суицидального состояния.

*Биологические предикторы.* Есть доказательства о роли трех нейробиологических систем в патофизиологии суицидального поведения. Сюда включены: гиперактивность гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси, дисфункция серотонергической (5-HTergic)

системы, и гиперфункция норадренергической системы. В то время как первая и последняя система, по-видимому, вовлечены в ответ на стрессовые события, дисфункция серотонергической системы связана с нарушением в регуляции беспокойства, импульсивности и агрессии. В последние годы все большее значение приобретают генетические исследования.

Современные данные подтверждают, что родственники жертв суицида имеют повышенный риск, в этот риск вносят свой вклад как гены, так и общая среда. На первом уровне детерминации имеет значение носительство сочетания генов, предрасполагающего к определенным качествам (агрессия, депрессия, импульсивность, нейротизм, стресс-уязвимость). На втором уровне решающую роль играет характер ранних этапов развития, неблагоприятное протекание которых сопровождаются установлением стресс-зависимых эпигенетических меток в геноме и формированием «уязвимого фенотипа». На третьем, возможно, срабатывает поведенческая связь, приводящая индивидуума с повышенной стресс-реактивностью в повторяющиеся жизненные ситуации стресса (активная ковариация генов и среды), вследствие чего устанавливается стереотип реагирования и «приобретается» способность преодолевать страх боли и вероятной смерти.

Таким образом, существует много концепций суицидального поведения. Каждая из них не в состоянии охватить накопленные клинические факты в полной мере. Проведенный обзор факторов риска показывают, что существует определенная взаимосвязь между суицидом и безнадежностью, суицидом и нарушением серотонинергического функционирования, суицидом и семейным неблагополучием и т. д. Однако ни один фактор, взятый изолированно, не в состоянии быть единственным предиктором.

Итак, есть основание считать, что суицидальное поведение тесно ассоциировано с расстройствами психики, предыдущими попытками самоубийства, социальной изоляцией, семейным конфликтом, безработицей, и физическими болезнями.

## **СУИЦИДЫ И ПАРАСУИЦИДЫ В СВЯЗИ С ОТРАВЛЕНИЕМ**

Выбор метода самоубийства осуществляется под влиянием таких факторов, как доступность средств для осуществления суицида, культуральной среды, поглощенности суицидальными мыслями и

намерениями и т. д. таким образом, частично объясняют гендерный парадокс, когда женщины чаще совершают парасуициды, а мужчины завершают свои намерения, прибегая чаще к смертельным методам — использование огнестрельного оружия, утопление, самоповешение — характерны для истинных суицидов, тогда как преднамеренное самоотравление в большей степени характеризует суицидальные попытки.

Выявлено, что при осуществлении суицида женщины чаще используют передозировку лекарственных средств, поскольку в этих случаях смерть менее вероятна. У женщин чаще диагностируется депрессия, попытки самоубийства у них преобладают над истинными суицидами, в то время как количество истинных суицидов у мужчин значительно выше в большинстве стран. Суицидальные отравления составляют у женщин 1/4 суицидов в мире и почти 1/2 суицидов в Финляндии, Исландии, Англии и Шотландии. В различных странах существуют предпочтения различных видов веществ, используемых для самоотравления. В России, по данным Л. Н. Касимовой, большинство суицидентов использовали транквилизаторы. Наиболее часто применялся феназепам. На втором месте по применению с суицидальной целью находились препараты, влияющие на сердечно-сосудистую систему (эналаприл, кордафлекс, нитроглицерин). Антидепрессанты и нейролептики употреблялись с одинаковой частотой по 10,9%. Количество суицидальных попыток с применением ядовитых химических веществ составило 11,5%.

К. Н. Томас проследил динамику самоотравлений в Англии и Уэльсе с 1901 по 2007 гг. По его данным, хотя использование ядов было популярно во все времена, типы используемых ядов существенно отличались в разные исторические периоды. Домашние чистящие средства и дезинфицирующие средства составляли почти половину суицидальных отравлений в начале 1900-х годов, тогда как самоотравление лекарствами составляло большинство в 2001–2007 гг.

В Новой Зеландии между 2001 и 2005 гг. наиболее распространенными используемыми средствами были угарный газ и трициклические антидепрессанты.

В США в 2010 г. было зарегистрировано 6599 суицидов вследствие преднамеренного отравления. Использовалось в общей сложности 11 ядовитых веществ. Наиболее распространенным методом нефармацевтического самоотравления была ингаляция СО. Увеличилось число смертельных случаев, связанных с ингаляциями гелия.



Распределение умышленных самоотравлений в соответствие с кодами Х60–Х64 в европейских странах изучено А. Варником. Умышленное самоотравление в результате приема других и неуточненных препаратов и биологических веществ (Х64) регистрировалось наиболее часто и составило более чем 70% смертельных исходов из-за передозировки во Франции, Люксембурге, Португалии и Испании. Антиэпилептические, седативные, снотворные, антипаркинсонические и психотропные препараты (Х61) заняли второе место. Категория Х63 (препараты, возбуждающие вегетативную нервную систему) использовались наименее часто. В Финляндии отмечалась низкая доля приема препаратов категории Х64 и высокая Х61, в Шотландии были высокие уровни приема препаратов категории Х62 (наркотики и галлюциногены), в то время как Англия превысила другие страны в категории Х60 (ненаркотические анальгетики, жаропонижающие и противоревматические препараты).

Дозировки препаратов, применяемые для самоотравления, изучены Т. М. Армстронгом. Основной мерой измерения была доза, выраженная как кратное число определяемой ежедневной дозы (DDD). У мужчин выявлялась передозировка наркотических средств. Среди психотропных средств наиболее высокой была передозировка антидепрессантов и бензодиазепинов. Психотропные средства употреблялись в значительно больших количествах, чем болеутоляющие агенты, а принимавшие их пациенты имели худший прогноз для жизни.

В развивающихся странах (Мали) предпочтение оказывалось противомаларийным препаратам (хлорахин) в сочетании с нефармакологическими веществами: соляной кислотой, отбеливателем (гипохлорид натрия), серной кислотой. Такие сочетания приводило к летальному исходу в 9,8% случаев.

Большинство суицидальных отравлений у детей и подростков выявлялось в весенний период. Чаще всего употреблялись моющие средства, антибактериальные препараты, ацетоминофен, метилфенидат, нестероидные противовоспалительные препараты, атропин и этанол.

В ряде исследований затронуты особенности суицидальных отравлений различными фармакологическими и нефармакологическими агентами.

*Антидепрессанты.* Установлено, что частота суицидальных попыток вследствие отравления антидепрессантами у женщин была

выше, чем у мужчин. При совершении суицидальных отравлений в 63% случаев предпочтение оказывалось трициклическим антидепрессантам (ТЦА), преимущественно, amitриптилину и дотиепину. 27% суицидальных попыток совершены пациентами, употреблявшими СИОЗС, из которых на первом месте был циталопрам. Дети и подростки чаще принимали с суицидальной целью бупропион. Большинство пациентов совершали парасуициды в течение первого месяца от начала лечения антидепрессантами, в тот период, когда депрессивная симптоматика была наиболее выражена, а терапевтический ответ еще не наступил. Данные исследований противоречивы. Одни авторы подчеркивают увеличение парасуицидов в связи с приемом СИОЗС, другие — не нашли каких-либо существенных различий между СИОЗС и ТЦА в совершении парасуицида. В. Рутц считает, что суицидальный риск увеличивается из-за бесконтрольного назначения антидепрессантов врачами общей практики.

*Бензодиазепины.* Наряду с антидепрессантами, бензодиазепины чаще всего используются при совершении парасуицида (Eisenbach С., 2008). По данным бельгийских исследователей наиболее высока была доля суицидентов, употреблявших диазепам, флуниотрапам и лорметазепам. Регрессионный анализ показал, что использование бензодиазепинов у амбулаторных больных с психическими расстройствами было статистически значимо коррелировано с повторными суицидальными попытками.

Из 329 случаев самоотравления в университетской больнице (г. Карачи, Пакистан) 84% были связаны с бензодиазепиновыми передозировками. Доля суицидентов, использовавших диазепам в дозе 20–30 таблеток по 5 мг, составила 69%. Специально приобретали и накапливали диазепам с целью совершения суицидальной попытки 44% суицидентов.

*Нейролептики.* Исследования, проведенные в Англии и Уэльсе, показали, что число летальных исходов вследствие приема антипсихотических средств увеличилось с приблизительно 55 случаев ежегодно в 1993–1998 гг. до 74 случаев в 2000 г., и затем сократилось до 53 в 2002 г. В 25% наблюдений смертельный исход регистрировался как несчастный случай, и приблизительно в 60% смерть регистрировалась как результат суицида. После запрещения использования нейролептических средств снизилось количество отравлений тиоридазином. Однако увеличилось число смертельных случаев, связанных с атипичными нейролептиками, особенно оланзапиноми и

клозапином. Возрастной уровень смертности был самым высоким в возрасте 30–39 и 40–49 лет, и был очень низким в возрасте 20 и 70 лет. Уровень смертности у мужчин был выше, чем у женщин. При осуществлении суицидальных действий прием антипсихотиков в сочетании с этанолом, составил 25–45%, но для клозапина и оланзапина, такие комбинации насчитывали 65–69%. По данным С. Хэдвика наиболее распространенными препаратами, используемыми в суицидальных целях, были бензодиазепины, антидепрессанты, парацетамол, барбитураты (7,1%) и фенотиазины (3,8%).

Кроме психотропных, при осуществлении суицидальных отравлений использовались и другие лекарственные средства.

*Парацетамол.* В Великобритании число смертей в результате отравления парацетамолом остается высоким. Ежегодное число летальных исходов в связи с преднамеренными самоотравлениями или несчастными случаями, зарегистрированными в течение 2000–2008 гг., составляет диапазон между 90 и 155 случаями. Кроме того, есть значительная доля смертельных исходов, наступивших в сочетании приема парацетамола с другими лекарственными средствами.

Р. Кэррол изучил случаи передозировки парацетамола в госпитале скорой помощи. Они составили чуть менее 1/2 всех случаев самоотравления. Кроме того, парацетамол часто был причиной отравлений у детей и подростков. Существенно то, что алкоголь был единственной причиной случайного самоотравления в этой возрастной группе, в то время как парацетамол использовался в большинстве случаев преднамеренного самоотравления.

*Клофелин.* По данным И. В. Медведевой внимание суицидентов нередко (29,8%) привлекает клофелин. Этот факт и усиление токсичности последнего при сочетании с алкоголем привели к практическому ограничению использования этого препарата. Вместе с тем, гипотензивный эффект, невысокая стоимость и, до недавнего времени, доступность все еще определяют возможность использования клофелина в ситуациях суицидального поведения. Возникающие при отравлениях клофелином многоуровневые нарушения гомеостаза не всегда учитываются в процессе экстренной помощи и последующей реабилитации. При этом изменения сердечно-сосудистой системы, ответственной за функциональное состояние жизненно важных органов, как и расстройства нервно-психической сферы, определяющие степень психосоциальной дезадаптации должны играть первостепенную роль при выборе тактики лечения

и путей профилактики суицидальных медикаментозных отравлений вообще и клофелином, в частности.

Кроме лекарственных средств, суицидальные отравления осуществляются нефармакологическими агентами.

*Пестициды.* Суицидальные отравления пестицидами характерны для азиатских стран. В Южной Корее преднамеренное самоотравление было идентифицировано как главная причина смерти из-за пестицидов в 85,9% случаев и составляло 20,8% всех зарегистрированных самоубийств. Смертность из-за отравления пестицидами была выше в сельских районах. Суицидальные попытки были более характерны для пожилых людей и среди мужчин встречались чаще, чем у женщин. Умышленное самоотравление пестицидами наиболее распространенный способ самоубийств в Шри-Ланке. Среди суицидентов наиболее высокой была доля молодых мужчин и отравление пестицидами сочеталось с приемом алкоголя. В 2002–2009 гг. отравление пестицидами было третьим наиболее распространенным методом самоубийства на Тайване, составляя 13,6% всех самоубийств. Показатели были выше в сельскохозяйственном Восточном и Центральном Тайване и ниже в главных городах. Почти половина (47%) всех самоубийств в связи с употреблением пестицидов произошла в областях, где проживало только 13% населения страны.

*Уксусная кислота.* В настоящее время острые отравления уксусной кислотой составляют около 70% среди всех отравлений прижигающими жидкостями; больничная летальность при данном виде острого отравления составляет 13–17%. Установлено, что прием уксусной кислоты осуществляется преимущественно с суицидальной целью. В структуре смертности от острых отравлений различной этиологии острые отравления, вызванные приемом уксусной кислоты с летальным исходом в г. Чита составляют 43,4%, а в Читинской области 60,3% (данные Е. А. Руцкиной).

*Угарный газ.* Самоубийство, вызванное отравлением угарным газом, быстро увеличилось в некоторых восточноазиатских странах в последнее десятилетие. Число самоубийств вследствие угарного газа в Южной Корее составило только 34 случая в 2006 г., но быстро увеличилось до 267 случаев в 2008 г. и достигло 1125 в 2012 г., с показателями 0,06 (2006), 0,48 (2008), и 1,97 (2012) на 100 000 населения соответственно. Число случаев самоубийств, вызванных отравлением угарным газом, преобладало среди мужчин младших возрастных групп, холостых или разведенных, занятых квалифицированным

трудом. По данным Р. Пейрис-Джон угарный газ доминировал в числе фатальных намеренных самоотравлений, в то время как фармакологические препараты преобладали среди неумышленных отравлений.

*Влияние алкоголя и других психоактивных веществ на суицидальное поведение.* На формирование суицидального поведения (суицидальные фантазии, планы и попытка) существенно влияет алкоголь и другие психоактивные вещества. Наличие алкогольного опьянения у лиц с алкогольной зависимостью существенно повышает суицидальный риск: при парасуицидах, совершенных в опьянении, структура выявленных психических расстройств значительно отличается от структуры у суицидентов, совершивших парасуициды трезвыми. Высокая суицидальная активность при алкогольной зависимости обусловлена нарастанием дезадаптивных и снижением адаптивных личностных свойств. В развитых европейских странах, например, в Финляндии, доля суицидентов, у которых депрессивная симптоматика сочеталась с алкогольной зависимостью составила 50% у мужчин и 30% у женщин.

Существует ряд доказательств, что люди со злоупотреблением ПАВ имеют повышенный риск самоубийства. Мета-анализ показал, что стандартизированный коэффициент смертности для этих лиц составил 19,2, что сопоставимо с риском суицида для большого депрессивного расстройства — 20,4. По сравнению с общей популяцией, лица со злоупотреблением ПАВ характеризовались 3,9–5,8-кратным увеличением риска самоубийства. В другом эпидемиологическом исследовании, охватившем ряд стран, у лиц с наркотической зависимостью выявлено 2,8–4,6-кратное увеличение суицидального риска.

Существует связь суицидальных мыслей и суицидального поведения с саморазрушающим поведением, таким как беспорядочный секс и токсикомании. Существует ряд доказательств, что потребители наркотиков, которые пытаются покончить с собой, чаще сообщают о передозировке. Это может быть обусловлено тем, что передозировка является распространенным способом самоубийства. Еще более повышает риск суицида сочетание психических расстройств и злоупотреблениями ПАВ. Настораживает то обстоятельство, что распространенность психических расстройств у злоупотребляющих ПАВ выше, чем в общей популяции на 30,5%. Немецкий исследователь Т. Бронич проследил, что коморбидность депрессивного

расстройства со злоупотреблением ПАВ связано с 14-кратным увеличением риска суицидальных попыток.

Алкоголизм и наркомании являются одними из самых сильных предикторов самоубийства среди людей, живущих в развивающихся странах. Исследование «случай-контроль» в Восточном Тайване обнаружили, что большая депрессия является наиболее распространенным сопутствующим заболеванием у злоупотребляющих ПАВ суицидентов. Относительно других психических расстройств данных недостаточно. Одними авторами признается, что сочетание злоупотребления ПАВ с другими психическими расстройствами повышает риск суицида в 1,8 раза, другие приводят данные только о связи с депрессией.

Мексиканские исследователи Г. Боргес и С. Лоэра изучили шансы (OR) суицидального поведения у лиц с алкогольной зависимостью. По их данным, в развитых и развивающихся странах алкогольная зависимость была связана с увеличением шансов (OR) суицидальных мыслей (диапазон 2,0–2,5) и попыток (2,6–3,7). В то же время при наркотической зависимости шансы возникновения суицидальных мыслей выявлялись в диапазоне 2,3–3,0, а попыток — 2,0–4,0.

Таким образом, злоупотребление алкоголем и другими ПАВ увеличивают риск суицидального поведения.

Психосоциальные факторы суицидентов с попытками отравления. Работ, посвященных изучению психосоциальных факторов у лиц с преднамеренным отравлением сравнительно немного. В России острые химические отравления, в том числе и суициды, среди взрослого населения обуславливались комплексом медико-социальных факторов: стрессовыми ситуациями, возрастом, полом, семейным положением, злоупотреблением алкоголя, дезорганизацией системы отдыха, социальным расслоением, семейными конфликтами, ослаблением института семьи, неблагоприятными жизненными обстоятельствами в сочетании с расстройствами психического и физического здоровья.

В южнокорейском исследовании, проведенном С. Ош, изучено 967 пациентов, среди которых у 203 (21%) были повторные попытки самоубийства. Обследуемые различались по полу, роду занятий, условиям проживания, методу самоотравления, психиатрическому диагнозу. Наиболее высокий фактор риска повторного суицида выявлялся у одиноких женщин, использующих антидепрессанты и обращавшихся за помощью к психиатру.

В Иране было обследовано 400 пациентов в возрасте  $22,57 \pm 9,20$  года. Приблизительно 78,2% окончили среднюю школу, почти 27,8% суицидов имели место в результате семейных споров, брачных проблем (21%) и бедности (11,5%). Любовные проблемы были у 10,3%. Приблизительно у 23,2% ранее диагностировалось психическое расстройство. После совершения суицидальной попытки отравления приблизительно 97,5% пациентов выжило. Чем короче было время госпитализации для каждого пациента, тем меньше было повторных попыток вследствие последующего медико-психологического обслуживания. В ямайском исследовании, проведенном в университетском госпитале скорой помощи, показано, что за пятилетний период было 127 случаев суицидальных попыток отравления. Соотношение мужчин и женщин 3 : 1. Чаще всего суицидальные попытки осуществлялись в возрастном диапазоне 16–30 лет (70,8%). Наиболее распространенной причиной попытки самоубийства был интраперсональный конфликт (52%).

Психосоциальные особенности беременных женщин с суицидальными попытками отравления описаны А. Е. Гейзелом. Для этих женщин были характерны: молодой возраст в диапазоне между 18 и 20 годами, у 62% была первая беременность, 55% не состояли в браке, у 46% был более низкий социально-экономический статус, злоупотребляли никотином и алкоголем 22,5%, но депрессивная симптоматика выявлялась только у 17% беременных женщин. Попытки самоубийства с употреблением лекарственных средств были самыми частыми на четвертой неделе и втором месяце беременности. В суицидальных целях они использовали меньшие дозы лекарственных средств, чем небеременные женщины того же возраста.

Клинические особенности лиц с суицидальными отравлениями. Вне зависимости от средства, посредством которого осуществлялись суицидальные попытки отравления, в ряде исследований обращалось внимание на общие клинические признаки в сочетании с психосоциальными факторами. М. Д. Гонзалес-Наварро и соавт. (2007) среди совершивших суицидальные попытки установили преобладание лиц молодого возраста (средний возраст 36,4 года) и женщин (67%). С точки зрения психопатологии, попытки самоубийства характеризовались более высокой распространенностью депрессии и тревожного расстройства (30%) и токсикомании (13%). Доля пациентов, которые совершили предыдущую попытку самоубий-

ства, составила 37%. Самоотравление было самым частым методом попытки самоубийства и выявлялось в 80% случаев.

В венгерском исследовании установлено, что количество самоубийств положительно коррелирует с попытками самоубийства, для которых депрессия — самое частое расстройство. Зачастую депрессия коррелировала с интерперсональными конфликтами. У мужчин, которые указывали на интерперсональные конфликты, был более низкий уровень депрессии, чем у женщин.

Легкая доступность к лекарственным средствам и психопатологические проблемы могут увеличить риск преднамеренного самоотравления. Основными предикторами при суицидальных отравлениях у молодежи являлись нарушения личности, импульсивность, напряженные жизненные события.

## **ХАРАКТЕР СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК ОТРАВЛЕНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ**

Среди пациентов многопрофильного стационара скорой помощи наиболее частыми способами осуществления суицидальных попыток являются отравления лекарственными средствами и химическими веществами (87,1%), затем следуют преднамеренные повреждения острым предметом (5,8%). Среди пациентов с суицидальными попытками отравления преобладают: женщины и лица в возрасте 18–27 лет. Показатели социально-демографического профиля пациентов с суицидальными попытками отравления оказывают влияние на формирование суицидальных намерений, наиболее важными среди них являются социально-экономические проблемы и конфликтные семейные взаимоотношения. У пациентов с суицидальными попытками отравления наиболее часто диагностируются расстройства адаптации (49,0%) и психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (37,2%). Значительно меньшую долю составляют больные страдающие параноидной шизофренией (7,8%) и аффективными расстройствами настроения депрессивного круга (5,9%). Вне нозологических рамок у большинства пациентов как в пресуицидальном, так и в раннем постсуицидальном периоде выявляется положительная корреляционная взаимосвязь ( $p < 0,05$ ) между нарушением сна и тревогой, нарушениями сна и депрессией, и тревогой, и депрессией.



Среди пациентов с суицидальными попытками отравления по сравнению с пациентами с преднамеренными повреждениями острыми предметами выявлено достоверно значимое преобладание женщин, лиц, оценивающих свои действия как способ уйти из жизни, а также лиц, совершивших суицидальные попытки, представляющие угрозу для жизни.

Женщины чаще ( $p < 0,05$ ) совершали суицидальные попытки посредством приема ненаркотических анальгетиков, жаропонижающих и противоревматических средств. У женщин чаще, чем у мужчин ( $p < 0,05$ ), диагностировались расстройства адаптации и отмечалась более выраженная способность к критической оценке суицидального поведения. Как среди молодых, так и среди пожилых пациентов наиболее частыми причинами суицидальной попытки явились конфликтные отношения с родственниками и окружающими. У пожилых пациентов достоверно значимой была связь суицидальных попыток с сопутствующими соматическими заболеваниями, одиночеством и недостаточным уходом.

Аддитивные расстройства имели место у 46% лиц, совершивших суицидальную попытку отравления, среди них синдромом зависимости от алкоголя (69,1%), опиоидов (7,1%), седативных или снотворных веществ (2,4%), полисубстантная зависимость (21,4%). В группе лиц с синдромом зависимости по сравнению с интактными пациентами достоверно чаще встречались лица мужского пола, в возрастном диапазоне 31–50 лет, имеющие более низкий образовательный, живущие случайными заработками ( $p < 0,05$ ), указывающие на проблемы, связанные с семьей и обстоятельствами жилищного и экономического характера, как на причину суицидальной попытки.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПОПЫТКАМИ ОТРАВЛЕНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ**

### **Структура психиатрической службы в многопрофильном стационаре**

Порядок организации медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями регламентируется приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 № 925н. Согласно приказу, в штат токсикологического отделения входит 1 ставка

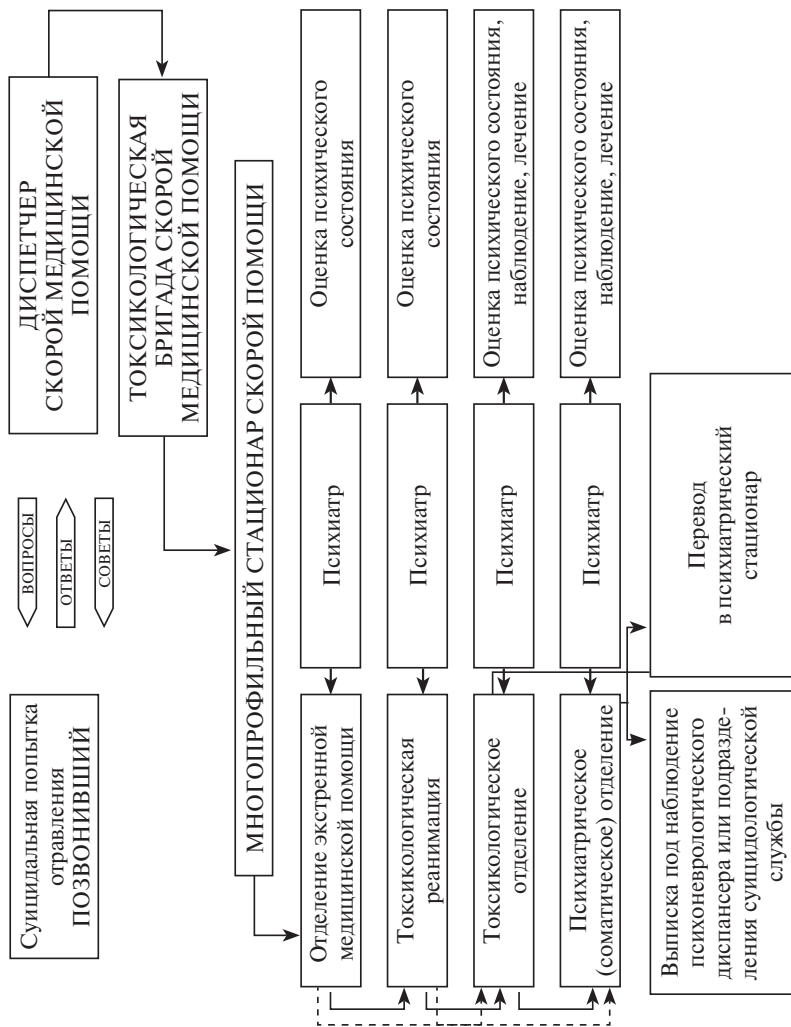
врача психиатра. В многопрофильном стационаре НИИ СП имени И. И. Джанелидзе с начала 1990-х гг. пациентам с СПО оказывалась консультативная психиатрическая помощь, которая сводилась к оценке психического состояния. В 2002 г., после оказания токсикологической помощи в профильном отделении 43,0% пациентов с СПО переведено в психиатрический стационар. Остальным 57,0% рекомендовалось амбулаторное лечение в психоневрологическом диспансере по месту жительства. Однако, учитывая фактор стигматизации, в амбулаторную службу обращались лишь 4,3% суицидентов.

В 2003 г. в НИИ СП было открыто соматопсихиатрическое отделение для лечения лиц с сочетанной патологией. Динамика штатной структуры отделения представлено в таблице.

*Таблица*

**Штатная структура соматопсихиатрического отделения НИИ СП  
им. И. И. Джанелидзе**

| Должность                     | Количество ставок |       |      |
|-------------------------------|-------------------|-------|------|
|                               | 2003              | 2007  | 2009 |
| Заведующий отделением         | 1,0               | 1,0   | 1,0  |
| Психиатр                      | 1,0               | 2,0   | 3,0  |
| Психотерапевт                 | —                 | —     | 1,0  |
| Психиатр по экстренной помощи | —                 | —     | 5,25 |
| Хирург                        | 1,0               | 0,25  | 0,25 |
| Терапевт                      | —                 | 0,25  | 0,25 |
| Невролог                      | —                 | 0,25  | 0,25 |
| Нейрохирург                   | —                 | 0,25  | 0,25 |
| Токсиколог                    | —                 | 0,5   | 0,25 |
| Старшая медсестра             | 1,0               | 1,0   | 1,0  |
| Палатная медсестра            | 5,0               | 10,25 | 23,0 |
| Процедурная медсестра         | —                 | 1,0   | 1,0  |
| Перевязочная медсестра        | 1,0               | 1,0   | 1,0  |
| Сестра-хозяйка                | 1,0               | 1,0   | 1,0  |
| Санитарка палатная            | 4,0               | 9,0   | 19,5 |
| Санитарка-буфетчица           | —                 | —     | 2,5  |



**Рисунок.** Алгоритм оказания психиатрической помощи лицам, совершившим суицидальную попытку отравления

Изначально в составе отделения было 12 коек, а в штате были один психиатр и один хирург. В дальнейшем в связи с увеличивающимся потоком больных количество коек увеличилось до 48, расширились штаты. Осуществлялся круглосуточный мониторинг психического состояния пациентов с психической патологией. Соответственно расширился объем оказания психиатрической помощи больным с СПО. Анализ работы психиатрической службы НИИ СП помог разработать алгоритм оказания психиатрической помощи лицам, совершившим суицидальную попытку отравления (см. рисунок).

*Психиатрическая помощь на догоспитальном этапе.* Как следует из алгоритма (см. рисунок), оказание помощи лицам, совершившим СПО, начинается еще на догоспитальном этапе, когда на телефон диспетчерской службы поступает звонок от родственников, знакомых или прохожих, обнаруживших пострадавшего. Далекое не всегда суицидент прямо указывает на то, что собирался лишить себя жизни, но по обстоятельствам несчастного случая можно заподозрить суицидальные намерения. Это могут быть предсмертная записка, упаковки из-под лекарств, разбросанные вокруг потерпевшего или в мусорном ведре, пустые емкости от средств бытовой химии или ядовитых веществ и пр. По получении звонка диспетчер уточняет обстоятельства происшествия, задавая дополнительные вопросы о характере самоповреждений, особенностях поведения, проявляет ли больной раздражительность, беспокойство или тревожность, только после этого специалист дает советы по оказанию первой помощи пострадавшему. Рекомендует, по возможности, ограничить доступ больного к колющим и режущим предметам, во избежание дальнейших самоповреждений. Получив сведения о том, что пациент совершил попытку отравления, дежурный посылает на вызов токсикологическую бригаду, выезд психиатрической бригады также возможен в случае, если диспетчером получены данные о неадекватном поведении больного.

Первыми, кто соприкасается с пациентом, совершившим СПО, являются врачи скорой медицинской помощи. В данном случае приоритетом является оказание первой медицинской помощи в соответствии с тяжестью соматического состояния больного (промывание желудка, антидотная и симптоматическая терапия). Кроме того, на этом этапе проводится предварительная оценка психического состояния. Сложной является дифференциация суицидальных попыток от несчастных случаев или ошибочного приема, само-

лечения, употребления с целью опьянения и пр. Как уже отмечалось выше, пациенты часто отрицают суицидальные цели либо по своему соматическому состоянию не могут сообщить свои цели, поэтому следует учитывать прием большего количества таблеток, чем предписано врачом, прием нелекарственных веществ, которые обычно не входят в пищевой рацион, наличие предсмертной записки, отказ пациента отвечать на вопросы, указание родственников больного на наличие конфликтной ситуации, наличие суицидальных попыток в анамнезе, тенденции к самоповреждению (аутоагрессии), суицидальные попытки среди родственников больных, злоупотребление алкоголем (по нашим данным наличие алкоголя в биологических средах более 1‰ обнаружено у 45,2% пациентов), употребление наркотических средств, наличие психических заболеваний, в частности тяжелой депрессии, наличие тяжелых соматических заболеваний, тяжелые утраты (острое горе), семейные проблемы (уход из семьи, развод). Все это по отдельности или в совокупности может указывать на попытку самоубийства. На догоспитальном этапе необходим сбор дополнительных сведений о случившемся, возможных данных анамнеза, которые в дальнейшем находят отражение в первичной документации (сопроводительный талон), которая содержит информацию о пациенте, о произошедшем и об оказанной медицинской помощи, что в дальнейшем поможет в правильном выборе тактики терапии и, в конечном счете, ее эффективности.

Таким образом, врачи токсикологической бригады оказывают первую медицинскую помощь, собирают доступные анамнестические сведения и данные о суицидальной попытке и, контролируя состояние больного, доставляют его в стационар.

*Психиатрическая помощь на госпитальном этапе.* Попадая в отделение экстренной медицинской помощи НИИ СП им. И. И. Джанелидзе, пациент осматривается дежурным токсикологом, производятся диагностические мероприятия: химико-токсикологическое исследование биологических сред, клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, СКТ по показаниям и т. д., которые направлены на оценку тяжести его соматического состояния. Если таковое позволяет, то осмотр дежурного психиатра производится также на данном этапе. Консультация психиатра осуществляется с согласия пациента, хотя в случае выявленной суицидальной попытки, психиатрическое обследование может быть осуществлено недобровольно в соответствии

со статьей 29-а Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (Законодательство, 2002).

В ходе осмотра психиатр может предположить либо принять окончательное решение о характере отравления, была ли это суицидальная попытка, самолечение, ошибочный прием, употребление с целью опьянения и пр. Уже на этом этапе психиатр может принять решение о выписке пациента домой. Так происходит в случаях, когда ни психическое, ни соматическое состояние пациента не вызывают опасений. Но нельзя забывать и о так называемом периоде «зловещего покоя», когда у больного исчезают имевшиеся до суицидальной попытки симптомы — тревога, депрессия, он перестает высказывать свои переживания, заявляя о том, что «ситуация уже разрешена». При этом пациент уже продумал способ повторного суицидального акта и окончательно решил привести его в исполнение. В данном случае особенно важен правильный выбор режима наблюдения. В зависимости от тяжести состояния принимается решение о госпитализации пациента в токсикологическое отделение или в отделение токсикологической реанимации. В последнем случае, когда больной поступает в тяжелом состоянии и не доступен продуктивному контакту, психиатр осматривает пациента сразу же, как только больной приходит в себя в условиях отделения реанимации. Особенно важным на данном этапе является правильная оценка психического статуса и соматического состояния больного, выбор режима наблюдения, рекомендации по терапии, а также сбор, по возможности, более полных анамнестических сведений со слов самого больного, либо сопровождающих его родственников.

Далее, если состояние больного тяжелое, он попадает в отделение токсикологической реанимации. В НИИ СП им. И. И. Джанелидзе оно развернуто на 13 коек. Здесь проводятся детоксикационная и инфузионная терапия, направленная на поддержание работы жизненно важных органов и систем, ноотропная и витаминотерапия. Тактика терапевтического вмешательства определяется видом и тяжестью отравления. При умышленном отравлениях азалаптином, или амитриптилином проводится плазмозферез. В случаях отравлений барбитуратами, салицилатами, гликозидами, производными фенотиазина, грибами и т. п. — гемосорбция. На данном этапе психиатр осуществляет динамическое наблюдение за состоянием пациента, давая рекомендации о применении психотропных средств седативного действия лишь в случаях некупируемого психомоторного

возбуждения. Проводится дифференциальная диагностика интоксикационных, алкогольных и других видов психозов. Кроме того, происходит сбор дополнительной информации от родственников, изучается первичная медицинская документация, результаты проводимых исследований, посылаются запросы в территориальные психиатрические службы. По мере купирования симптомов острого отравления, по миновании угрозы для жизни, производится осмотр для определения дальнейшего режима пребывания пациента. В случае, если у больного сохраняются выраженные суицидальные тенденции, депрессия, острые психотические переживания, он переводится для дальнейшего лечения и наблюдения в соматопсихиатрическое отделение. При отсутствии же суицидальной опасности и других выраженных психических нарушений больной переводится в токсикологическое отделение, где продолжают детоксикационные мероприятия, динамическое наблюдение и курация пациентов.

Токсикологическое отделение имеет в своем составе 48 коек. Наблюдение за пациентами осуществляется врачами-токсикологами совместно с психиатрами (2,75 ставки). Пациентам при необходимости назначается противотревожная и антипсихотическая терапия с учетом степени поражения внутренних органов вследствие отравления. При назначении антидепрессантов учитывается их токсичность, время наступления эффекта, темпы наступления седативного, противотревожного или стимулирующего действия. После стабилизации соматического состояния и купировании симптомов острого отравления принимается решение о выписке больного на амбулаторное наблюдение, в случае если больной имеет твердые установки на отказ от суицида, достаточную критику к суицидальной попытке и своему состоянию и, кроме всего прочего, строит реальные планы на будущее. Если у больного сохраняются суицидальные тенденции, обусловленные психотической симптоматикой, требующей длительного психиатрического лечения при стабильном общем состоянии он переводится в психиатрический стационар. Достижение соматического благополучия не всегда совпадает с дезактуализацией психотической и аффективной симптоматики, кроме того отравление часто вызывает обострение хронической патологии (особенно у больных пожилого и старческого возраста), либо возникают другие осложнения, или имеет место сопутствующая соматическая патология. В этом случае дальнейшее лечение и наблюдение осуществляется в условиях соматопсихиатрического

отделения, где продолжается мониторинг психического состояния, наблюдение, лечение. У непсихотических больных дифференцируются аффективные и невротические реакции. В первом случае аффективное суицидальное поведение отличается быстрым принятием решения, скорым его исполнением, приемом большого количества нетоксичных средств из домашней аптечки, желание умереть бывает мимолетным или малоопределенным. Во втором — суицидальное поведение является следствием длительной и тяжелой психической травматизации, намерение покончить собой не только обдуманно, но долго и постепенно вынашивается.

На соматопсихиатрическом отделении с пациентами, совершившими СПО, проводятся психотерапевтические мероприятия в рамках краткосрочной когнитивной (рациональной) психотерапии, направленные на формирование у больных критического отношения к суицидальному поведению, изыскание внутреннего резерва и формирование позитивных установок. Проводятся беседы с родственниками больного для создания благоприятной атмосферы в семье, в случае необходимости проводятся сеансы семейной психотерапии. Если в результате лечения у пациента купировалась актуальная психопатологическая симптоматика, сформировалась достаточная критика к суицидальной попытке и своему состоянию, появились реальные планы на будущее — он выписывается с рекомендацией консультативного наблюдения в ПНД по месту жительства.

Если же после проводимого лечения у больного сохраняются суицидальные переживания и/или психотическая симптоматика он переводится в психиатрический стационар.

Показания к переводу в психиатрический стационар:

1) психотические состояния с бредом и слуховыми императивными галлюцинациями, требующими покончить с собой или предлагающими воссоединиться с умершими;

2) депрессия, особенно с идеями вины, самоуничужения;

3) тяжелая продуманная суицидальная попытка с высоким риском летальности;

4) сохраняющееся убеждение, что самоубийство — единственный выход из сложившейся ситуации несмотря на теплое отношение со стороны близких, благоприятные изменения жизненных обстоятельств и психотерапевтическое лечение;

5) пациент не раскрывает свои переживания, т. е. имеется трудность в оценке суицидального риска;



---

6) сохраняющаяся психотравмирующая ситуация, явившаяся причиной суицидальной попытки;

7) социальная изоляция, особенно потеря связи с близкими и друзьями.

Следует отметить, что перевод в психиатрический стационар без достаточных на то оснований, сам по себе может быть психотравмирующей ситуацией. И поэтому повышение эффективности оказания помощи лицам, совершившим суицидальные попытки, видится в более тесном взаимодействии и преемственности в работе специалистов скорой медицинской помощи, многопрофильного стационара с врачами психиатрами.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За более чем столетний период научного изучения суицидального поведения выделено множество индивидуальных, семейных и социальных факторов, влияющих на его проявления. Однако ни один фактор, взятый сам по себе, не является надежным предиктором. Например, неоднозначна роль социально-экономического фактора. Так, в России количество самоубийств возрастало во время социально-экономических преобразований (1990-е гг.). В других странах количество самоубийств в период кризиса снижалось, но увеличивалось количество суицидальных попыток, в частности самоотравления. Однако заслуживает интереса объяснение причин высокого уровня самоубийств в относительно благополучных и развитых странах. Здесь, по мнению исследователей, на первый план выступают культуральные, исторические, а также генетические факторы.

Представляется, что теоретической базой для изучения суицидального поведения является биопсихосоциальная модель, которая может интегрировать органические, личностные, психосоциальные, культуральные и социальные системы, которые находятся в постоянном изменении и компоненты которых оказывают влияние друг на друга.

Профилактики суицидального поведения должна быть направлена на своевременное распознавание и ликвидацию состояний, несущих потенциальную угрозу самоубийства. Предупреждение суицидального поведения должно решаться путем создания системы, объединяющей меры психологического, медицинского, социального, правового и педагогического характера.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Войцех В. Ф.* Суицидология / В. Ф. Войцех. — М.: Миклош, 2008. — 280 с.
2. *Ефремов В. С.* Основы суицидологии / В. С. Ефремов. — СПб.: Диалект, 2005. — 480 с.
3. *Краснов В. Н.* Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. — М.: Практическая медицина, 2011. — 432 с.
4. *Нечипоренко В. В.* Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики / В. В. Нечипоренко, В. К. Шамрей. — СПб.: ВМедА, 2007. — 527 с.
5. *Цыганков Б. Д.* Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение) / Б. Д. Цыганков, С. В. Ваулин. — Смоленск: СГМА, 2012. — 232 с.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

*Выберите правильный ответ.*

- 1. Общий мировой показатель самоубийств равен:**
  - А. 5 человек на 100 000 населения
  - Б. 45 человек на 100 000 населения
  - В. 16 человек на 100 000 населения
  - Г. 23 человека на 100 000 населения
  - Д. 11 человек на 100 000 населения
  
- 2. Критический уровень суицидов по определению ВОЗ:**
  - А. 5 человек на 100 000 населения
  - Б. 20 человек на 100 000 населения
  - В. 10 человек на 100 000 населения
  - Г. 16 человека на 100 000 населения
  - Д. 9 человек на 100 000 населения
  
- 3. Риск повторного суицида наиболее высок в течение:**
  - А. 1 месяца
  - Б. 2 месяца
  - В. 3 месяца
  - Г. 4 месяца
  - Д. 5 месяцев
  
- 4. Пожизненный риск суицида при шизофрении равен:**
  - А. 5%
  - Б. 10%
  - В. 15%
  - Г. 20%
  - Д. 25%
  
- 5. Наиболее частые виды суицидальных попыток среди пациентов многопрофильного стационара:**
  - А. Прыжок с высоты
  - Б. Нанесение повреждения острым предметом

- В. Нанесение повреждения с использованием огнестрельного оружия
- Г. Удушение
- Д. Отравление лекарственными и химическими средствами

**6. У пациентов многопрофильного стационара с суицидальными попытками отравления наиболее часто диагностируются:**

- А. Параноидная шизофрения
- Б. Аффективные расстройства настроения
- В. Реакции адаптации
- Г. Психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя
- Д. Обсессивно-фобические расстройства

**7. Суицидальное поведение наиболее тесно связано со следующими психопатологическими симптомами:**

- А. Депрессия
- Б. Бред
- В. Галлюцинация
- Г. Сенестопатия
- Д. Резонерство

**8. Кому из выдающихся ученых принадлежит высказывание «Убивает себя не человек, а убивает общество»?**

- А. А. Г. Амбрумова
- Б. Ц. П. Короленко
- В. П. Ф. Булацель
- Г. Э. Дюркгейм
- Д. А. Шопенгауэр

**9. Доля суицидентов, совершающих повторные суицидальные попытки:**

- А. От 10 до 20%
- Б. От 20 до 30%
- В. От 30 до 40%
- Г. От 40 до 50%
- Д. От 50 до 60%

**10. Наиболее суицидально опасная референтная группа:**

- А. Больные шизофренией
- Б. Больные аффективными психозами

В. Безработные

Г. Лица с расстройством личности

Д. Молодежь с нарушением межличностных отношений, «одиночки», злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим физическое насилие

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. В
2. Б
3. В
4. А
5. Д
6. В
7. А
8. Г
9. В
10. Д

## Приложение

### Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS) (Posner K., Brent D. et al., 2007)

| Суицидальные идеи  |  |
|--|--|
| Задайте вопросы 1 и 2. Если в обоих случаях ответ отрицательный, переходите к разделу «Суицидальное поведение». Если на вопрос 2 получен ответ «да», то задайте вопросы 3, 4 и 5. Если на вопрос 1 и/или 2 получен ответ «да», заполните ниже секцию «Интенсивность суицидных идей».   |  |
| 1. Желание умереть<br>Пациент подтверждает, что его посещают мысли о желании умереть или перестать жить, или же о желании заснуть и не просыпаться.<br>Возникло ли у Вас желание умереть или заснуть и не просыпаться?<br>Если да, опишите:  | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |
| 2. Активные неспецифические мысли о самоубийстве<br>Общие неспецифические мысли о желании покончить с собой/ совершить самоубийство<br><i>«Я думал(а) о том, чтобы убить себя»</i> при отсутствии размышлений о способах самоубийства / сопутствующих средствах, намерения или плана в период наблюдения за пациентом.<br><i>Думали ли Вы, в самом деле, о том, чтобы убить себя?</i><br>Если да, опишите: | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |
| 3. Актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства (не о плане), при отсутствии намерения действовать<br>Пациент подтверждает, что его посещают мысли о самоубийстве и что в течение периода наблюдения   | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |



| <b>Суицидальные идеи</b>  |  |
|---|--|
| <p>он/она думал(а) хотя бы об одном способе самоубийства. Данная ситуация отлична от такой, когда пациент разработал конкретный план: время, место или детали метода самоубийства (например, пациент думал о способе самоубийства, но не о конкретном плане). Сюда относятся люди, которые скажут: <i>«Я думал(а) о передозировке таблеток, но так и не построил(а) конкретного плана о том, когда, где и как осуществить это...</i></p> <p><i>И я бы никогда не довел(а) дело до конца».</i></p> <p><i>Думали ли Вы о том, как Вы могли бы это сделать?</i></p> <p>Если да, опишите:</p> |  |
| <p>4. Актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана.</p> <p>Активные мысли о самоубийстве при заявлении пациента о некотором намерении действовать в соответствии с этими мыслями, в отличие от подобного утверждения: <i>«Такие мысли посещают меня, но я определенно не стану ничего предпринимать».</i></p> <p>Посещали ли Вас подобные мысли, и было ли у Вас какое-нибудь намерение действовать в соответствии с ними?</p> <p>Если да, опишите:</p>   | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |
| <p>5. Актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением</p> <p>Мысли о самоубийстве, включая план с полностью или частично проработанными деталями и некоторое намерение пациента осуществить этот план.</p> <p>Начали ли Вы разрабатывать или уже разработали детальный план самоубийства?</p> <p>Намереваетесь ли Вы осуществить этот план?</p> <p>Если да, опишите:</p>  | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |

| <b>Суицидальные идеи</b>   |   |
|--|---|
| <b>Интенсивность суицидальных идей</b>   |   |
| Тип идеи Тип № (1-5) Описание идеи<br>Первое исследование<br>Наиболее опасные идеи: _____<br>_____   | Вся жизнь —<br>Момент,<br>когда он/она<br>испыты-<br>вал(а) самое<br>сильное<br>желание<br>покончить<br>с собой |
| Следующие ниже характеристики должны быть<br>оценены по отношению к самой сильной по интен-<br>сивности суицидной идеи (по шкале от 1 до 5, где<br>1 — наименьший по интенсивности показатель, а<br>5 — наибольший).<br>Спросите его/ее, когда он/она испытал(а) самое<br>сильное желание покончить с собой. | Наиболее<br>опасные   |
| <b><i>Частота</i></b><br><i>Сколько раз Вас посещали подобные мысли?</i><br>1. Реже одного раза в неделю<br>2. Раз в неделю<br>3. 2–5 раз в неделю<br>4. Каждый день или почти каждый день<br>5. Многократно каждый день   | —   |
| <b><i>Продолжительность</i></b><br><i>Когда подобные мысли посещают Вас, как долго они<br/>           длятся?</i><br>1. Они мимолетны — несколько секунд или минут<br>2. Менее часа / недолго<br>3. 1–4 часа / долго<br>4. 4–8 часов / большую часть дня<br>5. Более 8 часов / они устойчивы или постоянны   | —   |
| <b><i>Контролируемость</i></b><br><i>Могли /можете ли Вы при желании прекратить ду-<br/>           мать о самоубийстве или желании умереть?</i><br>1. С легкостью может контролировать такие мысли   | —   |

| <b>Суицидальные идеи</b>   |   |
|--|---|
| <p>2. Может контролировать такие мысли с незначительными затруднениями</p> <p>3. Может контролировать такие мысли с некоторыми затруднениями</p> <p>4. Может контролировать такие мысли с большими затруднениями</p> <p>5. Не в состоянии контролировать такие мысли</p> <p>0. Не пытается контролировать такие мысли</p>  |   |
| <p><b><i>Сдерживающие факторы</i></b><br/> <i>Есть ли что-то или кто-то (например, семья, религия, страх перед болью / смертью), что удержало Вас от стремления к смерти или от попыток осуществления мыслей о самоубийстве?</i></p> <p>1. Сдерживающие факторы определенно удержали Вас от попытки самоубийства</p> <p>2. Вероятно, сдерживающие факторы удержали Вас</p> <p>3. Вы не уверены, что сдерживающие факторы не удержали Вас</p> <p>4. Скорее всего, сдерживающие факторы не удержали Вас</p> <p>5. Сдерживающие факторы определенно не удержали Вас</p> <p>0. Данный пункт не применим</p>  | — |
| <p><b><i>Основания суицидальных идей</i></b><br/> <i>Какие основания были у Вас для того, чтобы думать о желании умереть или самоубийстве? Вы хотели умереть для того, чтобы прекратить боль или перестать испытывать то, что Вы испытывали (иными словами, Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали), или же Вашей целью было привлечение внимания, месть или получение отклика других людей? Или и то, и другое?</i></p> <p>1. Исключительно для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей</p> <p>2. Большею частью для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей</p> | — |

| <b>Суицидальные идеи</b>  |  |
|---|--|
| <p>3. В равной степени для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей и для того, чтобы прекратить / остановить боль</p> <p>4. Большею частью для того, чтобы прекратить / остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали)</p> <p>5. Исключительно для того, чтобы прекратить или остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы чувствовали)</p> <p>0. Данный пункт не применим</p>   |  |
| <p><b>Суицидальное поведение</b><br/> <i>(Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)</i></p>  | Вся жизнь  |
| <p><b><i>Истинная попытка самоубийства:</i></b><br/> Акт, потенциально направленный против самого себя, совершенный, по крайней мере, с некоторым желанием умереть <i>в результате данного акта</i>. Осуществленные действия отчасти замышлялись как способ убить себя. Намерение убить себя обязательно должно быть стопроцентным. Акт может считаться истинной попыткой самоубийства, если с данным актом ассоциируется хоть какое-нибудь намерение / желание умереть.<br/> Реальное нанесение себе повреждений или увечий обязательно, достаточно потенциальной возможности нанесения себе повреждений или увечий. Если человек нажимает на курок, держа пистолет во рту, но пистолет сломан, и поэтому человек не наносит себе повреждений, то это считается попыткой самоубийства.</p> | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Установление преднамеренности:</b><br/>         Даже если человек отрицает свое намерение / желание умереть, преднамеренность его действий может быть клинически установлена на основании его поведения или на основании обстоятельств. Например, случаи, когда речь идет о смертельно опасном действии, которое определенно не является несчастным случаем, и, следовательно, самоубийство является единственным возможным объяснением подобного действия (например, выстрел в голову, прыжок из окна с высокого этажа). Также можно сделать вывод о преднамеренности попытки самоубийства, если человек отрицает свое намерение умереть, однако считал, что его действия могут привести к смерти.</p> | <p>Общее количество попыток</p> <p>—</p>                        |
| <p><i>Предпринимали ли Вы попытку самоубийства?</i></p> <p><i>Предпринимали ли Вы какие-либо действия с целью нанести себе вред?</i></p> <p><i>Предпринимали ли Вы какие-либо опасные действия, которые могли привести к Вашей смерти?</i></p> <p><i>Что Вы предпринимали?</i></p> <p><i>Совершали ли Вы _____ в качестве способа покончить с собой?</i></p> <p><i>Хотелось ли Вам умереть (хотя бы немного), когда Вы _____?</i></p> <p><i>Пытались ли Вы покончить с собой, когда Вы _____?</i></p> <p><i>Или полагали ли Вы, что можете умереть от _____?</i></p>  | <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> |
| <p><i>Совершали ли Вы _____ в качестве способа покончить с собой?</i></p> <p><i>Хотелось ли Вам умереть (хотя бы немного), когда Вы _____?</i></p> <p><i>Пытались ли Вы покончить с собой, когда Вы _____?</i></p> <p><i>Или полагали ли Вы, что можете умереть от _____?</i></p>   | <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> |

|  |   |
|--|---|
| <p><i>Или Вы сделали это по совершенно другим причинам / безо ВСЯКОГО намерения убить себя (например, с целью снять напряжение, почувствовать себя лучше, вызвать сострадание или потому, что хотели, чтобы что-нибудь случилось)?</i><br/>(Самоповреждающее поведение, без намерения совершить самоубийство)<br/>Если да, опишите:<br/>Отмечалось ли у пациента суицидальное самоповреждающее поведение?</p>  |   |
| <p><b><i>Прерванная попытка самоубийства:</i></b><br/>Когда человека прерывают и ему не удается (по причине обстоятельств) начать действие, потенциально направленное против самого себя (<i>иначе произошла бы истинная попытка самоубийства</i>).<br/>Передозировка: Человек держит в руке таблетки, но ему не дают их проглотить. Как только человек проглатывает таблетки, попытка самоубийства считается скорее истинной, а не прерванной.<br/>Выстрел: Человек направил на себя пистолет, но кто-то забирает у него оружие или кто-то / что-то помешало ему нажать на курок. Как только человек спустил курок, даже если происходит осечка, попытка самоубийства считается истинной.<br/>Прыжок: Человек готов прыгнуть, но его хватают и стаскивают с края.</p> | <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Общее количество прерванных попыток</p> <p>—</p> |

|   |  |
|---|--|
| <p>Повешение: Человек завязал петлю вокруг шеи, но еще не повесился — его остановили.</p> <p><i>Случалось ли, что когда Вы начинали совершать какие —либо действия с целью покончить с собой, кто-то или что-то останавливал(о) Вас прежде, чем Вы фактически совершали что-либо?</i></p> <p>Если да, опишите:</p>  |  |
| <p><b>Остановленная попытка самоубийства:</b></p> <p>Когда человек начинает предпринимать шаги с целью осуществить попытку самоубийства, но останавливает себя раньше, чем фактически начинает совершать самодеструктивные действия. Примеры остановленных попыток самоубийства схожи с примерами прерванных попыток самоубийства, за исключением того, что человек останавливает себя сам, а не что-то другое останавливает его / ее.</p> <p><i>Случалось ли, что когда Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, Вы останавливали себя прежде, чем Вы фактически совершали что-либо?</i></p> <p>Если да, опишите</p> | <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Общее количество остановленных попыток</p> <p>—</p> |
| <p><b>Подготовительные действия или поведение:</b></p> <p>Действия, служащие приготовлением к предстоящей попытке самоубийства. К таким действиям можно отнести все, что</p>  | <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p>  |

|   |   |   |                                   |
|---|---|---|-----------------------------------|
| <p>выходит за рамки вербализации или мыслей, как то: приобретение средств для реализации конкретного способа самоубийства (например, покупка таблеток, оружия) или приготовления к собственной смерти в результате суицида (например, раздача своих вещей, написание предсмертной записки).</p> |   |   |                                   |
| <p><i>Предпринимали ли Вы какие либо шаги с целью осуществить попытку самоубийства или подготовиться к самоубийству (например, приобретали таблетки, оружие, раздавали ценные вещи или писали предсмертную записку)?</i><br/>Если да, опишите:</p>  |   |   |                                   |
| <p><b>Суицидальное поведение</b><br/><i>(Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)</i></p>   | <p>Вся жизнь</p>  |   |                                   |
| <p>Суицидальное поведение:<br/>Суицидальное поведение было выявлено во время периода наблюдения.</p>  | <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> |   |                                   |
| <p><i>Отвечать только для истинных попыток самоубийства</i></p>   | <p>Дата самой недавней попытки:</p>                             | <p>Дата наиболее тяжелой / опасной попытки:</p> | <p>Дата самой первой попытки:</p> |



|   | Ввести код | Ввести код | Ввести код |
|---|------------|------------|------------|
| <p>Реальная опасность /ущерб здоровью:</p> <p>0. Физических повреждений нет, или они весьма незначительны (например, неглубокие царапины).</p> <p>1. Незначительные физические повреждения (например, вялая речь, ожоги первой степени, легкое кровотечение, растяжения).</p> <p>2. Физические повреждения умеренной тяжести; требуется медицинская помощь (например, пациент в сознании, но сонлив, отчасти реагирует на внешние раздражители, ожоги второй степени, кровотечение из крупного сосуда).</p> <p>3. Физические повреждения средней тяжести; требуется госпитализация и, вероятно, интенсивная терапия (например, коматозное состояние с сохранением рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие менее 20% кожи, сильная, однако не смертельная потеря крови, серьезные переломы).</p> <p>4. Тяжелые физические повреждения; требуется госпитализация и интенсивная терапия (например, коматозное состояние без сохранения рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие более 20% кожи, сильная потеря крови с нестабильными признаками жизни, серьезные повреждения жизненно важных органов).</p> <p>5. Смерть</p> | —          | —          | —          |

|   |                            |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <p>Потенциальная опасность: Отвечать, только если есть реальная опасность = 0</p> <p>Вероятная опасность истинной попытки самоубийства при отсутствии ущерба здоровью (в представленных ниже примерах, хотя определенные действия и не привели к реальным физическим повреждениям, они потенциально могли привести к фатальному исходу: человек сунул пистолет в рот и нажал на курок, но произошла осечка, и поэтому не было нанесено физических повреждений; человек лег на рельсы, по которым к нему приближался поезд, но его оттащили, и поезд его не переехал).</p> <p>0 = Поведение, которое вряд ли приведет к травмам</p> <p>1 = Поведение, которое, вероятно, приведет к травмам, но вряд ли повлечет за собой смерть</p> <p>2 = Поведение, которое, вероятно, приведет к смерти, несмотря на возможность оказания медицинской помощи</p> | <p>Ввести код</p> <p>—</p> | <p>Ввести код</p> <p>—</p> | <p>Ввести код</p> <p>—</p> |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

Для заметок

---

**А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский,  
Г. А. Прокопович, А. Е. Добровольская**

## **СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ ОТРАВЛЕНИЯ**

**Учебное пособие**

Редактор *Т. В. Руксина*  
Технический редактор *А. Ю. Барышева*

Подписано в печать 03.09.2015 г. Формат бумаги 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Бумага офсетная. Гарнитура NewtonС.  
Печать офсетная. Уч.-изд. л. 1,9. Усл. печ. л. 3,02.  
Тираж 100 экз. Заказ № 339.

Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.