

**АНАЛИЗ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ПОДХОДА  
К ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ,  
ОСЛОЖНЕННЫХ СУИЦИДНОЙ ПОПЫТКОЙ**

<sup>1</sup> Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт  
скорой помощи им. И.И. Джанелидзе  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Будапештская д. 3, лит. А).

В статье представлен анализ оказания многопрофильной медицинской помощи пациентам, совершившим суицидную попытку. Обследовано 109 пациентов с психическими расстройствами, осложненными суицидными попытками. Средний возраст обследованных  $37, 8 \pm 19,5$  лет (38 мужчин, 42 женщины). Оценивались характер суицидных попыток, степень тяжести общего состояния и обобщенная тяжесть психического состояния (по шкале GAF), структура коморбидности психической и соматической патологии. Выявлен широкий спектр психической патологии, осложнявшейся суицидными попытками, включавший основные диагностические категории МКБ-10, при этом вне зависимости от характера психического расстройства отмечалась очерченная синдромальная структура клинической картины с преобладанием депрессивных (48,6 %) и тревожно-депрессивных (29,3 %) синдромов. Среднее значение тяжести психического состояния по шкале GAF составило  $14, 8 \pm 4,7$  баллов, при этом выявлена очень слабая ( $r = 0,278$ ) статистически значимая ( $p < 0,05$ ) корреляционная связь между общей тяжестью психического состояния и тяжестью соматического состояния вследствие совершенной суицидной попытки. Выявлены особенности психосоматической коморбидности, определяющие характер суицидального поведения, объем оказания психиатрической помощи и тактику ведения пациентов данной категории в условиях стационара.

---

✉ Краснов Алексей Александрович – д-р. мед. наук, доц. каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: dr.krasnov\_28@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8732-6390, eLibrary SPIN: 6682-9066;

Синенченко Андрей Георгиевич – канд. мед. наук, С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (192242, Санкт-Петербург, Будапештская ул., д. 3, лит. А); e-mail: andreysin2013@yandex.ru;

Рутковская Наталья Сергеевна – преподаватель каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: rutkovskayanatalia@yandex.ru.

**Ключевые слова:** психические расстройства, суицидальное поведение, коморбидные состояния.

### **Введение**

Согласно данным Росстата, число суицидов в России составляет 16 983 случаев (11, 7 случаев на 100 000 человек населения) [5]. Всемирная организация здравоохранения в статистический анализ гибели от суицидов включает рубрику Росстата «смерть по невыясненным причинам» и публикует свой коэффициент смертности в России на 100 000 человек населения – 26,5 случаев [9]. Несмотря на то, что такая однозначная интерпретация рубрики представляется сомнительной, нельзя исключить того, что некоторая часть суицидов может скрываться среди смертей по невыясненным причинам и реальная распространенность суицидов несколько шире, чем удастся зафиксировать в статистических отчетах. Таким образом, проблема суицидального поведения и вопросы оказания комплексной медицинской помощи пациентам, совершившим суицидную попытку, сохраняют свою актуальность. Последствия суицидального поведения зачастую представляют собой сложный коморбидный статус, включающий как разнообразную психическую патологию (до 71–90 % суицидов сопряжены с психическими расстройствами), так и разного рода телесные повреждения, интоксикации и терминальные состояния [1–4]. Подобного рода коморбидный статус обуславливает взаимное патопластическое влияние патологии в психической и соматической сферах, усложняя и утяжеляя клиническую картину общего состояния [1, 6, 7]. В данном аспекте представляет научный интерес совершенствование модели оказания медицинской помощи пациентам с сочетанием психических расстройств и телесных повреждений вследствие суицидального поведения.

Исходя из вышеизложенного, целью исследования явился анализ оказания многопрофильной медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами, осложненными суицидной попыткой.

### **Материал и методы обследования**

Обследовано 109 пациентов с психическими расстройствами, совершивших суицидные попытки. Средний возраст обследованных составил  $37, 8 \pm 19,5$  лет. Среди обследованных было 38 лиц мужского пола и 42 – женского. В обследованной выборке был оценен характер суицидных попыток, определена степень тяжести общего состояния, изучена структура коморбидности психических расстройств, количество случаев сопутствующей соматической патологии. Обобщенную оценку тяжести психического состояния проводили в период наибольшей выраженности психиче-

ской симптоматики с помощью шкалы GAF (The Global Assessment of Functioning), предложенной в национальной классификации психических расстройств США (DSM IV) для оценки общей тяжести состояния пациентов с психическими расстройствами [9]. Тяжесть состояния оценивалась в баллах – от 1 балла (крайне тяжелое состояние, требующее строгого надзора и постоянного ухода) до 100 баллов (полное благополучие). Проведен анализ оказания психиатрической помощи, а также медицинской помощи специалистами других специальностей. Статистическое описание полученных данных включало оценку средней величины и стандартного отклонения ( $M \pm \sigma$ ). Для анализа связей применяли коэффициент ранговой корреляции Спирмена, для оценки тесноты корреляционной связи – шкалу Чеддока.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Структура психических расстройств в обследованной выборке представлена в таблице 1. Данные, представленные в таблице, свидетельствуют о широком спектре психической патологии с некоторым преобладанием эндогенных и невротических расстройств в популяции пациентов, совершивших суицидную попытку. Поскольку такое распределение примерно соответствует распространенности расстройств данных рубрик в целом в популяции, можно предположить, что суицидное поведение в равной степени характерно для представленных категорий психических расстройств. Вместе с тем, анализ синдромальной структуры психической патологии показал преобладание тревожно-депрессивной симптоматики в психическом статусе пациентов, совершивших суицидную попытку. Так доля случаев депрессивного синдрома у обследованных пациентов составила 48,6 %, тревожно-депрессивного – 29,3 %, галлюцинаторно-бредового – 10,1 %, бредового – 5,5 %, обсессивно-компульсивного – 6,4 %. Таким образом, суицидное поведение в большей степени определялось не столько формой психического расстройства, сколько его синдромальной структурой.

Таблица 1

Перечень психических расстройств, осложнившихся суицидом

Наименование расстройств	Код МКБ-10	Абс.	%
Органические психические расстройства	F 0	20	18,3
Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	F 1	9	8,3
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	F 2	33	30,3
Аффективные расстройства	F 3	11	10,1
Невротические расстройства	F 4	28	25,7
Расстройства личности	F 6	8	7,3

В таблице 2 представлена структура суицидных попыток по способу их совершения. Данные, приведенные в таблице, свидетельствуют о значительной представленности в структуре повреждений сочетанных травм (кататравма, дорожно-транспортные травмы), кроме того, можно отметить вероятность возникновения системных состояний измененного метаболизма вследствие длительного голодания. Тяжесть подобных состояний определяется соматической мультиморбидностью. В 12 наблюдениях (11,0 %) отмечались сочетанные суицидные попытки, включавшие, к примеру, отравления в сочетании с колото-резаными самоповреждениями либо попытками самоудушения, что также приводило к сочетанным повреждениям.

Таблица 2

Способы совершения суицидных попыток обследованными пациентами

Варианты суицидных попыток	Абс.	%
Пероральное отравление	33	31,2
Внутривенное введение токсичных субстанций (воздуха)	4	3,7
Кататравма	18	16,5
Самоудушение	19	17,4
Колотые (резаные) самоповреждения	40	36,7
Отказ от пищи	1	0,9
Умышленные дорожно-транспортные происшествия	3	2,8
Самоутопление	2	1,8
Самопричинение травмы тупым предметом	1	0,9

Анализ степени тяжести состояния пациентов вследствие суицидных попыток показал, что в 36 наблюдениях (33,0 %) их состояние при поступлении в стационар расценивалось как удовлетворительное, объем ограничивался первой медицинской помощью. После непродолжительного на-

блюдения пациенты госпитализировались в психиатрическое отделение для оказания психиатрической помощи. В 59 наблюдениях (54,1 %) тяжесть состояния была расценена как средняя. В 14 наблюдениях (12,8 %) отмечались состояния тяжелой степени. Обобщенная оценка тяжести состояния по шкале GAF показала, что среднее значение тяжести состояния составило  $14,8 \pm 4,7$  баллов. При этом тяжесть во многом обуславливалась наличием суицидального поведения. При анализе ранговой корреляции удалось выявить статистически значимую ( $p < 0,05$ ) корреляционную связь между общей тяжестью психического состояния и тяжестью соматического состояния вследствие совершенной суицидной попытки. Однако сама связь, согласно критерию Чеддока, была расценена как очень слабая ( $r = 0,278$ ). По всей видимости, выбор способа суицида и тяжесть самоповреждений определяются не только клиническими и уровневными характеристиками психического расстройства, но и личностными, социокультуральными, а также гендерными факторами, отмечаемыми в научной литературе [1, 3].

Структура неотложной медицинской помощи, оказанной обследованным пациентам вследствие совершенных суицидных попыток, представлена в таблице 3. Данные, приведенные в таблице, позволяют судить о том, что в 100 % случаев обследованные пациенты нуждались в неотложной психиатрической помощи. В структуре неотложной специализированной помощи соматического профиля преобладали виды помощи токсикологического, хирургического и травматического профиля. В 15 наблюдениях (13,8 %) пациенты нуждались в неотложной помощи сразу нескольких профилей.

Таблица 3

Структура неотложной медицинской помощи, оказанной обследованным пациентам и число пациентов, охваченных специализированной помощью (по видам)

Виды специализированной помощи	Абс.	%
Психиатрическая помощь	109	100
Наркологическая помощь	9	8,3
Травматологическая помощь	40	36,7
Токсикологическая помощь	37	33,9
Реанимационные мероприятия	14	12,8
Помощь по абдоминальной хирургии	3	2,8
Помощь по торакальной хирургии	2	1,8
Нейрохирургическая помощь	9	8,3

Виды специализированной помощи	Абс.	%
Помощь по челюстно-лицевой хирургии	2	1,8
Неотложная трансфузионная терапия	2	1,8
Неврологическая помощь	8	7,3
Диетологическая помощь	1	0,9

Наличие коморбидного статуса у пациентов с суицидальным поведением в постсуицидный период определяло необходимость многопрофильного подхода к лечению. В связи с этим у 76 обследованных пациентов (69,7 %) первый этап оказания медицинской помощи проходил в условиях соматопсихиатрического отделения. При этом объем психиатрической помощи определялся структурой ведущего синдрома и лимитировался тяжестью соматического состояния. Последний фактор, к примеру, определял ограниченность применения препаратов из группы антидепрессантов на данном этапе. Исключение составляли антидепрессанты с низким риском возникновения побочных эффектов в соматической сфере (Миансерин), назначение которых осуществлялось в малых дозах. Основу фармакотерапии составляли препараты бензодиазепиновой группы, а также нейролептики с низким профилем токсичности (Хлорпротиксен, Кветиапин). Ноотропная и метаболическая терапия, напротив, применялась в высоких дозировках, в сочетании с инфузионной терапией. Возможность проведения психотерапии на начальном этапе была также снижена из-за условий пребывания пациента в многоместной палате и наличия строгого постельного режима. Кроме того, выраженная соматогенная астенизация обуславливала функциональное ослабление мнестических процессов, что снижало эффективность закрепления психотерапевтических установок. Предпочтение на данном этапе отдавалось методикам рациональной психотерапии, направленной на формирование критично-негативного отношения к совершенной суицидной попытке. Врачи соответствующих специальностей (хирурги, терапевты, токсикологи и др.) осуществляли сопровождение и консультирование пациентов в зависимости от характера телесных повреждений или особенностей коморбидной соматической патологии.

Значительная часть госпитализированных в соматопсихиатрическое отделение пациентов (58 человек – 76,3 %) была выписана под амбулаторное наблюдение психиатра по месту жительства. Необходимость перевода в психиатрические стационары возникла в 16 случаях (21,1 %), критерием перевода служила редукция соматической патологии. В 2 наблюдениях (2,6 %) пациентов переводили в соответствующее профильное соматиче-

ское отделение, критерием перевода служила редукция психической патологии.

Часть пациентов, 18 человек (16,5 %), проходили лечение в токсикологическом отделении и были выписаны домой вследствие быстрой редукции психической симптоматики и устранения признаков интоксикации. Данную категорию, как правило, составляли больные, совершившие суицидную попытку отравления на фоне кратковременной аффективной реакции, отягощенной в 9,2 % наблюдений алкогольным опьянением. У 15 пациентов (13,8 %) незначительный характер телесных самоповреждений позволял проводить лечение непосредственно в условиях психиатрического стационара.

### **Заключение**

В данном исследовании впервые проведен анализ лечения психических расстройств, осложненных суицидным поведением, с позиций коморбидного подхода. Анализ результатов исследования показывает такие особенности популяции пациентов с коморбидной патологией вследствие суицидной попытки, как: широкий спектр психических расстройств с четко очерченной синдромальной структурой, сочетающейся с суицидальным поведением; многомерный характер формирования суицидального поведения, исход которого зависит не только от характера психической патологии, но и других социокультуральных и гендерных факторов; полиморбидный характер повреждений вследствие совершённых суицидов; широкий спектр специализированной неотложной помощи, в которой нуждаются пациенты данной категории. Лечение пациентов с психосоматической коморбидностью, сформировавшейся вследствие суицидального поведения, определяется взаимным патопластическим влиянием патологии в психической и соматической сферах и имеет ряд особенностей, обусловленных как соматической ослабленностью, так и условиями пребывания в отделениях соответствующего профиля. Наиболее оптимальной представляется тактика лечения, построенная на объединении специалистов, соответствующих профилю сформировавшейся коморбидной патологии. В рамках такого объединения лечащим врачом является специалист того профиля, который определяет тяжесть состояния пациента на текущий момент (психическое расстройство или соматическая патология). Остальные специалисты выполняют функцию сопровождения и консультирования. При изменении клинического состояния больного, в рамках такой схемы возможна быстрая передача больного на курацию специалисту соответствующего профиля.

## Литература

1. Бохан Н.А., Стоянова И.Я., Счастный Е.Д., Королев А.А. Патопсихологические характеристики пациентов с двойным диагнозом в контексте суицидального поведения // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 2 (15). – С. 55–59.
2. Горбунова Н.А. О кратковременных формах психогенных расстройств у больных суицидальным поведением в практике скорой медицинской помощи // Психическое здоровье населения России. – М.-Ижевск, 1994. – С. 105–108.
3. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). – М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского». – 2010. – 232 с.
4. Положий Б.С., Васильев В.В. Суицидальное поведение женщин // Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2019. – С. 262–287.
5. Федеральная служба государственной статистики (территориальный орган по Воронежской области) [Электронный источник]. URL: <https://voronezhstat.gks.ru/news/document/98165> (дата обращения: 18.06.2021).
6. Hoyer E.H., Olesen A.V., Mortensen P.B. Suicide risk in patients hospitalized because of an affective disorder: a follow-up study, 1973–1993 // J. Affect. Disord. – 2004. – Vol. 78. – P. 209–217.
7. Kryszynska K. Post-Traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review / K. Kryszynska, D. Lester // Arch. Suicide Res. – 2010. – Vol. 14. – P. 1–23.
8. The Global Assessment of Functioning Scale // Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4-th edn. (DSM IV) 1994, American Psychiatric Association Washington, DC.
9. World Health Organization. WHO MiND bank: More Inclusiveness Needed in Disability and Development [Internet]. Geneva (Switzerland): World Health Organization; [2020 09 03]. URL: <http://www.mindbank.info> (дата обращения: 29.06.2021).

Поступила 26.08.2021

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

**Для цитирования.** Краснов А.А., Синенченко А.Г., Рутковская Н.С. Анализ многопрофильного подхода к лечению психических расстройств, осложненных суицидной попыткой // Вестник психотерапии. 2021. № 79 (84). С. 24–33.

---

ANALYSIS OF THE MULTIDISCIPLINE APPROACH TO THE TREATMENT OF MENTAL DISORDERS COMPLICATED BY SUICIDAL ATTEMPT

**Krasnov A.A.<sup>1</sup> Sinenchenko A.G.<sup>2</sup>, Rutkovskaya N.S.<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Kirov Military Medical Academy  
(Academica Lebedeva Str. 6, St. Petersburg, Russia);  
<sup>2</sup> St. Petersburg Research Institute of Emergency Medicine named after  
I.I. Dzhanlidze (Budapeshtskaya Str. 3, letter A, St. Petersburg, Russia).

✉ Alexey Alexandrovich Krasnov – Dr. Med. Sci. Associate Prof., Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str. 6, St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: dr.krasnov\_28@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8732-6390, eLibrary SPIN: 6682-9066;

Andrey Georgievich Sinenchenko – PhD Med. Sci., St. Petersburg Research Institute of Emergency Medicine named after I.I. Dzhanlidze, (Budapeshtskaya Str., 3, letter A, St. Petersburg, 192242, Russia); e-mail: andreysin2013@yandex.ru;

Natalya Sergeevna Rutkovskaya – lecturer, Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str. 6, St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: rutkovskayanatalia@yandex.ru.

**Abstract.** The article presents an analysis of the multidisciplinary medical care to patients who have made a suicide attempt. A total of 109 patients with mental disorders complicated by suicide attempts were examined. The average age of the surveyed was  $37.8 \pm 19.5$  years (38 men, 42 women). The nature of suicide attempts, the severity of the general condition and the severity of the generalized mental state (according to the GAF scale), the structure of comorbidity of mental and somatic pathology were assessed. A wide range of mental pathology which complicated by suicidal attempts, was revealed, included the main diagnostic categories of ICD-10, regardless of the while mental disorder nature, exacted syndromes structure of the clinical picture was noted with a predominance of depressive (48.6 %) and anxiety-depressive (29.3 %) syndromes. The average value of the severity of the mental state on the GAF scale was  $14.8 \pm 4.7$  points, while a very weak ( $r = 0.278$ ) statistically significant ( $p < 0.05$ ) correlation was found between the overall severity of the mental state and the severity of the somatic state due to perfect suicide attempt. The features of psychosomatic comorbidity, which determine the nature of suicidal behavior, the volume of psychiatric care and the tactics of managing patients of this category in a hospital setting, have been revealed.

**Keywords:** mental disorders, suicidal behavior, comorbid conditions.

## References

1. Bohan N.A., Stojanova I.Ja., Schastny, E.D., Korolev A.A. Patopsichologicheskie karakteristiki pacientov s dvojnym diagnozom v kontekste suicidalnogo povedenija [Patopsychological characteristics of patients with a double diagnosis in the context of suicidal behavior]. *Suicidologija* [Suicidology]. 2014. Vol. 5, N 2 (15). Pp. 55–59. (In Russ.)
2. Gorbunova, N.A. O kratkovremennyh formah psihogennyh rasstrojstv u bolnyh suicidalnym povedeniem v praktike skoroj medicinskoj pomoshhi [On short-term forms of psychogenic disorders in patients with suicidal behavior in the practice of emergency medical care]. *Psihicheskoe zdorov'e naselenija Rossii* [Mental health of the Russian population]. Moskva–Izhevsk. 1994. Pp. 105–108. (In Russ.)

3. Polozhij B.S. Suicidalnoe povedenie (kliniko-epidemiologicheskie i jetnokul'turalnye aspekty) [Suicidal behavior (clinical-epidemiological and ethnocultural aspects)]. Moskva. 2010. 232 p. (In Russ.)

4. Polozhij B.S., Vasilev V.V. Suicidalnoe povedenie zhenshhin [Suicidal behavior of women]. Nacionalnoe rukovodstvo po suikidologii [National Guide to Suicidology/ed. B.S. Posozhego]. Ed. : B.S. Polozhego. Mpskva. 2019. Pp. 262–287. (In Russ.)

5. Federalnaja sluzhba gosudarstvennoj statistiki (territorial'nyj organ po Voronezhskoj oblasti) [Federal State Statistics Service (territorial body for the Voronezh region)]. URL: <https://voronezhstat.gks.ru/news/document/98165> (In Russ.)

6. Hoyer E.H., Olesen A.V., Mortensen P.B. Suicide risk in patients hospitalised because of an affective disorder: a follow-up study, 1973–1993. *J. Affect. Disord.* 2004. Vol. 78. Pp. 209–217.

7. Krysinska K., Lester D. Post-Traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. *Arch. SuicideRes.* 2010. Vol. 14. Pp. 1–23.

8. The Global Assessment of Functioning Scale // Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4-th edn. (DSM IV) 1994, American Psychiatric Association Washington. DC.

9. World Health Organization. WHO MiND bank: More Inclusiveness Needed in Disability and Development [Internet]. Geneva (Switzerland): World Health Organization; [2020 09 03]. URL: <http://www.mindbank.info>.

Received 26.08.2021

**For citing.** Krasnov A.A., Sinenchenko A.G., Rutkovskaya N.S. Analiz mnogoprofilnogo podhoda k lecheniyu psihicheskikh rasstrojstv, oslozhnennyh suikidnoj popytkoj // *Vestnik psikhoterapii.* 2021. № 79. Pp. 24–33. **(In Russ.)**

Krasnov A.A., Sinenchenko A.G., Rutkovskaya N.S. Analysis of the multidiscipline approach to the treatment of mental disorders complicated by suicidal attempt. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2021. № 79. Pp. 24–33.