

УДК 616.89+616.85+851 (575.2) (04)

**К ВОПРОСУ О КОРРЕКТНОЙ ТАКТИКЕ  
ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СУИЦИДАЛЬНОЙ НАСТРОЕННОСТИ  
У БОЛЬНОГО В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*В.И. Тен* – канд. мед. наук

---

Identification of depression within internal practice of physicians is currently an acute topic. An experience of pilot population research informs about a strong lack of diagnostic skills of expressive depression in particular in terms of social danger level in diagnosed suicidal intention. The article is oriented to compensat the information deficit of physicians of Family Medicine Center.

Одним из диагностических критериев депрессии в МКБ-10 является суицидальная настроенность больного. В случае ее положительной регистрации возрастает риск социально опасных действий в отношении собственной личности и окружающих со стороны подобных лиц. Согласно существующим до настоящего времени нормативным документам и принятому в 1999 г. республиканскому «Закону о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при их оказании» [1], выявление реальной суицидальности является основанием для недобровольной госпитализации гражданина в специализированное психиатрическое отделение закрытого типа. При проведении пилотажного популяционного обследования индекса распространенности депрессии среди пациентов центров семейной медицины г.Бишкека регистрация данного критерия наблюдалась в значительном количестве случаев (24,1%, или 5846 чел.). Даже в случае элиминации определенного количества больных с некорректной или недобросовестной диагностикой суицидальной настроенности априорно результаты остаются впечатляющими. Создается парадоксальная ситуация: согласно нормативам, всех таких пациентов необходимо госпитализировать в стационар закрытого типа, что представляется неадекватным и невы-

полнимым чисто технически. Вероятнее всего, речь идет о недостаточно качественной диагностике суицидальности и об отсутствии дифференцированных представлений среди семейных врачей о природе данного феномена.

Известно, что основной прямой или опосредованной причиной суицида является депрессия [2]. В значительно меньшей степени приходится иметь дело с другими причинами: импульсивным суицидом, оппозиционным, осознанным суицидом по религиозным или идеологическим мотивам, наконец, может иметь место и вынужденный (недобровольный) суицид. Количественные показатели не приводятся в силу отсутствия направленных исследований в нашем регионе, классификация построена чисто эмпирически на основании опыта клинической практики Республиканского центра психического здоровья (РЦПЗ).

Для регистрации соответствующего критерия депрессии необходимо дифференцированно рассматривать степень выраженности суицидальной настроенности и ее протективных механизмов, реалистичность предполагаемых к использованию способов, степень убежденности больного в правомерности и необходимости суицида. Все эти параметры обязательно должны уточняться врачами-интернистами для корректной регистрации симпто-

ма. Однако существуют ложные опасения в том, что подобный расспрос может якобы индуцировать больного. В результате врачи обычно ограничиваются лишь формальным опросом из-за чего возникает отмеченная выше гипердиагностика.

*Степень выраженности суицидальной настроенности.*

Условно можно выделить несколько состояний в зависимости от нарастания риска социально опасных действий, связанных с суицидом:

- Парасуицид (демонстративный суицид). В данном случае речь идет о вербализованных угрозах совершения суицида или даже попытках его совершения (пользуясь юридической терминологией) «негодными средствами» (которые в реальности приводят к летальному исходу крайне редко). Основной целью парасуицида является малоосознаваемая попытка манипулирования в системе межличностных отношениях, что в какой-то степени может рассматриваться как своеобразный «психологический шантаж». В интернальной практике при получении сведений о парасуициде можно делать вывод о легкой степени выраженности депрессивной симптоматики, а следовательно, регистрировать данный диагностический критерий как положительный не рекомендуется. Отчетливо выраженными являются протективные механизмы суицида (см. ниже).

- Пассивная суицидальность. Больной говорит о появляющихся у него временами мыслях о нежелании жить (следует обратить внимание на семантическую разницу высказываний о «нежелании жить» и «желании умереть»). Никаких конкретных реальных действий пациент не обдумывает, поэтому позиция его пассивно-предположительная («хорошо было однажды уснуть и не проснуться, или попасть случайно под машину и сразу на смерть и т.п.»). Обычно выраженными остаются протективные механизмы. Мысли о смерти не носят сверхценный характер, поэтому в интернальной практике подобные высказывания свидетельствуют лишь о необходимости медикаментозной коррекции депрессии. Рекомендуется обращение за консультацией к специалисту в области психического здоровья, однако пассивная суицидальность не

является основанием для регистрации соответствующего критерия депрессии как положительного. При легкой и умеренной депрессии чаще всего регистрируются именно эти условно выделенные варианты.

- Реалистичные суицидальные намерения или попытки суицида в анамнезе больного либо его ближайших родственников. Высказывания свидетельствуют о конкретных намерениях, которые носят выполнимый характер для данного пациента. По конкретным предполагаемым способам суицида во многом можно судить о реалистичности суицидальных намерений (следует помнить о возможности конкретных способов заведомо негодными средствами, которые свидетельствуют о парасуициде – см. выше). Выявление подобных намерений является показанием для ургентного обращения за специализированной помощью и помещения больного в психиатрический стационар закрытого типа. Наиболее часто реальная суицидальность отмечается при тяжелой депрессии.

- Расширенный суицид. Он представляет собой наиболее выраженную социальную опасность для больного и его ближайшего семейного окружения. Уровень депрессивного искажения восприятия мира таков, что у больного создается убежденность в том, что не только ему самому, но и его близким грозят неизмеримые страдания или угроза. И он принимает решение покончить одновременно не только с собой, но и с их жизнью (невольно вспоминаются события февраля 2003 г. на станции метрополитена в Южной Корее, где самоубийство одного человека стало причиной пожара, повлекшего смерть нескольких сотен других граждан). Безусловно, данный вариант является ургентным психиатрическим состоянием и находится вне сферы профессиональной компетенции врачей общего профиля.

*Протективные механизмы.*

Под ними понимаются факторы психологической природы, препятствующие суицидальным действиям [3]. Они могут иметь социальную значимость, быть связанными с индивидуальными механизмами регуляции поведения или с особенностями эмоционального реагирования. Протективная значимость каждого фактора во многом зависит от индивиду-

альных личностных особенностей и специфики ситуации в каждом конкретном случае. По данным литературы, в число протективных механизмов включаются:

Страх смерти, который большинством психологов рассматривается как один из наиболее мощных механизмов, поскольку в основе его лежит такой базальный биологический инстинкт, как инстинкт самосохранения.

Страх боли или страх перед неизвестностью. Их защитная функция во многом зависит от особенностей индивидуальной картины восприятия мира. При депрессии обычно полностью ингибированными оказываются такие особенности личностно-средового взаимодействия, как интерес и любопытство перед новым и непережитым. Поэтому все неизвестное вызывает только тревогу и страх.

Моральные или религиозные запреты. Практически в любой из мировых религиозных конфессий (иудаизм, буддизм, христианство и ислам) существует запрет на суицид. Аналогичным образом в любой культуре присутствует моральная табуированность самоубийства.

Отчетливую социальную природу имеют также такие механизмы, как чувство привязанности к членам семьи, страх навлечь социальное осуждение на репутацию всей семьи после совершения суицида.

Индивидуальные нормативы (чувство долга перед семьей, работой, обществом, делом, в конце-концов перед лечащим врачом) также могут выполнять роль протективных механизмов.

Протективные механизмы достаточно выражены при легкой и в меньшей степени – при умеренной депрессии. При тяжелой депрессии они почти полностью редуцируются прежде всего в связи со своеобразной интернализацией депрессивного аффекта, утратой связи с реальностью, что повышает риск суицида.

*Реалистичность предполагаемых способов суицида.*

При выявлении суицидальной настроенности обязательным представляется уточнение возможных способов. Следует оценить их реалистичность и выполнимость для данного конкретного индивида. Наиболее реальными намерениями считаются смерть через повеше-

ние, попытка выбраться с большой высоты, попытка утопиться посредством груза и т.п. При этом учитывается намеренное стремление больного использовать ситуацию, когда никто не сможет помешать суициду. Реалистичность способов включает и такие параметры, как исполнимость попытки самоубийства для данного конкретного индивида в конкретной ситуации (попытки застрелиться для обычного гражданина затруднительны чисто по внешним причинам – огнестрельное оружие доступно далеко не каждому). В то же время некоторые способы могут рассматриваться как заведомо нереалистичные: повреждение поверхностных вен в области запястья обычно не приводит к летальной кровопотере, поскольку кровь достаточно быстро сворачивается; попытки выпить уксусную эссенцию также неэффективны, ибо обычно наступает рефлекторный спазм пищевода, препятствующий поступлению эссенции в желудок, и т.п. По данным зарубежных авторов [4], среди женщин в двух третях случаев суицид осуществлялся посредством приема таблеток, которые больные начинали накапливать загодя (т.е. имела место направленная подготовка суицида). В нашем случае прием токсической дозы препаратов также остается ведущим способом совершения самоубийства. Как бы то ни было, при наличии высказываний относительно суицидальных намерений врачи ЦСМ должны обеспечить консультацию больного с психиатром.

*Степень убежденности больного в правомерности и необходимости суицида.*

При легкой и умеренной депрессии достаточно выражены протективные механизмы, поэтому для совершения суицидальной попытки необходимы дополнительные факторы (острое стрессовое воздействие, импульсивное поведение, условия, благоприятствующие суициду и др.). В случаях умеренной депрессии мысли о суициде носят эпизодический характер и рассматриваются как один из возможных, но мало вероятных исходов. При тяжелой депрессии мысли о суициде приобретают сверхценную окраску, постоянно возникающая в сознании больного. Отмечается убежденность больного в необходимости и неизбежности суицида (его безальтернативности), сомнения в правомерности такого шага обыч-

но отсутствуют, смерть рассматривается либо как освобождение от душевных страданий, либо как заслуженное наказание за мнимые или реалистичные прегрешения.

Депрессия является наиболее частой причиной суицида в связи с ее когнитивными и биологическими механизмами: чувство вины, идеи собственной малоценности. Однако все же наибольшую социальную опасность представляют психотические расстройства, связанные с депрессией (бред греховности, грядущих несчастий и др.).

*Особенности взаимодействия с больными, страдающими суицидальными идеями.*

Врачам-интернистам следует помнить о наличии определенных некорректных представлений, возникающих, прежде всего, вследствие отсутствия адекватной информированности о природе и механизмах формирования суицидальных мыслей.

- Существуют ложные представления, что депрессивного больного нельзя подробно расспрашивать о суицидальной настроенности, поскольку это гипотетически может индуцировать его в соответствующем направлении. Такое представление неверно – если суицидальная настроенность существует, то она есть вне зависимости от расспросов врача.

- Нельзя рассматривать суицидальные высказывания больного исключительно как признак глубоких расстройств психотического уровня с выраженным искажением восприятия мира. По своей структуре депрессия даже на легком уровне может формировать мысли о нежелании жить или бесперспективности дальнейшего существования.

- В беседе с больным следует воздерживаться от нескольких неэффективных тактик:

- нельзя упрекать или стыдить больного за суицидальные высказывания, поскольку обычно это усиливает идеи виновности;

- не следует настойчиво добиваться обещания не совершать суицид: во-первых, это бесполезно (перед смертью все обещания девальвируются); во-вторых, эмоциональные действия (суицид) и когнитивные построения (обещания) обычно не стыкуются; наконец, подобные уговоры лишь укрепляют больного в представлениях о серьезной психической патологии;

- нельзя использовать в качестве аргумента утверждение о том, что врач несет юридическую ответственность за жизнь больного. Обычно это приводит к утрате доверия к врачу (он беспокоится только о своей безопасности) и, соответственно, ко всем последующим доводам [3].

В заключение следует отметить, что представленная статья не носит исследовательского характера. Основной ее целью является представление информации врачам, не специалистам в области психического здоровья, которая может быть полезной при столкновении с суицидальными высказываниями депрессивного больного и поможет им выбрать корректную тактику поведения.

#### *Литература*

1. Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. Закон Киргизской Республики, принятый Законодательным собранием 25 мая 1999 г.
2. *Нуллер Ю.Л.* Депрессии и деперсонализации. – Л.: Медицина, 1981.
3. *Соложенкин В.В. и др.* Депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства (клиника, диагностика). – Бишкек, 1998.
4. *Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р.* Оксфордское руководство по психиатрии. – Киев: Сфера, 1997. – Т.2.