

*М. Е. Водка*

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ НАМЕРЕННЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И СИНДРОМОМ ПОТЕРИ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛ СУИЦИДАЛЬНЫХ ИНТЕНЦИЙ ПИРСА И ОЦЕНКИ РИСКА СУИЦИДА ПАТТЕРСОНА**

*М. Є. Водка*

**Результати вивчення навмисних самоушкоджень у жінок з депресивними розладами і синдромом втрати плода в анамнезі за допомогою шкал суїцидальних інтенцій Пірса та оцінки ризику суїциду Паттерсона**

*М. Ye. Vodka*

**The results of studying deliberate autolesion with women suffering from depressive syndromes and fetal loss syndrome in case history using Piers scale of suicidal intentions and Patterson scale of suicidal risks estimation**

С целью изучения клинических характеристик самоповреждений было проведено исследование 54 пациенток с депрессивными расстройствами аффективного регистра, синдромом потери плода и намеренным нефатальным самоповреждением в анамнезе с помощью Шкалы суицидальных интенций Пирса (PSIS) и Шкалы оценки риска суицида Паттерсона (SPS). Установлено, что все намеренные самоповреждения в изученной выборке причинялись двумя основными способами: самотравмированием (X76; X78; X83 по критериям МКБ-10) и самоотравлением (X60; X61; X69). Самотравмирование являлось преобладающим способом самоповреждения (наблюдалось в 3,15 раза чаще). В структуре намеренного самотравмирования преобладали самопорезы (X78) ( $p < 0,05$ ). Для самоотравления в изученной выборке использовались: парацетамол, аспирин, седативные препараты, моющее средство для посуды, шампунь. Неопиоидные анальгетики, жаропонижающие и противоревматические лекарственные препараты (парацетамол, аспирин) являлись преобладающими средствами самоотравления ( $p < 0,05$ ). Все установленные намеренные самоповреждения были реализованы респондентами в рамках парасуицидального поведения, которое характеризовалось «низким» уровнем суицидальных интенций.

**Ключевые слова:** женщины, депрессивные расстройства, синдром потери плода в анамнезе, парасуицидальное поведение

З метою вивчення клінічних характеристик самоушкоджень було проведено дослідження 54 пацієнток з депресивними розладами афективного регістра, синдромом втрати плода та навмисним нефатальним самоушкодженням в анамнезі за допомогою Шкали суїцидальних інтенцій Пірса (PSIS) та Шкали оцінки ризику суїциду Паттерсона (SPS). Встановлено, що усі навмисні самоушкодження у вивченій вибірці завдавалися у два основних способи: самотравмування (X76; X78; X83 за критеріями МКБ-10) і самоотруєння (X60; X61; X69). Самотравмування було найбільш поширеним способом самоушкодження (спостерігалось в 3,15 рази частіше). У структурі навмисного самотравмування переважали самопорізи (X78) ( $p < 0,05$ ). Для самоотруєння у вивченій вибірці застосовувалися парацетамол, аспірин, седативні препарати, миючий засіб для посуду, шампунь. Неопіодні анальгетики, жарознижуючі та протиревматичні лікарські препарати (парацетамол, аспірин) переважали серед засобів самоотруєння ( $p < 0,05$ ). Усі встановлені навмисні самоушкодження були реалізовані респондентами в межах парасуїцидальної поведінки, яка характеризувалася «низьким» рівнем суїцидальних інтенцій.

**Ключові слова:** жінки, депресивні розлади, синдром втрати плода в анамнезі, парасуїцидальна поведінка

With the aim of studying clinic characteristics of autolesion the research of 54 patients with depressive disorders of affective register, fetal loss syndrome and deliberate non-fatal autolesion in case history using Piers scale of suicidal intentions (PSIS) and Patterson scale of suicidal risks estimation (SPS). It was stated that all deliberate autolesion in the sample was made in two main ways: self-injury (X76; X78; X83 according to the criteria МКБ-10) and self-poisoning (X60; X61; X69). Self-injury was the prevailing way of autolesion (3.15 times more often). In the structure of deliberate autolesion self-slits were prevailing (X78) ( $p < 0.05$ ). For self-poisoning in the given sample there were studied: paracetamol, aspirin, sedative medicines, washing-up cleanser, shampoo. Non-opioid analgesics, antipyretic and antirheumatic drugs (paracetamol, aspirin) were the predominant means of self-poisoning ( $p < 0.05$ ). All established intentional autolesion was realized by respondents within the framework of parasuicidal behavior, which was characterized by a "low" level of suicidal intentions.

**Key words:** women, depressive disorders, fetal loss syndrome in case history, parasuicidal behavior

Депрессивный синдром является наиболее суицидоопасным среди всех психопатологических синдромов [1, 2]. Согласно данным литературы, до 30,00—50,00 % депрессивных больных предпринимают суицидальные попытки, в 10,00—15,00 % случаев заканчивающиеся летальным исходом [3—6]. В связи с задачами превенции предпринимаются постоянные усилия по изучению степени суицидоопасности разных компонентов депрессии: тоски, тревоги, агитации, дисфории, деперсонализации, идей вины [3, 5—8], интенсивности суицидальных мыслей [9]. Но, несмотря на активное изучение самоповреждающего поведения при депрессии и практическое внедрение разнообразных подходов к профилактике самоубийств, уровень суицидов при депрессивном синдроме остается высоким [9]. Существующее положение вещей косвенно указывает на недостаточность мер оценивания

риска развития суицидального поведения при депрессивном синдроме в целом и в отдельных клинических контингентах в частности. Так, остается недостаточно изученной феноменология намеренных (неслучайных) самоповреждений и степень суицидального риска в группе женщин с депрессивными расстройствами и синдромом потери плода в анамнезе. Недостаточность таких знаний затрудняет разработку системных мер превенции самоповреждений у больных с депрессивными расстройствами в указанном контингенте.

Цель исследования: изучить способы намеренных самоповреждений, обстоятельства их причинения, потенциальную летальность самоповреждений, декларируемые намерения при причинении самоповреждений и реакцию на совершенное самоповреждение у женщин с депрессивными расстройствами аффективного регистра, синдромом потери плода и намеренным несуйцидальным самоповреждением в анамнезе.

Исследование выполнено на кафедре психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина.

На условиях информированного согласия в исследовании приняли участие 54 пациентки с депрессивными расстройствами аффективного регистра, синдромом потери плода и намеренным нефатальным самоповреждением в анамнезе, находящиеся в режиме амбулаторного наблюдения в КУОЗ «Областной психоневрологический диспансер», г. Харьков.

Все обследованные — жительницы г. Харькова и Харьковской области. Средний возраст обследованных составил  $28,90 \pm 2,2$  лет.

Методы исследования: клиничко-психопатологический (с применением критериев МКБ-10 для верификации депрессивных расстройств и самоповреждений); клиничко-суицидологический (с применением Шкалы суицидальных интенций Пирса — Pierce Suicide Intent Scale, Pierce, D. W., 1977 [10] и Шкалы оценки риска суицида Паттерсона — The SAD PERSONS Scale, Patterson et al., 1983 [10]); методы математической статистики. Статистический анализ данных осуществляли с помощью статистического пакета SPSS-14 for Windows.

Все намеренные (умышленные) самоповреждения у пациенток были идентифицированы в соответствии с шифрами рубрики «Умышленное самоповреждение» (Х60 — Х84) МКБ-10; также были изучены частоты различных самоповреждений. Результаты этого изучения отражены в таблице 1. Намеренное самоотравление было отмечено у 24,07 %, а намеренное самотравмирование — у 75,93 % пациенток. Намеренное самотравмирование преобладало ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 1. Намеренные самоповреждения у женщин с депрессивными расстройствами и синдромом потери плода в анамнезе**

Намеренные самоповреждения по МКБ-10	Абс.	%
Намеренное самоотравление	13	24,07 <sup>1</sup>
Намеренное самоповреждение с использованием неопиоидных анальгетиков, жаропонижающих и противоревматических лекарственных препаратов и сознательное повреждение организма их действию (Х60)	6	11,11 <sup>3</sup>
Намеренное самоповреждение с использованием противосудорожных, седативно-снотворных, антипаркинсонических и психотропных препаратов и сознательное повреждение организма их действию (Х61)	3	5,56 <sup>4</sup>
Намеренное самоотравление с использованием других и неуточненных химикатов и вредных веществ, а также сознательное повреждение организма их действию (Х69)	4	7,41 <sup>5</sup>
Намеренное самотравмирование	41	75,93 <sup>2</sup>
Намеренное самоповреждение огнем (Х76)	5	9,26 <sup>7</sup>
Намеренное самоповреждение острыми предметами (Х78)	20	37,04 <sup>6</sup>
Намеренное самоповреждение другими уточненными способами (Х83)	16	29,63 <sup>8</sup>

*Примечание.* При установлении достоверности различий между частотами использован  $\chi^2$  — критерий Пирсона (то же и в последующих таблицах). <sup>1-2</sup> —  $p < 0,05$ ; <sup>3-4</sup> —  $p < 0,05$ ; <sup>3-5</sup> —  $p < 0,05$ ; <sup>4-5</sup> —  $p > 0,05$ ; <sup>6-7</sup> —  $p < 0,05$ ; <sup>6-8</sup> —  $p < 0,05$

Среди всех случаев намеренного самоотравления на первом месте было «Намеренное самоповреждение с использованием неопиоидных анальгетиков, жаропонижающих и противоревматических лекарственных препаратов и сознательное повреждение организма их действию» (Х60) — 6 случаев, или 46,15 %; в структуре всех намеренных самоповреждений — 11,11 %. Пациенты с целью самоотравления при данной форме самоповреждения использовали парацетамол и аспирин в дозах, превышающих терапевтические (до десяти таблеток). На втором месте было «Намеренное самоотравление с использованием других и неуточненных химикатов и вредных веществ, а также сознательное повреждение организма их действию» (Х69) — 4 случая, или 30,77 %; в структуре всех намеренных самоповреждений — 7,41 %; в качестве отравляющего вещества в 2-х случаях было использовано моющее средство для посуды и в 2-х случаях — шампунь для волос (все — в объеме одного глотка). На третьем месте было «Намеренное самоповреждение с использованием противосудорожных, седативно-снотворных, антипаркинсонических и психотропных препаратов и сознательное повреждение организма их действию» (Х61) — 3 случая, или 23,08 %; в структуре всех намеренных самоповреждений — 5,56 %. Пациентки с целью самоотравления при данной форме самоповреждения использовали седативно-снотворные препараты в дозах, превышающих терапевтические (препарат «Персен», в дозе до 10 таблеток).

Среди случаев намеренного самотравмирования на первом месте было «Намеренное самоповреждение острыми предметами» (Х78) — 20 случаев, или 48,78 %; в структуре намеренных самоповреждений — 37,04 %. Пациенты осуществляли мелкие самопорезы предплечий (поперек длинника руки), которые не повредили сухожилия, нервы или кровеносные сосуды (наложения швов ни в одном случае не требовалось). Порезы наносились острыми предметами (бритвенным лезвием, осколком зеркала и т. п.). Во всех случаях потеря крови была незначительной. На втором месте среди всех случаев самотравмирования было «Намеренное самоповреждение другими уточненными способами (Х83) — 16 случаев или 39,02 %; в структуре намеренных самоповреждений — 29,63 %. В нашем исследовании при указанном типе самотравмирования были установлены: удары рукой по предметам домашнего интерьера (10 случаев, или 62,50 %), закусывание губ/внутренней поверхности щек (4 случая или 25 %), выдергивание у себя пряди волос (2 или 12,50 %). На третьем месте среди всех случаев самотравмирования было «Намеренное самоповреждение огнем (Х76)» — 5 случаев, или 12,20 %; в структуре намеренных самоповреждений — 9,26 %. В нашем исследовании при указанном типе самотравмирования были отмечены самоожоги ладони и предплечья ограниченной локализации (причинялись пламенем спички, тлеющей сигаретой).

Установлены средние значения Шкалы суицидальных интенций Пирса ( $3,00 \pm 0,00$  балла) и Шкалы оценки риска суицида Паттерсона ( $1,50 \pm 0,12$  балла) у женщин с депрессивными расстройствами, синдромом потери плода и намеренным самоповреждением в анамнезе.

Величина среднего шкального балла Шкалы суицидальных интенций Пирса в изученной выборке находилась в шкальном интервале 0—3 балла, который соотносится с «низким» уровнем суицидальных интенций [10]. Этот уровень, в свою очередь, соотносится с низким уровнем медицинского риска суицида, что дало основа-

Продолжение табл. 2

ние характеризовать все установленные у респондентов намеренные самоповреждения как «несуицидальные». В пользу несуицидальности самоповреждений говорит также величина среднего балла Шкалы оценки риска суицида Паттерсона, равная 1,5 баллам, которая соотносится со шкальным интервалом 0—2 балла, который в свою очередь, соотносится с «низким риском суицида» [10].

Характеристики обстоятельств совершения намеренных самоповреждений женщинами с депрессивными расстройствами и потерей плода в анамнезе отражает табл. 2. Из представленных данных следует, что полная изоляция при нанесении самоповреждения в группе женщин с депрессивными расстройствами и потерей плода в анамнезе отсутствовала. Все самоповреждения причинялись в местах, где присутствовало лицо, потенциально имеющее возможность прийти на помощь (вариант: такое лицо находилось вблизи места, где совершалось самоповреждение, либо была сохранена возможность телефонной связи с таким лицом). Расчет времени совершения самоповреждения во всех случаях предполагал высокую вероятность вмешательства третьих лиц (в частности, оказания необходимого объема медицинской или иной другой помощи). В большинстве случаев меры против собственного спасения женщинами изученной выборки не предпринимались. В 17 случаях (31,48 %) предпринимались пассивные меры (самоповреждение совершалось в одиночестве, в помещении, но доступ к помещению был свободен). Во всех случаях о самоповреждении пациентки сообщили лицу из окружения, т. е. предприняли активные действия по привлечению помощи (см. табл. 2).

Таблица 2. Характеристика обстоятельств совершения намеренных самоповреждений женщинами с депрессивными расстройствами и потерей плода в анамнезе (по результатам Шкалы суицидальных интенций Пирса)

Параметры Шкалы Пирса	Респонденты, n = 54		Содержание параметра
	абс.	%	
<b>Обстоятельства самоповреждения</b>			
Изоляция	37	68,52 <sup>1</sup>	Кто-либо присутствовал рядом
	17	31,48 <sup>2</sup>	Недалеко или телефонный контакт
	—	—	Никого рядом
Расчет времени	54	100,00	Возможно чье-то вмешательство
	—	—	Вмешательство маловероятно
	—	—	Вмешательство фактически невозможно
Меры против спасения	37	68,52 <sup>3</sup>	Не предпринимала
	17	31,48 <sup>4</sup>	Пассивные (одна в комнате, дверь не закрыта)
	—	—	Активные меры
Действия по привлечению помощи	54	100,00	Сообщила кому-либо о попытке
	—	—	Вступила в контакт с кем-либо, не сообщая о попытке
	—	—	Ни кому не сообщала и не контактировала

Параметры Шкалы Пирса	Респонденты, n = 54		Содержание параметра
	абс.	%	
Предшествующие «последние действия»	54	100,00	Не совершала
	—	—	Частичные приготовления
	—	—	Определенные планы (завещание, подарки, страховка)
Суицидальная записка	54	100,00	Нет
	—	—	Написана и порвана
	—	—	Написана и имеется в наличии

<b>Параметры самоотчета лиц, совершивших самоповреждение</b>			
Летальность	54	100,00	Считала, что действие не приведет к смерти
	—	—	Не была уверена в летальности действия
	—	—	Была уверена, что действие смертельно
Декларируемые намерения	54	100,00	Не хотела умирать
	—	—	Не уверена
	—	—	Хотела умереть
Подготовка	42	77,78 <sup>5</sup>	Действие импульсивно
	12	22,22 <sup>6</sup>	Обдумывала менее 1 часа
	—	—	Обдумывала менее 1 дня
	—	—	Обдумывала более 1 дня
Реакция на совершенное действие	54	100,00	Рада, что осталась жива
	—	—	Неопределенная или двойственная реакция
	—	—	Сожалеет, что осталась жива

<b>Медицинский риск</b>			
Прогнозируемый исход	54	100,00	Определенно выжила бы
	—	—	Смерть маловероятна
	—	—	Смерть вероятна или определена
Вероятность смерти при отсутствии медицинского вмешательства	54	100,00	Вероятность отсутствует
	—	—	Неопределенно
	—	—	Высокая вероятность смерти

Примечание: достоверность внутригрупповых различий: <sup>1-2</sup> —  $p < 0,05$ ; <sup>3-4</sup> —  $p < 0,05$ ; <sup>5-6</sup> —  $p < 0,05$

Предшествующие, так называемые «последние действия» перед самоповреждением, и «суицидальные записки» отсутствовали во всех случаях. Также во всех случаях степень летальности собственных действий респонденты оценивали как «низкую» («считали, что совершенное самоповреждение не приведет к смерти»). Все респонденты декларировали отсутствие намерения умереть. Осознанная подготовка к самоповреждению во всех случаях отсутствовала (решения о самоповреждении принимались в течение минут или нескольких десятков минут). Во всех случаях реакция на совершенный акт самоповреждения была критичной: респонденты радовались, что остались живы и сожалели о совершенном действии.

Проведенное исследование дало возможность сделать следующие обобщения.

Намеренные самоповреждения в изученной выборке причинялись двумя основными способами: самотравмированием (X76; X78; X83) и самоотравлением (X60; X61; X69). Самотравмирование являлось преобладающим способом самоповреждения ( $p < 0,05$ ). В структуре намеренного самотравмирования преобладали самопорезы (X78) ( $p < 0,05$ ). Для самоотравления в изученной выборке использовались парацетамол, аспирин, седативные препараты, моющее средство для посуды, шампунь. Неопиоидные анальгетики, жаропонижающие и противоревматические лекарственные препараты (парацетамол, аспирин) являлись преобладающими средствами самоотравления ( $p < 0,05$ ).

Все установленные намеренные самоповреждения были реализованы респондентами в рамках парасуицидального поведения. В пользу несуйцидальности причиненных самоповреждений говорят результаты изучения обстоятельств их причинения, данные самоотчета респондентов, отражающие такие параметры самоповреждения как летальность, декларируемые намерения, подготовка, реакция на совершенное действие, а также значения Шкалы суицидальных интенций Пирса и Шкалы оценки риска суицида Паттерсона.

#### Список литературы

1. Bertolote J. M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective // World Psychiatry. 2002. October. Vol. 1, № 3. P. 181—185.

2. Sartorius N. The burden of mood disorder. Progression in the treatment of depression // XXIII CINP Congress. 2002. P. 1—4.

3. Войцех В. Ф. Суицидология. Москва : Миклош, 2007. С. 120—131.

4. Кудрявцев И. А. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства // Суицидология. 2012. № 3. С. 10—14.

5. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина, 1988. С. 41—49.

6. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Козырев В. Н. Депрессии и суицидальное поведение // Депрессии при соматических и психических заболеваниях. Москва : МИА, 2003. С. 191—210.

7. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. Москва : «Когито-Центр», 2005. С. 213—214.

8. Понизовский А. М. Анализ основных подходов к пониманию суицидального поведения при депрессиях // Актуальные проблемы суицидологии: Труды Московского НИИ психиатрии. 1981. Т. 92. С. 150—167.

9. Васильев В. В., Ковалёв Ю. В., Имашева Э. Р. Суицидальные мысли при депрессивном синдроме // Суицидология. 2014. № 1 (14). С. 30—35.

10. Ласый Е. В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения. Минск : Белорусская медицинская академия последипломного образования, 2009. 46 с.

*Надійшла до редакції 04.07.2017 р.*

**ВОДКА Максим Євгенійович**, асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології ХНУ імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: v.i.ponomaryov@ukr.net

**VODKA Maksym**, Assistant of Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: v.i.ponomaryov@ukr.net