

СУИЦИДЕНТЫ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

П. В. Белоусов

*Психоневрологический диспансер №1
Управления здравоохранения ЗАО г.Москвы*

Исследования, посвященные связи суицидально-го поведения с соматическими заболеваниями, появились только в последние три десятилетия. Так, А.Г.Амбрумовой и В.А.Тихоненко [2] едва ли не впервые было показано, что состояние физического здоровья человека является одним из мотивов его суицидального поведения. Н.В.Конончук [4] доказала, что одним из факторов, способствующих появлению повторных суицидальных попыток, является наличие в анамнезе пациента тяжелых соматических заболеваний. Исследования, проведенные в 1990-х годах, продемонстрировали наличие тесных взаимосвязей между физическим здоровьем и риском самоубийства. В частности, В.А.Руженков [10] показал, что депрессивные реакции непсихотического уровня в психотравмирующих ситуациях наблюдались у пациентов задолго до начала у них язвенной болезни. С развитием язвенной болезни, протекающей с выраженными диспептическими и вегетативными расстройствами, повышалась чувствительность больных к внешним воздействиям, и само заболевание служило психотравмирующим фактором и усугубляло депрессивные переживания. В.А.Руженков установил, что суицидоопасная активность наиболее велика в первые два года после начала заболевания (57,1%), затем она снижается и вновь возрастает на отдаленных этапах течения язвенной болезни (к 7–11-му году болезни; 42,9% наблюдений) [10]. Л.А.Крыжановская [7] показала, что физические заболевания являются важным фактором в 11–51% случаев суицидов. Серьезные физические заболевания у любой категории больных являлись независимым фактором риска совершения суицида и способны увеличить фактор риска самоубийств у мужчин в большей степени, чем у женщин. По данным Л.А.Крыжановской, от 25% до 75% самоубийц, чьи суицидальные попытки завершились смертью, имели различную соматическую патологию.

Несмотря на то, что вопрос о влиянии соматического заболевания на течение и динамику психических расстройств, являющихся причиной суицидоопасного поведения, уже ставился в психиатрической литературе, его нельзя считать достаточно изученным. В исследовании нуждается связь

соматического заболевания и суицидальной активности. Особого внимания в этом плане заслуживают психосоматические расстройства.

Цель исследования – определить роль длительно протекающих соматических расстройств в формировании риска социально-психологической дезадаптации и суицидального поведения.

Материалы и методы

В исследование включено 136 пациентов в возрасте от 18 лет и старше. Пациенты были распределены на три группы: I – суициденты с соматической патологией (87 пациентов), II – суициденты без соматических заболеваний (24 пациента), III – пациенты с соматическими заболеваниями без суицидальных тенденций (25 пациентов). Пациенты I группы имели соматические заболевания, пациенты II группы не страдали соматическими заболеваниями, пациенты III группы имели соматическую патологию, но не имели выраженных психических расстройств. Как правило, у пациентов с соматической патологией диагностировалось несколько заболеваний. Среди обследованных суицидентов с соматической патологией были 33 мужчины (37,93%) и 54 женщины (62,06%); среди суицидентов без соматических заболеваний – 2 мужчин (8,33%) и 22 женщины (91,67%); среди пациентов с соматической патологией – 4 мужчин (16%) и 21 женщина (84%). Из исследования исключались пациенты, страдающие хроническим алкоголизмом. Диагностика соматических заболеваний осуществлялась в ГКБ №20 г.Москвы. В исследовании использован тест нервно-психической адаптации, разработанный в Отделении психопрофилактики и внебольничной психиатрии Психоневрологического научно-исследовательского института им.В.М.Бехтерева (С.-Петербург) [6]. Этот тест позволяет определить место индивида на континууме нервно-психической адаптации. Полюсами континуума являются практическое психическое здоровье, с одной стороны, и нозологически оформившаяся нервно-психическая патология или состояние предболезни. С другой стороны, тест позволяет распределить обследуемых лиц на группы психического здоровья. I группа – здоровые

(в исследовании отсутствовали); 2 группа – практически здоровых с благоприятными прогностическими признаками (с оптимальной адаптацией); 3 группа – практически здоровых с неблагоприятными прогностическими признаками (с непатологической психической дезадаптацией); 4 группа – с состоянием предболезни (с патологической психической дезадаптацией); 5 группа – с признаками нервно-психической патологии (болезненного состояния).

Результаты и обсуждение

Прежде всего, обратимся к анализу выраженности суицидального поведения у суицидентов с соматической патологией и без нее.

Как видно из табл. 1, у суицидентов с соматической патологией чаще ($p=0,0075$) обнаруживались мысли суицидального характера (64,36%), чем у суицидентов без соматических заболеваний (33,33%). У последних антивитальные переживания (размышления и фантазии о бессмысленности, «ненужности» жизни без четких представлений о собственной смерти, без конкретной аутоагрессивной (суицидальной) направленности) наблюдались чаще (25% – $p=0,0061$), чем у суицидентов с соматической патологией (5,74%). Попытки самоубийства встречались в обеих группах обследуемых без статистически значимых различий. Иными словами, у суицидентов с соматической патологией чаще фиксировались мысли суицидального характера, а антивитальные переживания встречались реже.

Несмотря на большую частоту суицидальных мыслей, суицидальная активность у суицидентов с психосоматическими заболеваниями оказалась выше (табл. 2). Последнее нашло отражение в повторных суицидальных попытках в прошлом.

Обнаруживаются различия между суицидентами с соматической патологией и пациентами с соматической патологией по возрасту начала заболевания.

Таблица 1

Распределение больных I и II групп по признаку суицидальной опасности

Суицидальная активность	Суициденты с соматической патологией (I) абс. (%)	Суициденты без соматической патологии (II) абс. (%)	p
Суицидальные мысли	56 (64,35%)	8 (33,33%)	0,0424
Суицидальные попытки	27 (31,05%)	10 (41,66%)	0,3983
Антивитальные переживания	4 (4,59%)	6 (25%)	0,0276

Таблица 2

Суицидальная активность больных I–III групп

Суицидальная активность	Суициденты с соматической патологией (I) Абс. (%)	Суициденты без соматической патологии (II) Абс. (%)	Пациенты с соматической патологией (III) Абс. (%)
Суицидальная попытка в прошлом	18 (20,68%)	2 (8,33%)	1 (4%)

Из табл. 3 видно, что начало психосоматического заболевания у суицидентов с соматической патологией, как правило, пришлось на молодой возраст (до 30 лет). Особенно часто заболевание начиналось в возрасте до 18 лет. Эта выявленная особенность дает основание считать, что соматическое заболевание, возникшее в этот период, нарушает последовательность формирования структур личности, приводит к асинхронным формированиям, создает дисгармонию в соотношении личностных особенностей и способствует психосоматическому развитию. Полученные данные соответствуют выводам Г.К.Ушакова [12], сделанным в ходе исследований пограничных нервно-психических расстройств.

Интересные данные дает анализ распределения суицидентов с соматической патологией, суицидентов без соматической патологии, а также пациентов с соматической патологией по преморбидным особенностям.

Из табл. 4 видно, что наименьшее число больных с нормотимическим преморбидом по сравнению с суицидентами без соматической патологии (25%) и пациентами с соматической патологией (40%) наблюдалось в группе суицидентов с соматической патологией (17,24%). Среди суицидентов с соматической патологией значительно доминировали личности с психастеническими и истероидными чертами, а с шизоидными чертами – среди суицидентов без соматических заболеваний (41,66%). Предста-

Таблица 3

Возраст начала заболевания у больных I и III групп

Начало заболевания	Суициденты с соматической патологией (I) Абс. (%)	Пациенты с соматической патологией (III) Абс. (%)
До 18 лет	32 (36,78%)	3 (12%)
18–24 лет	7 (8,04%)	1 (4%)
25–30 лет	6 (6,89%)	0 (0%)
31–36 лет	8 (9,19%)	1 (4%)
37–42 лет	11 (12,64%)	4 (16%)
43–70 лет	23 (26,43%)	16 (64%)
Итого	87 (100%)	25 (100%)

Таблица 4

Распределение суицидентов с соматической патологией и без нее, а также пациентов с соматической патологией по преморбидным особенностям

Структура личности*	Суициденты с соматической патологией (I) Абс. (%)	Суициденты без соматической патологии (II) Абс. (%)	Пациенты с соматической патологией (III) Абс. (%)
Нормотимическая	15 (17,24%)	6 (25,00%)	10 (40,00%)
Психастеническая	12 (13,79%)	2 (8,33%)	0
Стеническая	21 (24,14%)	6 (25,00%)	3 (12,00%)
Циклотимическая	5 (5,74%)	0	7 (28,00%)
Истероидная	18 (20,68%)	0	1 (4,00%)
Шизоидная	16 (18,39%)	10 (41,66%)	4 (16,00%)
Итого	87 (100%)	24 (100%)	25 (100%)

Примечания: * – классификация В.Ф.Войцеха.

влет интерес выделенная стеническая структура личности, а именно свойственные этим лицам решительность, стремление добиваться поставленной цели, активность, некоторая прямолинейность, невозможность принять компромиссное решение. Эти лица во всех группах занимали значительное место: в 1 группе – 21, 14%, во 2 – 25%, в 3 – 12%. Таким образом, подобные преморбидные особенности способствуют суицидальному поведению.

Наибольшее число дисгармоничных личностей наличествует именно в группе суицидентов с соматической патологией (I). Наиболее значимыми оказались истерическое и ипохондрическое развитие личности. Истерическое развитие личности, которое, по мнению Н.Д.Лакошиной, возникает при длительной конфликтной ситуации [8], чаще встречалось среди соматических больных с суицидальными проявлениями, нежели среди соматических больных без суицидальных проявлений ($p=0,0496$) и суицидентов без соматической патологии ($p=0,0166$). Последнее может означать наличие большего числа конфликтных ситуаций у соматических больных с суицидальными проявлениями, длившихся продолжительное время.

Ипохондрическое развитие личности вследствие соматического заболевания у суицидентов с соматической патологией и у пациентов с соматической патологией встретилось одинаково часто. Клинически установленная анозогнозия несколько чаще наблюдалась у суицидентов с соматической патологией (табл. 5). Согласно данным М.В.Коркиной и В.В.Марилова, наличие ипохондрической симптоматики может свидетельствовать о развитии самого распространенного – ипохондрического варианта психосоматического развития личности [5].

Достоверная разница обнаруживается и в половой структуре исследуемых групп больных (табл. 6). Обращает на себя внимание, что среди

Таблица 5

Распространенность сформировавшейся патологии личности в связи с болезнью пациентов I–III групп

Параметры	Суициденты с соматической патологией (I) Абс. (%)	Суициденты без соматической патологии (II) Абс. (%)	Пациенты с соматической патологией (III) Абс. (%)
Истероидная	18 (20,68%)	0	1 (4%)
Ипохондрическое развитие	50 (57,47%)	0	15 (60%)
Анозогнозия	40 (49,97%)	0	8 (26%)

суицидентов с соматической патологией мужчин больше ($37,93\% - p=0,0423$), чем среди суицидентов без соматической патологии ($8,33\% - p=0,0457$), и больше, чем в группе больных с соматическими расстройствами ($16\% - p=0,0423$). В 1 возрастной группе (18–24 лет) среди суицидентов с соматической патологией преобладали мужчины ($14,94\% - p=0,0422$). Во 2–4 возрастных группах мужчины также зафиксированы среди суицидентов с соматической патологией, однако число их меньше, чем в 1 возрастной группе.

Можно предположить, что само наличие длительно протекающего психосоматического заболевания (более 2-х лет) является фактором риска совершения суицидальной попытки у мужчин, особенно молодого возраста. При этом все суициденты с психосоматическими заболеваниями на момент обследования находились в состоянии ремиссии психосоматического заболевания. В связи с этим заметим, что по данным Н.И.Косенкова, у больных психосоматическими заболеваниями наблюдается психопатоподобное поведение, выраженное в период ремиссии [6]. В свою очередь, диагноз «расстройство поведения» является специфическим предиктором самоубийства у мужчин [14].

Среди суицидентов с соматической патологией женщины встретились реже, чем среди суицидентов без соматической патологии ($62,07\% - p=0,0422$ и $91,76\% - p=0,0456$ соответственно); и реже, чем среди больных с соматической патологией ($84\% - p=0,0422$). По числу женщин группы суицидентов без соматической патологии и больных с соматической патологией существенно не различались.

В возрастной группе 18–24 лет среди суицидентов без соматической патологии женщин оказалось больше ($33\% - p=0,0455$), чем среди соматических больных с суицидальными проявлениями ($11,49\% - p=0,0455$) и несколько больше, чем среди больных с соматической патологией. В возрастной группе 25–30 лет статистически значимых различий не выявлено. В возрастной группе 31–36 лет среди суицидентов без соматической патологии женщин оказалось больше ($33\% - p=0,0455$), чем среди соматических больных с суицидальными проявлениями ($11,49\% - p=0,0455$).

В возрастной группе 37–42 года статистически значимые отличия не фиксировались. В возрастной группе 43–70 лет среди соматических больных

Таблица 6

Распределение больных по полу и возрасту

Возрастные группы	Суициденты с соматической патологией (I) Абс. (%)		Суициденты без соматической патологии (II) Абс. (%)		Пациенты с соматической патологией (III) Абс. (%)	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1 (18–24 лет)	13 (14,94%)	10 (11,49%)	0 (0%)	8 (33%)	0 (0%)	4 (16%)
2 (25–30 лет)	3 (3,44%)	4 (4,59%)	0 (0%)	2 (8,33%)	0 (0%)	0 (0%)
3 (31–36 лет)	1 (1,14%)	5 (5,74%)	0 (0%)	8 (33%)	0 (0%)	0 (0%)
4 (37–42 лет)	6 (6,89%)	4 (4,59%)	0 (0%)	4 (16,66%)	0 (0%)	0 (0%)
5 (43–70 лет)	10 (11,49%)	31 (35,63%)	2 (8,33%)	0 (0%)	4 (16%)	17 (68%)
Итого	33 (37,93%)	54 (62,07%)	2 (8,33%)	22 (91,67%)	4 (16%)	21 (84%)

доминировали женщины (84% – $p=0,0422$) по сравнению с группой суицидентов-женщин с соматической патологией (62,07% – $p=0,0422$). В группе суицидентов без соматической патологии женщины отсутствовали. Преобладание женщин среди соматических больных в последней возрастной группе можно объяснить декомпенсацией соматического заболевания на фоне климакса.

Сравнительный клинико-эпидемиологический анализ суицидальных попыток в Москве за 1998 год показал, по данным В.Ф.Войцеха, преобладание суицидальных попыток у женщин над таковыми у мужчин в соотношении 1:1,56 [3]. В нашем исследовании это соотношение равно 1:1,6.

У суицидентов с соматической патологией гораздо чаще наблюдались личностные и характерологические нарушения (раздражительность, тревожность, подавленное настроение, идеи неполноценности и идеи отношения, эмоциональная лабильность, апатия, невозможность контроля над своими чувствами, коммуникативные трудности). Суицидальные личности не способны использовать взаимодействие с окружающей средой для того, чтобы верно определить курс своей деятельности [15].

Суициденты с соматической патологией чаще имели среднее образование, среднее специальное – пациенты с соматической патологией, высшее – суициденты без соматических заболеваний. Иными словами, можно предположить, что психосоматическое заболевание отрицательно влияло на возможность получения образования, и, следовательно, на возможность выбора профессии, перспективы дальнейшего карьерного роста, на возможность занять более высокое социальное положение. Все это создает неудовлетворенность, повышенную раздражительность, отгороженность от друзей и близких, различные патологические реакции и суицидальные тенденции. У суицидентов с соматической патологией существуют выраженные затруд-

нения по службе: они в меньшей степени пользуются авторитетом. У них же более часто, чем в группах сравнения, возникали затруднения в общении с близкими людьми, сослуживцами, конфликтные ситуации, на которые они дают реакции обиды, подавленности, переживание неполноценности. Очевидно, что именно личностные особенности, обусловленные развитием соматической болезни в молодом возрасте, являются предпосылками для формирования суицидального поведения.

Одной из задач настоящего исследования было установить и сопоставить нарушения адаптации среди больных I–III групп (табл. 7), для чего использовался тест нервно-психической адаптации (см. выше).

Обсуждение

Непатологическая психическая дезадаптация у суицидентов без соматической патологии встречается несколько реже, чем в остальных сравниваемых группах. Патологическая психическая дезадаптация фиксируется статистически достоверно чаще у пациентов с соматической патологией ($p=0,0547$), чем у суицидентов с соматической патологией, и несколько чаще, чем у суицидентов без соматической патологии. Признаки нервно-психической патологии встречаются статистически достоверно чаще у суицидентов с соматической патологией ($p=0,0171$), чем у пациентов с соматической патологией и несколько чаще, чем у суицидентов без соматической патологии. У суицидентов с соматической патологией нарушение адаптации носит более выраженный характер. Группа суицидентов без соматической патологии занимает промежуточное положение по степени дезадаптации между суицидентами с соматической патологией и пациентами с соматической патологией.

Таким образом, среди суицидентов с психосоматической патологией преобладали лица молодого возраста, начало заболевания которых пришлось на период формирования личности. В связи с этим у них обнаружались дисгармоничные личностные черты, проявившиеся в различных преморбидных особенностях, более выраженных, чем в группах сравнения. Выявились различия суицидальной активности среди суицидентов с психосоматическими заболеваниями. Наибольшая суицидальная активность зафиксирована у молодых мужчин (18–24 лет) и у женщин старшей возрастной группы (43–70 лет).

В оценке психосоматических развитий личности (истерическом и ипохондрическом) в сравниваемых группах не удалось выявить значимых различий. Однако отмечено значительное число больных-суицидентов с соматическими расстройствами с анозогнозией, превышающее число больных без суицидальных тенденций, имеющих соматические расстройства (49,9% и 26% соответственно). Последнее можно объяснить тем, что у суицидентов проявления соматического заболевания были более ранними. У них же наличествуют и черты инфантилизма с недостаточной оценкой своего собственного состояния.

Таблица 7

Нарушения адаптации среди обследуемых больных I–III групп, выявленные по тестам

Параметры	Суициденты с соматической патологией (I) Абс. (%)	Суициденты без соматической патологии (II) Абс. (%)	Пациенты с соматической патологией (III) Абс. (%)
Оптимальная адаптация	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)
Непатологическая психическая дезадаптация	2 (6,06%)	2 (8,33%)	3 (12%)
Патологическая психическая дезадаптация	2 (6,06%)	4 (16,67%)	6 (24%)
Признаки нервно-психической патологии (болезненное состояние)	29 (87,88%)	18 (75%)	15 (60%)
Итого	33 (100%)	24 (100%)	25 (100%)

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. Т. 6. С. 14–20.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М., 1980.
3. Войцех В.Ф. Клинико-психологическая характеристика пациентов с суицидальными намерениями // Аффективные и шизоаффективные психозы (современное состояние проблемы). Матер. науч.-практ. конф. с междунар. участием / Под ред. Г.П.Пантелеевой и М.Я.Цуцельковой. М., 1998. С. 11–19.
4. Конончук Н.В. Социально-психологические аспекты исследования лиц с повторными суицидальными попытками // Социально-психологические проблемы реабилитации нервно-психических больных. Л., 1984. С. 1838–1841.
5. Коркина М.В., Мариллов В.В. Варианты психосоматического развития личности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1995. Т. 95, № 6. С. 42–47.
6. Косенков Н.И. Физиологические механизмы психологической адаптации при психосоматической патологии: Дисс. ... докт. мед. наук. СПб., 1997.
7. Крыжановская Л.А. Особенности суицидального поведения в США // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. Т. 10, № 3. С. 97–104.
8. Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1967.
9. Пелипас В.Е. Суицидальные явления в клинике некоторых форм психопатии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1971.
10. Руженков В.А. Клинические закономерности формирования суицидоопасного поведения при невротических и психогенных реакциях у больных язвенной болезнью и вопросы психотерапии // Российский психиатрический журнал. 1998. № 1. С. 31–36.
11. Скибина Г.А., Виноградова И.А. Диагностика суицидального поведения при невротической депрессии // XIII съезд психиатров России: Матер. съезда. М., 2000. С. 318–319.
12. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М., 1973. 391 с.
13. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. 2-е изд. М., 1987. 304 с.
14. Целибеев Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. М., 1972. 280 с.
15. Shaffer D., Vieland V., Garland A. et al. Adolescent suicide attempters: Response to suicide prevention programs // J. Am. Med. Association. 1990. Vol. 264. P. 3151–3155.
16. Weinberg I. The ultimate resignation: suicide and search activity // Neurosci. Biobehav. Rev. 2000. Vol. 24. P. 605–626.

СУИЦИДЕНТЫ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

П. В. Белоусов

Статья посвящена исследованию нарушения адаптации и суицидального поведения у лиц с психосоматическими заболеваниями. В ней устанавливается, что среди суицидентов с психосоматической патологией преобладают лица молодого возраста, у которых соматическое заболевание началось в период формирования личности. В связи с этим обнаруживаются дисгармоничные личностные черты, которые проявлялись в различных преморбидных особенностях. Наибольшая суицидальная активность зафиксирована у молодых

мужчин (18–24 лет) и у женщин старшей возрастной группы (43–70 лет). Отмечено значительное число больных-суицидентов с соматическими расстройствами с анозогнозией. Последнее автор объясняет более ранними проявлениями соматического заболевания у суицидентов. У них же наличествуют и черты инфантилизма с недостаточной оценкой своего собственного состояния.

Ключевые слова: суицидология, психосоматика, нарушение адаптации, суицидальное поведение.

SUICIDALITY IN PERSONS WITH PSYCHOSOMATIC PATHOLOGY

P. V. Belousov

The article deals with adjustment problems and suicidal behaviors of persons with psychosomatic disorders. Among them, the younger people prevail and their psychosomatic disorders seem to have started in the period of their personality formation. They show disharmonious personality features, which happen to present themselves in various premorbid characteristics. The highest suicidality rates are found among young men (18–24

years) and in older women (43–70 years). The author specifically points to a significant number of suicidal patients with somatic disorder that have anosognosia, and explains it by earlier manifestations of a somatic disorder with such persons. They also show traits of infantilism and lack of insight.

Key words: suicidology, psychosomatics, adjustment disorder, suicidal behavior.

Белоусов Петр Владимирович – врач-психиатр-психотерапевт ГУЗ г.Москвы Психоневрологический диспансер №1 Управления здравоохранения ЗАО г.Москвы; e-mail: pbelousov.64@bk.ru