

операциям на желчных путях и значительно снизить частоту развития послеоперационной печеночной недостаточности и инфекционно-гнойных осложнений, а также сократить сроки лечения в стационаре в среднем на 8-10 койко-дней, в сравнении с контрольной группой больных.

#### Литература

1. Родионов В.В., Филимонов М.И., Могучев В.М. «Калькулезный холецистит (осложненный механической желтухой)». М. «Медицина», 1991. – 319с.
2. Костюченко А.А., Гуревич К.Я., Лыткин М.И. «Интенсивная терапия послеоперационных осложнений». СПб: спецлит, 2000. – 575с.

3. Густов А.В., Котов С.А., Конторщикова К.Н., Потехина Ю.П. «Озон как лечебное средство». Н.Новгород, 1999.–48с.

4. Конторщикова К.Н. Озон и перекисное окисление липидов // 1 Всероссийская научно-практическая конференция «Озон в биологии и медицине»: Тез. Докл. Н.Новгород, 1992.– С. 3-4.

5. Масленников О.В., Конторщикова К.Н. Озонотерапия: Внутренние болезни: Пособие. – Н.Новгород, 1999. – 56с.

6. Евтихов Р.М., Журавлев В.А., Шулуток А.М. и др. Механическая желтуха. Хронический панкреатит – Иваново: МИК, 1999. – 256 с.

## ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ДЕЗАДАПТАЦИИ

*Боева А.В.*

кафедра психиатрии, наркологии и клинической психологии

Социально-экономические перемены, происходящие в последние десятилетия, сопровождаются ростом социально-стрессовых расстройств и увеличением числа самоубийств среди основных причин смерти трудоспособного населения Российской Федерации (А.Г. Амбрумова, Г.В. Старшенбаум, 1995; А.А. Лопатин, Г.Г. Платонов, 1995; Г.И. Пономарев с соавт., 1996). В генезе суицидального поведения, как многофакторного явления, участвуют социально-психологические, индивидуально-личностные и клинические факторы (M.J. Marttunen, 1994; S.M. Gould et al., 1996), обуславливающие различные типы дезадаптации и определяющие как степень суицидального риска, так и тяжесть попытки покушения на жизнь.

Современные отечественные концепции суицидального поведения рассматривают покушение на жизнь как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта (А.Г. Амбрумова, В.А.Тихоненко, 1980). Понятие дезадаптации отражает различную степень и качество несоответствия организма и среды.

При рассмотрении социально- психологической дезадаптации акцент переносится на социальные взаимодействия, опосредованные психической деятельностью. Объективным критерием успешности социально-психологической адаптации человека служит его поведение в обычных и экстремальных ситуациях. При нарушении социально-психологической адаптации ощущение безвыходности и безысходности ведет к суициду.

Целью исследования являлось изучение особенностей суицидального поведения при различных типах дезадаптации.

Задачи исследования:

1. Определение структуры социально-психологической дезадаптации суицидентов.

2. Выяснение нозологической структуры психических расстройств у суицидентов с различными типами дезадаптации.

3. Изучение особенностей суицидального поведения в зависимости от типа дезадаптации и нозологической структуры.

4. Определение клинической структуры соматических осложнений постсуици-

дального периода в зависимости от типов дезадаптации.

Материал и методы обследования. В течение 1999-2001 гг. на базе Белгородской областной клинической больницы и городской больницы №1 г. Белгорода нами было обследовано 230 пациентов (92 мужчины и 138 женщин) в возрасте от 14 до 72 лет, госпитализированных после совершения суицидальной попытки.

Основными методами исследования были: клинико-психопато-логический, статистический (критерий Стюдента t, критерий  $\chi^2$ ) и катamnестический (со сроком катamnеза 1 год) – учитывалась динамика психического состояния и суицидологический статус.

На основе анализа преморбидно-личностных особенностей суицидентов, клинической структуры психопатологических расстройств и социально-стрессовых воздействий (не зависящих от самих пациентов) выборка была разделена на 4 типа дезадаптации (по характеру преобладающих воздействий, детерминирующих суицидальное поведение):

1. Патогенная дезадаптация (микросоциальный конфликт обусловлен психопатологической симптоматикой).

2. Личностная (суицидальное поведение обусловлено дезадаптивными личностными особенностями пациентов).

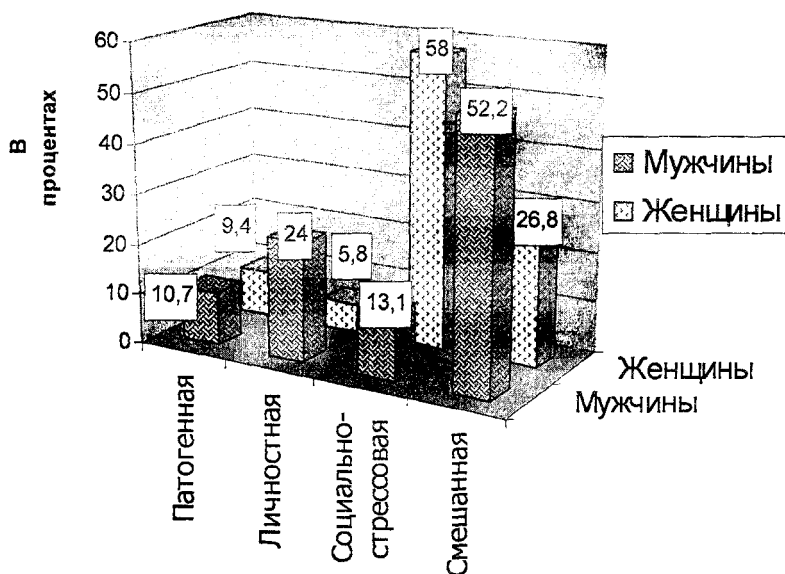
3. Социально-стрессовая (суицидальное поведение детерминировано преимущественно дезадаптивным воздействием социальных стрессовых факторов, не зависящих от личности).

4. Смешанный тип, при котором имеется сочетание нескольких дезадаптирующих факторов.

Распределение суицидентов по типу дезадаптации представлено на диаграмме. В общей сложности среди обследованных суицидентов у 23 (19%) человек наблюдалась патогенная дезадаптация, у 30 (13%) – личностная, у 92 (40%) – социально-стрессовая и у 85 (37%) человек – смешанная дезадаптация.

При патогенном типе дезадаптации нозологически преобладала шизофрения – 10 (43,5%) случаев, аффективные расстройства настроения – 7 (30,4%) и психические расстройства вследствие употребления алкоголя – 6 (26,1%) случаев.

Диаграмма 1  
Распределение суицидентов по типу дезадаптации



Пресуицидальный период в 19 (82,6%) случаях был аффективно-напряженного типа и лишь в 4 (17,4%) – ригидно-упрямого. Ригидно-упрямый тип пресуицидального периода был характерен для больных сенистопатической шизофренией. Аффективно-напряженный тип пресуицидального периода наблюдался у больных параноидной формой шизофрении, у лиц с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя, у пациентов с аффективными расстройствами настроения.

Преобладающим способом покушения на жизнь у пациентов с патогенной дезадаптацией было самоотравление медикаментами – 15 (65,2%) случаев, в 6 (26,1%) случаях отмечались колотые повреждения и в 2 (8,7%) – падения с высоты. Причем у мужчин наиболее часто – в 6 (60%) случаях самоубийства совершались путем колотых повреждений грудной и брюшной полостей, падение с высоты и самоотравления встречались с одинаковой частотой – по 2 (по 20%) случая. Женщины с патогенной дезадаптацией с целью лишения себя жизни использовали во всех случаях самоотравление медикаментами. Они принимали большое количество психотропных средств (антидепрессанты, транквилизаторы), которые ранее были назначены врачом-психиатром.

У всех пациентов данной группы суицидальное поведение было истинным. Преобладали аналитический – 13 (56,5%) и суицидально фиксированный – 10 (43,5%) случаев типы постсуицидального периода. У всех лиц данной группы были тяжелые осложнения в постсуицидальном периоде.

Наиболее часто встречающееся осложнение у суицидентов с патогенной дезадаптацией – токсическая энцефалопатия – 15 (65,2%) случаев, как результат тяжелого самоотравления медикаментами. Высокий удельный вес составили внутренние кровотечения, как последствие колото-резаных ранений, проникающих в грудную и брюшную полости – 6 (26,1%) случаев. В 2 (8,7%) случаях наблюдались множественные переломы костей скелета вследствие падения с высоты. Показательно, что у женщин в качестве осложнений постсуицидального периода отмечалась только токсическая энцефалопатия; у мужчин преоб-

ладало внутреннее кровотечение – 6 (60%) случаев. Множественные переломы и токсическая энцефалопатия встречались у лиц мужского пола с одинаковой частотой – по 2 (по 20%) случая. Все суициденты с патогенным типом дезадаптации в последующем были переведены в психиатрический стационар.

При социально-стрессовой дезадаптации преобладали пациенты с реакцией на тяжелый стресс – 60 (65,2%) и неврастенией – 32 (34,8%). В подавляющем большинстве случаев пресуицидальный период был аффективно-напряженного типа – 91 (98,9%) случай и лишь в 1 (1,1%) – ригидно-упрямого. Аффективно-напряженный тип пресуицидального периода отмечался у лиц с реакцией на тяжелый стресс и у больных неврастенией. Ригидно-упрямый пресуицидальный период был у одного больного с гипостенической формой неврастения. У пациентов данной группы в 73 (79,3%) случаях суицидальное поведение было истинным, а в 19 (20,7%) случаях – носило демонстративно-шагжажный характер.

Преобладающим способом покушения на жизнь было самоотравление медикаментами – 89 (96,7%) случаев, причем у лиц женского пола он был единственным, а у мужчин наблюдался в 9 (75%) случаях. Лица мужского пола в 2 (16,7%) случаях прибегали к колотым повреждениям и в 1 (8,3%) – к самопорезам. Чаще – в 42 (45,7%) случаях встречался манипулятивный тип постсуицидального периода и несколько реже аналитический – 31 (33,7%) случай. Критический тип встречался всего в 18 (19,6%) случаях и в 1 (1,1%) – суицидально фиксированный. Манипулятивный тип постсуицидального периода был у лиц с реакцией на тяжелый стресс, аналитический и критический отмечались у больных неврастенией и у пациентов с реакцией на стресс, а суицидально-фиксированный – у больного с гипостенической формой неврастения.

Среди осложнений постсуицидального периода преобладала токсическая энцефалопатия – 7 (77,8%) случаев, в 2 (22,2%) случаях имело место внутреннее кровотечение. Показательно, что в качестве осложнений после попытки самоубийства у женщин была только токсическая энцефалопатия, как ре-

зультат самоотравления большим количеством лекарственных средств, а у мужчин соотношение токсической энцефалопатии и внутреннего кровотечения было одинаковым – по 2 (по 50%) случая.

**Личностная дезадаптация** наблюдалась у 30 суицидентов с расстройствами личности: истерическое – 11 (36,7%), тревожное – 10 (33,3%) и эмоционально неустойчивое – 9 (30%) случаев. Пресуицидальный период во всех случаях был аффективно-напряженного типа. В 16 (53,3%) случаях у суицидентов с личностной дезадаптацией покушения на жизнь были истинными и в 14 (46,7%) – демонстративно-шантажными.

Более чем в половине – 17 (56,7%) случаев суициденты данной группы прибегали к самоотравлению медикаментами, несколько реже встречались самопорезы – 13 (43,3%) случаев. Причем, у женщин самопорезы – как способ лишения себя жизни, преобладал и составил 6 (75%) случаев, а у мужчин данной группы ведущим способом самоубийства был самоотравление медикаментами – 15 (68,2%) случаев. Характерными были только манипулятивный и аналитический типы постсуицидального периода – 17 (56,7%) и 13 (43,3%) случаев соответственно. Манипулятивный тип постсуицидального периода отмечался у лиц с истерическим и эмоционально-неустойчивым, аналитический – у индивидов с тревожным и эмоционально-неустойчивым расстройствами личности.

Тяжелых соматических осложнений постсуицидального периода у данной категории суицидентов не было. Это объясняется большим количеством – 14 (46,7%) случаев демонстративно-шантажных попыток и выбором менее травматичных способов покушения на жизнь.

**При смешанном типе дезадаптации** нозологическая структура психических расстройств у суицидентов была наиболее широкого спектра: шизофрения – 15 (17,6%), расстройства личности – 14 (16,5%), психические расстройства в результате употребления алкоголя – 13 (15,3%) и опиоидов – 9 (10,6%) случаев, посткоммоционный синдром – 11 (12,9%), органические психические расстройства –

10 (11,8%), аффективные расстройства настроения – 8 (9,4%) случаев.

Пресуицидальный период в 73 (85,9%) случаях был аффективно-напряженного типа и в 12 (14,1%) – ригидно-упрямый. Ригидно-упрямый тип пресуицидального периода отмечался у больных с постшизофренической депрессией, у лиц с зависимым расстройством личности и у пациентов с умственной отсталостью. При остальных нозологиях у суицидентов данной группы был аффективно-напряженный тип пресуицидального периода.

В 76 (89,4%) случаях суицидальное поведение было истинным, и лишь в 9 (10,6%) – демонстративно-шантажным.

Среди всех способов самоубийства у суицидентов со смешанной дезадаптацией преобладало самоотравление медикаментами – 38 (44,2%) случаев. Большой удельный вес имели такие способы лишения жизни, как самоповешение – 17 (19,8%) и самоотравление средствами бытовой химии – 15 (17,4%) случаев. Колотые повреждения составили 9 (10,5%), огнестрельные ранения и самопорезы – 4 (4,7%) и 2 (2,3%) случаев соответственно. Опасные и травматичные способы покушения на жизнь у суицидентов со смешанной дезадаптацией обуславливают высокий риск летального исхода при неоказании своевременной медицинской помощи и тяжелые осложнения в постсуицидальном периоде.

У суицидентов со смешанным типом дезадаптации доминировал аналитический тип постсуицидального периода – у 29 (34,1%) человек. Большой удельный вес составили суицидально фиксированный и манипулятивный типы – по 26 (30,6%) случаев. Критический тип постсуицидального периода наблюдался лишь в 4 (4,7%) случаях. Манипулятивный тип постсуицидального периода отмечался у лиц с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя и опиоидов, у пациентов с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, у больных с посткоммоционным синдромом и у лиц с депрессивным эпизо-

дом. Аналитический тип постсуицидального периода наблюдался у больных посткомозионным синдромом, у пациентов с депрессивным эпизодом, у больных с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя и опиоидов, у лиц с органическим эмоционально-лабильным и органическим аффективным расстройствами, у пациентов с эмоционально-неустойчивыми и зависимыми расстройствами личности. Суицидально-фиксированный тип постсуицидального периода был у больных с постшизофренической депрессией, параноидной шизофренией, у лиц с зависимым расстройством личности, у пациентов с органическим поражением головного мозга, а также страдающих умственной отсталостью. Критический тип постсуицидального периода наблюдался только у лиц с легкой умственной отсталостью.

Наиболее частое осложнение постсуицидального периода у суицидентов данной группы – токсическая энцефалопатия – 38 (44,2%) случаев. Высокий удельный вес занимала постгипоксическая энцефалопатия – 15 (17,4%) случаев вследствие самоповреждения, а также ожоги пищевода и внутреннее кровотечение – по 13 (по 15,1%) случаев. В 3 (3,5%) случаях отмечалась застойная пневмония. Ишемический инсульт и колото-резаные повреждения печени встречались с одинаковой частотой – по 2 (по 2,3%) случая. У мужчин со смешанной дезадаптацией наиболее частые осложнения постсуицидального периода – ожоги пищевода вследствие самоотравления средствами бытовой химии и внутренние кровотечения – по 13 (по 27,1%) случаев, у женщин – токсическая энцефалопатия вследствие самоотравления медикаментами – 31 (81,6%) случай.

Таким образом, в результате исследования установлено, что тип дезадаптации во многом определяет специфику суицидального поведения. У большинства суицидентов имеют место социально-стрессовый и смешанный типы дезадапта-

ции, лица с личностным и патогенным типами, в общей сложности, составляют меньше четверти – 30 (13%) и 23 (10%) случаев соответственно.

При всех видах дезадаптации преобладает аффективно-напряженный тип пре-суицидального периода, что объясняется остротой и актуальностью психотравмирующих переживаний.

Лица с патогенным и смешанным типами дезадаптации выбирают более травматичные способы самоубийства, вследствие чего у них наблюдаются тяжелые осложнения в постсуицидальном периоде. У них же преобладают аналитический и суицидально-фиксированный типы постсуицидального периода, что создает опасность повторных покушений на жизнь.

#### Литература

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. - М., 1980. - 48 с.
2. Амбрумова А.Г., Старшенбаум Г.В. О состоянии суицидологической службы в России // Материалы XII съезда психиатров России. - М., 1995. - С. 28 - 29.
3. Лопатин А.А., Платонов Г.Г. Организация суицидологической службы в г. Кемерово // Материалы XII съезда психиатров России. - М., 1995. - С. 89 - 91.
4. Пономарев Г.Н., Софроньева Н.М., Косенко В.Г. Влияние неблагоприятных социально-экономических и средовых факторов на психическое здоровье населения // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. - М.: РИО ГНЦС и СП им. В.П. Сербского, 1996. - С. 68 - 70.
5. Marttunen M.J., Aro H.M., Henriksson M.M., Lonngvist J.K. Psychosocial stressors more common in adolescent suicides with alcohol abuse compared with depressive adolescent suicides // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. - 1994. - Vol. 33. - P. 490-497.
6. Gould S.M., Fisher P., Parides M., Flory M., Shaffer D. Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescent Completed Suicide // Arch. Gen. Psychiatry. - 1996. - Vol. 53. - P. 1155-1162.