

© Б.С. Положий, Е.А. Панченко, 2011
УДК 616.89-008.441.44(045)

Для корреспонденции

Положий Борис Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития России»
Адрес: 119992, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23
Телефон: (495) 637-55-95
E-mail: bsp.moscow1@gmail.com

Б.С. Положий, Е.А. Панченко

Расстройства личности у пациентов, совершивших суицидальные попытки

Personality disorders
in patients with a history
of suicide attempts

B.S. Polozhy, E.A. Panchenko

According to literature in the field the risk of suicide among individuals with personality disorder is many times higher than in the general population. In the present study the focus is on patients with personality disorders who had attempted suicide and were consequently hospitalized in the Moscow City Psychiatric Hospital N 13, a total of 66 persons. The clinical picture revealed the full range of suicides personality disorders, but with varying frequency of occurrence. The most common were hysterical, emotionally unstable and dissocial personality disorders, the least common – schizoid, dependent and obsessive-compulsive. Specific features of the progression of the suicide process in personality disorder patients should be considered when carrying out therapeutic and preventive actions.

Key words: groups at risk of suicide, personality disorder, clinical characteristics, therapeutic and preventive actions

ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития России», Москва
The Serbsky State Research Centre of Social and Forensic Psychiatry, Moscow

Согласно данным литературы, суицидальный риск у лиц с расстройствами личности во много раз выше, чем в общей популяции. В настоящей работе объектом исследования явились пациенты с расстройствами личности, совершившие суицидальные попытки и госпитализированные по этому поводу в Московскую городскую психиатрическую больницу № 13, всего 66 человек. В клинической структуре расстройств личности у суицидентов были представлены все их виды, но с различной частотой. Наиболее распространенными оказались истерическое, эмоционально неустойчивое и диссоциальное расстройства, наименее распространенными – шизоидное, зависимое и ананкастное. Особенности течения суицидального процесса у больных с расстройствами личности необходимо учитывать при проведении лечебных и профилактических мероприятий.

Ключевые слова: группы суицидального риска, расстройства личности, клинические характеристики, лечебные и профилактические мероприятия

Суициды являются одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современного общества. Одной из групп высокого суицидального риска являются лица, страдающие психическими заболеваниями [1–3]. В частности, риск развития суицидального поведения у лиц с расстройствами личности во много раз выше, чем в общей популяции [4–6].

В настоящей работе представлены клинические характеристики пациентов с расстройствами личности, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных по этому поводу в Московскую городскую психиатрическую больницу № 13, всего – 66 человек.

Изучение клинической структуры расстройств личности у суицидентов (см. таблицу) показало, что наиболее распространенным оказалось истерическое расстройство – 28,8% (мужчины – 27,8%; женщины – 33,3%).

Клиническая структура специфических расстройств личности у лиц, совершивших суицидальные попытки

Расстройство	Мужчины		Женщины		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Параноидное	5	9,2			5	7,6
Шизоидное	3	5,5	1	8,3	4	6,1
Диссоциальное	8	14,8	1	8,3	9	13,6
Эмоционально неустойчивое	10	18,5	5	41,8	15	22,7
Истерическое	15	27,8	4	33,3	19	28,8
Ананкастное	2	3,8			2	3
Тревожное	7	12,9	1	8,3	8	12,1
Зависимое	4	7,5			4	6,1
В с е г о	54	100	12	100	66	100

Еще в преморбиде у этих пациентов имели место черты эгоцентричности и эмоциональной лабильности, которые накладывали отпечаток на формирование и течение суицидального процесса. Только в 14% случаев покушений на самоубийство, совершенных лицами с истерическим расстройством, их суицидальное поведение носило истинный характер. В остальных случаях суицидальная попытка имела демонстративно-шантажный характер. В частности, почти всегда суицид предпринимался после многократных угроз, а сама попытка совершалась в присутствии окружающих. Способ суицида избирался заведомо нелетальный. Следует отметить, что в 72% случаев суицидальная попытка была повторной, в том числе и многократной. При анализе предыдущих покушений выявлялась тенденция к «усложнению» последующих попыток, которые становились более продуманными и потенциально более летальными. Сами пациенты объясняли это постепенным снижением чувства страха перед болью и возможным смертельным исходом: «Я это уже несколько раз проделывал, так что все знаю». Эту особенность важно учитывать при разработке комплексов индикативной профилактики. Обращает на себя внимание тот факт, что количество мужчин и женщин среди суицидентов с истерическим расстройством оказалось сопоставимым.

Следующий по частоте тип расстройства личности у суицидентов – **эмоционально неустойчивый** – 22,7%. Частота его встречаемости у женщин (41,8%) была достоверно больше, чем среди мужчин (18,5%). В преморбиде у таких пациентов отмечались импульсивность, взрывчатость, неспособность контролировать собственные эмоциональные вспышки. Суицидальное поведение также носило импульсивный характер. Так, в 87% случаев попытка не планировалась и совершалась внезапно – как реакция на психотравмирующую ситуацию. Часто пациенты оценивали таковыми ситуации, вызывающие у них выраженное чувство обиды, что побуждало их совершить покушение с целью «наказать» обидчика своей смертью. Обычно

средства для совершения суицидальной попытки выбирались случайные, и, возможно, в силу этого обстоятельства часто попытка была потенциально не летальна. Только в 12% случаев суицидальная попытка предпринималась под воздействием аффекта злобы и раздражения. Пациенты сообщали, что «скорее стремились разрядиться, нежели умереть». В этих случаях избирались более тяжелые и травматичные способы суицида. Следует отметить некоторые особенности суицидогенеза у этих пациентов. Большинство из них (69%) сообщили, что суицидальные переживания (мысли, замыслы) у них были давно (чаще с подросткового возраста) и присутствовали почти постоянно как один из возможных вариантов разрешения сложных жизненных ситуаций. Также следует отметить, что 84% суицидентов в этой группе на момент совершения суицидальной попытки находились в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Установлены различия в клинической картине эмоционально неустойчивого расстройства у мужчин и женщин. Так, у всех мужчин в данной группе был диагностирован его импульсивный тип, в то время как у женщин он был установлен только в одном случае. В остальных было диагностировано эмоционально неустойчивое расстройство по пограничному типу. Эти пациентки характеризовались неустойчивой самооценкой, неспособностью быть включенными в повседневные жизненные ситуации, высокой потребностью в ярких и нестабильных отношениях. Во многих случаях суицидальная попытка предпринималась на почве «неудачной любви».

Следующим в структуре личностных расстройств оказалось **диссоциальное** – 13,6%. Оно встречалось чаще у мужчин (14,8%) по сравнению с женщинами – 8,3%. В преморбиде у этих пациентов отмечались эмоциональная незрелость, безответственность, девиантные формы поведения. Более половины из них имели ранее конфликты с законом и страдали алкогольной зависимостью. Сама суицидальная попытка не имела четких

закономерностей – примерно в половине случаев она совершалась импульсивно, в другой половине была заранее спланирована и подготовлена. Отсутствовали черты демонстративности. Сами суициденты объясняли свое состояние на момент совершения попытки чувством злобы и ярости, непреодолимым желанием убить своего обидчика. Однако, не имея для этого соответствующих возможностей, они «предпочитали» убить самого себя. Именно такие суициденты относились к совершенному покушению критически, рассматривали свое поведение как проявление человеческой слабости, жалели о совершенном поступке и утверждали, что в будущем смогут решать свои проблемы более приемлемым способом.

Примерно с той же частотой встречается **тревожное** расстройство – 12,1% случаев (мужчины – 12,9%; женщины – 8,3%). В досуицидальном периоде этих пациентов характеризовал высокий уровень личностной тревожности и, как следствие, склонность к ограничительному поведению, часто приводящая к социальной дезадаптации. В 89% случаев мысли о суициде появлялись очень рано – в подростковом и даже детском возрасте. Однако ранее эти мысли носили умозрительный характер и не достигали степени суицидальных замыслов, так как «умирать на самом деле очень страшно». На фоне переживания жизненных кризисов у таких лиц обострялось чувство собственной никчемности и социальной непривлекательности, что усиливало тревожность и иррациональные страхи, связанные с будущим. Все это суммировалось в один общий «тотальный страх перед жизнью и будущими проблемами», которые могут доставить непереносимую душевную или физическую боль. Страх становился хроническим и психологически изматывающим, так что даже незначительный повод зачастую приводил к реализации суицидальной настроенности. Суицидальная попытка, как правило, была хорошо спланирована. У половины таких суицидентов средства для покушения были подготовлены задолго до его совершения («на всякий случай»). Способ выбирался летальный, но на взгляд суицидента, безболезненный (чаще всего речь шла об отравлении медикаментами или угарным газом). Важно, что в постсуицидальном периоде отношение к попытке было почти всегда критическим, пациент был рад, что остался жить, но не мог с уверенностью утверждать, что в будущем не прибегнет к подобному способу решения проблем.

В 7,6% случаев суицидентам было диагностировано **параноидное** расстройство личности. Обращает на себя внимание тот факт, что все они были мужчинами. Как правило, суицидальная попытка совершалась с демонстративно-шантажной целью на фоне переживания чувства ревности к партнерше; в одном случае суицидальная попытка носила истинный характер и была предпринята «от невыносимой

беспомощности», вызванной многолетним судебным процессом, который велся с коммунальными службами. В целом все они отмечали для себя чуждость суицидальных идей, к попытке относились критически, были рады, что «все закончилось хорошо», говорили о желании жить и даже о «любви к жизни». Попытку же объясняли своей неспособностью на тот момент «сделать что-то еще».

Одинаковому количеству пациентов – 6,1% – были диагностированы **шизоидное** (мужчины – 5,5%; женщины – 8,3%) и **зависимое** (мужчины – 7,5%) личностные расстройства. В случаях с шизоидным расстройством особенности преморбиды (эмоциональная холодность, аутистичность, неспособность получать удовольствие) накладывали отпечаток и на суицидальное поведение. Суициды у них всегда носили истинный характер, были хорошо спланированы, и только случайно эти пациенты остались живы (обычно летальный исход был предотвращен внезапным появлением окружающих). Они отрицали наличие суицидальных переживаний ранее, однако утверждали, что в сложившихся обстоятельствах суицид представлялся им наиболее правильным выходом. Эта «суицидальная конструкция» была хорошо аргументирована и занимала устойчивую позицию в сознании. Важным во всех этих случаях было отсутствие каких-либо значимых антисуицидальных факторов (большинство находилось в ситуации относительной социальной изоляции; отсутствовали профессиональные и личные интересы). Высокая способность к интроспекции в данных случаях только усиливала оторванность от реальности и делала выбор в пользу суицида более обоснованным.

У суицидентов с расстройством **зависимого** типа в преморбиде доминировали чувство беспомощности и желание переложить ответственность за свою жизнь на других. Это выступало у них своеобразным фактором, усиливающим суицидальные наклонности. Все такие суициденты (возраст каждого из них не превышал 25 лет) оказались в декомпенсирующей их состоянии ситуации одиночества: смерть родителей, гибель близкого друга, уход любимой девушки. Суицидальная настроенность отличалась амбивалентностью, так как, со слов самих пациентов, «умирать они не хотели, но и жить дальше в одиночестве не могли». Отношение к попытке было не критичным, они спрашивали, «зачем их спасли, ведь жить они все равно не смогут». У половины из них настоящая попытка была повторной.

Только у 3% пациентов было выявлено **ананкастное** расстройство личности. Все они были мужчинами. Суицид предпринимался на фоне тяжелой для них психотравмирующей ситуации разорения и невозможности выплачивать долги. Суицидальное поведение носило истинный характер, однако не было продумано и спланировано, так как ранее суицидальных тенденций пациенты не имели и вообще «плани-

ровали жить долго», но, оказавшись в неразрешимой для себя ситуации, поняли, что «лучше смерть, чем проблемы, вызванные их теперешним состоянием».

Также необходимо отметить, что у суицидентов-мужчин расстройства личности выявляются в 4,6 раза чаще, чем среди женщин. Это позволяет утверждать, что данные заболевания обладают более высоким суицидальным риском именно для лиц мужского пола.

Кроме расстройств личности в этой группе в единичных случаях были диагностированы такие расстройства поведения, как патологическое влечение к азартным играм и транссексуализм. У первых из них суицидальная попытка была спровоцирована болезненным пристрастием к игре, приведшим к

крупному проигрышу. У женщины с транссексуализмом попытка была связана с разрывом отношений с партнершей и последующей за этим декомпенсацией психического состояния (в анамнезе эта пациентка имела многократные суицидальные попытки, настоящая попытка была уже четвертой по счету).

Таким образом, в клинической структуре расстройств личности у суицидентов были представлены все их виды, но с различной частотой. Наиболее распространенными оказались истерическое, эмоционально неустойчивое и диссоциальное расстройства, наименее распространенными – шизоидное, зависимое и ананкастное. Эти особенности необходимо учитывать при работе с пациентами с различными формами суицидального поведения.

Сведения об авторах

Положий Борис Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития России» (Москва)

E-mail: bsp.moscow1@gmail.com

Панченко Евгения Анатольевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития России» (Москва)

E-mail: eniostyle2004@yandex.ru

Литература

1. *Кензин Д.В.* Суицидальное поведение при пограничном личностном расстройстве в условиях современной России: Дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1999. – 106 с.
2. *Морозова Н.М.* Проблема суицидов и психические болезни // Аффективные расстройства в психиатрии и наркологии: Материалы XXIV обл. науч.-практ. конф. – Пенза, 1995. – С. 31.
3. *Положий Б.С.* Интегративная модель суицидального поведения // Рос. психиатр. журн. – 2010. – № 4. – С. 55–63.
4. *Старшенбаум Г.В.* Психопатия лиц с суицидоопасными кризисными состояниями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 21 с.
5. *Harris E.C., Barraclough B.* Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis // Br. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 170. – P. 205–228.
6. *Stanley B., Brodsky B.* Suicidal and self-injurious behavior in borderline personality disorder: a self-regulation model, in *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families.* – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005. – P. 43–63.