КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АКТУАЛИЗАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В САМОИЗОЛЯЦИИ ПРИ COVID - 19

А.Ю. Толстикова

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

Аннотация

В статье представлен клинический случай суицидального поведения по типу демонстративно-шантажного протеста в условиях самоизоляции при COVID-19.

Ключевые слова: депрессия, суицидальное поведение, COVID-19.

Введение. Анализ современного состояния проблемы депрессивных расстройств и суицидального поведения в Республике Казахстан свидетельствует о том, что показатели смертности от самоубийств во многих регионах превышают даже «сверхвысокие» мировые стандарты. К региону с самым высоким риском суицидов относится Восточно-Казахстанская область (51,9 на 100 тыс. населения), и это не случайно, так как рядом исследований отечественных ученых [1; 2] доказано, что на суицидальную активность населения в этом регионе существенное влияние оказывают экологические факторы, а именно последствия ядерных испытаний, проводившихся на Семипалатинском полигоне. Превалирующей формой психической патологии в данном регионе являются расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, заболеваемость которыми в данном регионе является самой высокой по республике.

В связи с ситуацией самоизоляции при COVID-19, которую, несомненно, следует считать стрессовой для большого количества людей, актуальность проблемы депрессий и суицидального поведения значительно возросла.

Амбрумова А.Г. и Тихоненко В.А. [3] к суицидальному поведению относят любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. При этом внутренние формы включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, замыслы и намерения. Внешние формы охватывают суицидальные попытки и завершённые суициды. В концепции Амбрумовой А.Г. и Тихоненко В.А. определены понятия внутреннего и внешнего характера «суицидогенного конфликта», когда первый основан на изменении ценностных ориентаций, перестройке или недостаточности мотивационных структур, либо разрушении системы мотивации, а второй определяется внешними психотравмирующими ситуациями, не затрагивая личностной системы ценностей. Тихоненко В.А. выделены и описаны 6 основных типов личностных смыслов самоубийства: «протест», «месть», «призыв», «избегание», «самонаказание», «отказ».

Большой раздел литературы по суицидологии посвящен изучению суицидального поведения, связанного с расстройствами личности [4]. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что «расстройство личности» в качестве основного диагноза вы-

является у 3-9% лиц, покончивших жизнь самоубийством (American Psychiatric Association, 2003) [5]. Данные об удельном весе расстройств личности в структуре психической патологии суицидентов различны и колеблются в широком диапазоне: от 7,2% до 28,5% [6; 7]. Установлено, что суицидальный риск у лиц с расстройствами личности в 7 раз выше, чем в общей популяции. По данным Московского НИИ психиатрии [8], в клиническом диагнозе пациентов кризисного стационара удельный вес расстройств личности, поступивших в связи с суицидальным поведением, за последние 5 лет, увеличился в 2 раза. Среди них преобладают пациенты, личностная структура которых в большинстве случаев соответствует нарциссическому, пограничному или депрессивному типу, что соответствует данным других исследований [9].

Повторные суицидальные действия у психопатических личностей, в сравнении со здоровыми лицами, были исследованы Лазарашвили И.С. В его работах показано, что у психопатических личностей разрешение личностного конфликта после первичной суицидальной попытки способствовало формированию манипулятивного типа постсуицида с тенденцией к повторению суицидальных действий, как форме защиты в психотравмирующих ситуациях. Такие демонстративно - шантажные формы суицидального поведения автор наиболее часто наблюдал у психопатических личностей истерического и возбужденного круга. При астенической же психопатии чаще отмечались истинные суицидальные попытки с высоким риском летальности [10].

Изучая суицидальное поведение при психических расстройствах, Верещагина Н.В. [11] пришла к заключению, что в структуре «личности с суицидальными особенностями» выделяются такие черты как максимализм, бескомпромиссность, сензитивность, алекситимия с неразвитостью воображения, неумением анализировать себя и ситуацию, отсутствие формирования идентичности. Автор указывает на то, что патохарактерологические проявления личности с суицидальными особенностями можно рассматривать как предикторы суицидального поведения.

Любой патологический поведенческий акт психически больного, будь то опасные действия в отношении окружающих (гетероагрессия), или в отношении самого себя (аутоагрессия), определяется детерминантами «синдром

– личность – ситуация» в их сложном взаимодействии. В рамках такого системного подхода существует понятие механизма суицидального поведения, под которым подразумевается ведущее системообразующее звено в сложном взаимодействии психопатологических, личностных и ситуационных факторов, детерминирующих суицидальное поведение больного с психическим расстройством [12].

Приведем клинический пример личностно-психологического механизма по типу «протеста», в формировании которого ведущее значение имеют преморбидные личностные особенности пациентки, определяющие низкий уровень адаптивных возможностей и стрессоустойчивости с формированием суицидальной мотивации. У пациентов этой категории, как правило, в анамнезе, ещё до появления первых клинических признаков психических расстройств, часто прослеживаются эпизоды суицидального поведения, отражающую личностную форму реагирования на стрессовые ситуации.

Пациентка была консультирована нами лично.

Больная Д.О.Н., 19 лет, находилась на лечении в психиатрическом стационаре с диагнозом: Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (F60.30).

Из анамнеза: наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Мать по характеру стеничная, категоричная, является инвалидом I группы по зрению. У родителей брак распался ещё до рождения дочери. Отца больная не знает, так как после её рождения он семьей не интересовался, и они никогда не встречались. Роды у матери были поздние в 41 год путем кесарева сечения. Девочка родилась с признаками частичного церебрального паралича, и из роддома была переведена в детское неврологическое отделение, где находилась в течение месяца. В последующем её психическое развитие соответствовало возрасту, говорить начала вовремя, но несколько отставала в физическом развитии, часто болела, ходить начала только с 2,5 лет. С трехлетнего возраста посещала детский сад, где была очень активной, подвижной, общительной, легко сходилась с детьми, ещё до школы научилась читать. В школе начала обучаться своевременно, с 7 лет. До 4 класса успеваемость была хорошей, но затем на уроках стала невнимательной, недисциплинированной, перестала дома готовиться к занятиям и успеваемость снизилась. С 14 лет мать стала замечать изменения в её характере, когда она «перестала находить общий язык» с одноклассниками и преподавателями. Дома частыми стали конфликты с матерью на бытовой почве, часто «пропадала на улице», поздно возвращалась. На замечания матери эмоционально бурно реагировала, огрызалась, демонстративно не выполняла её просьбы. Начала курить, стала общаться с мужчиной, который был старше её на 15 лет. В возрасте 16 лет совершила первую суицидальную попытку, выпила порошок от тараканов. Находилась в детском токсикологическом отделении в течение 5 дней. В первое время скрывала истинные причины суицидального поведения, заявляла: «Сама не знаю, почему я так сделала», но потом все же созналась матери, что приревновала любимого мужчину к своей подруге и в знак протеста «хотела его поугубить». В 9 классе начались постоянные ссоры с одной из учительниц и некоторыми девочками из её класса. После одного из конфликтов в

школе, в знак протеста на нанесенную ей обиду, пыталась повеситься (17 лет). Надела на шею петлю из бельевой веревки, но мать вовремя успела её остановить. Из-за постоянных конфликтов была вынуждена перейти в другую школу, где закончила 10 классов. В конце июня прошлого года (18 лет) после очередного конфликта с матерью совершила ещё одну суицидальную попытку путем отравления находившимися дома таблетками от диабета. В течение недели находилась в токсикологическом отделении. В летнее время подрабатывала на малоквалифицированных работах, которые часто меняла из-за постоянных конфликтов с руководством. За три дня до настоящей госпитализации, в 19 лет, в условиях самоизоляции говорила матери, что ей «тяжко сидеть дома, куда мир катится, зачем все эти меры карантина», после ссоры с матерью, больная совершила 4-ю суицидальную попытку, выпив сразу 100 таблеток манинила. Вновь была доставлена в токсикологическое отделение, откуда, после проведения дезинтоксикационных мероприятий, была впервые госпитализирована в психиатрический стационар.

Психическое состояние больной при поступлении характеризовалось демонстративным поведением. Держалась с переоценкой, с врачами беседовала без чувства дистанции. Заявляла, что она психически здорова и настаивала на выписке. Не отрицала суицидальную попытку, но с легкостью говорила, что в своем поступке раскаивается и так делать больше не будет. Суицидальное поведение мотивировала ссорой с матерью и рамками самоизоляции: «Я не могу долгое время находиться рядом с матерью, никуда нельзя выйти, сижу, как в тюрьме, снова стала читать нравоучения, надоели её запреты, я уже не маленькая». В высказываниях больной звучал протест на требования матери, касающиеся курения сигарет и факта самоизоляции: «Да я и не курю, только балуюсь иногда в компании, а она нашла в моей сумке пачку сигарет и устроила скандал. Теперь еще никуда не выйдешь, придется с ней дома сидеть». Открыто заявляла, что она не хочет умирать, «хотела просто напугать мать», а истинных суицидальных намерений не было. Её «сильно задело», когда мать заявила, что, как только она получит заработную плату, она должна деньги отдать ей. Просила врачей: «Отпустите меня домой, я больше не буду ссориться с мамой, не буду травиться, хватит с меня, я в этот раз чуть не умерла, и в психушку больше не хочу попадать». Суждения больной были легковесны, инфантильны, критические способности снижены, но, в целом, мышление представлялось достаточно последовательным, логичным. Грубых расстройств интеллекта и памяти не выявлялось.

Заключение по данным психологического обследования: в беседе явно старалась произвести хорошее впечатление. Сообщила, что жалеет о своем поступке, не ожидала направления в психиатрическую больницу. Инструкции усваивала быстро, задания выполняла не задумываясь. При указании на ошибки, критики не принимала, отказывалась исправлять: «Я так думаю, я не понимаю, я не знаю». В мышлении выявлялась поверхностность, легкость суждений. При самостоятельной работе результаты были ниже доступных по уровню развития за счет несобранности, недостаточной критичности мышления, отсутствовала эмоциональная реакция на неуспех. Интеллектуальный уровень определялся в преде-

лах нормы. В личностной сфере проективные методики выявляли импульсивность в сочетании с эмоциональной неустойчивостью, активную позицию стремления к доминированию, стеничность в достижении желаемого, неустойчивую самооценку, изменчивость установок, непоследовательность. Высказывания и поступки были необдуманно с выраженной потребностью к независимости. Выявленные личностные особенности предполагают возможное девиантное поведение, затрудненную адаптацию, в связи с чем нуждается во внешнем контроле и психотерапевтической коррекции взаимоотношений в семье.

В первые дни пребывания в отделении больная получала седативные препараты (транквилизаторы) с последующим переходом на психотерапию. Поведение в отделении оставалось упорядоченным, режима не нарушала. Охотно общалась с окружающими, фон настроения оставался ровным, жалоб на состояние здоровья не предъявляла, суицидальных мыслей не обнаруживала. Была выписана с улучшением и рекомендациями дальнейшего наблюдения у психотерапевта.

Таким образом, психотравмирующая ситуация (условия самоизоляции) вызвала декомпенсацию состояния (декомпенсирующий механизм). Испытывая в данной психотравмирующей ситуации чувство обиды, унижения, тяготясь условиями самоизоляции, обследуемая совершила демонстративную суицидальную попытку по мотивам «протеста» (суицидально-шантажный протест).

Список литературы:

1. Макаров М.А., Киселева Л.М., Шаршов А.П. Экстремальные раздражители внешней среды и стрессовые реакции организма. // Актуальные вопросы психиатрии. Сборник научных трудов к 100-летию Семипалатинского областного центра психического здоровья. - Семипалатинск, 1996. - С. 125-128.
2. Кудьярова Г.М. Основные закономерности распространенности психических расстройств в Республике Ка-

захстан (клинико-эпидемиологическое исследование) // Дисс... д-ра. мед. наук. – М., 2000. – 380с.

3. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1978. – С. 6-26.

4. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения. // Комплексные исследования в суицидологии. – М., 1986. – С. 7-25.

5. American Psychiatric Association: Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. // Am. J. Psychiatry – 2003. – Vol. 160. – P. 1-60.

6. Пилягина Г.Я. Теоретическая модель патогенеза аутоагрессивного поведения в ракурсе перспективы суицидологических исследований. // XIV Съезд психиатров России. 15-18 ноября 2005 г. (Материалы съезда). – М., 2005. – С.446.

7. Паршин А.Н. Суицид как развитие личности. // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. - С. 318.

8. Магурдумова Л.Г. Психогенные суицидоопасные реакции и их возрастные особенности в инволюции. // Труды Московского НИИ психиатрии: Научные и организационные проблемы суицидологии. – М., 1983. - С. 105-109.

9. Кондратьев Ф.В. Структура и динамика факторов риска опасного поведения психически больных. // Теоретические и клинические проблемы современной психиатрии и наркологии. – М., 1986. – С.116-119.

10. Зайцев А.А. Клинико-психический анализ попыток на самоубийство у психопатических личностей. Тезисы к дисс. – Л., 1938. - 12с.

11. Верещагина Н.В. Суицидальное поведение при психических расстройствах. Автореф. дис. канд. мед. наук. – Новосибирск, 2003. - 20с.

12. Зальцман Г.И. Психопатологический анализ бредовых приступов при периодической шизофрении. // Журнал невропатологии и психиатрии. – М., 1967. - Т. 1. – С. 93-96.

COVID - 19 КЕЗІНДЕ ӨЗІН-ӨЗІ ОҚШАУЛАУДА СУИЦИДТІК МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚТЫ ӨЗЕКТЕНДІРУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

А.Ю. Толстикова

«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕМБМ, Қазақстан, Алматы қ.

Түйінді

Мақалада клиникалық жағдай суицидтік мінез-құлықтың типі бойынша қыр көрсетіп-шантаж наразылық жағдайында самоизоляция кезінде COVID - 19.

Кілт сөздер: депрессия, суицидалды мінез-құлық, COVID - 19.

A CLINICAL CASE OF ACTUALIZATION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN SELF-ISOLATION IN COVID – 19

A.Y. Tolstikova

NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

In the article the clinical case of suicidal behavior is presented on the type of demonstratively-blackmail protest in the conditions of self-isolation at COVID - 19.

Key words: depression, suicidal behavior, COVID - 19.