

имела место ситуация угрозы унижения достоинства или ущемления прав больных, проявления несправедливого к ним отношения, потери чего-либо значимого. В подобных случаях неопасными для жизни аутоагрессивными действиями больные стремились предупредить надвигающуюся неблагоприятную разрядку ситуации, при этом высказывали угрозы совершения суицида при не удовлетворении их требований, так называемые “угрожающие пресуициды” (Жезлова Л. Я., 1974). Основной целью данной формы суицидального поведения было привлечь внимание окружающих, найти сочувствующих, избежать наказания, позора.

Суицидальный протест (месть), характерный для мужчин – форма демонстративно-шантажного суицидального поведения, когда неблагоприятные последствия значимой для больного психотравмирующей ситуации все же наступили. В подобных случаях суицидальные действия были обусловлены реакцией разрядки с агрессивным содержанием переживаний – чувства злости, протеста, мести. Некоторые авторы (Михлин А. С., Жезлова Л. Я., 1974) характеризуют подобные ситуационно спровоцированные суицидальные действия как «перенос агрессии на себя», «подмену агрессивных актов аутоагрессией». В отдельных случаях сверхинтенсивность негативного аффекта, принимающая субъективный характер “непереносимости”, представляла определенную угрозу в плане развития у боль-

ного состояния “истеро-дисфорического пресуицида” (Леви В. Л., 1974) с высокой вероятностью совершения этими больными опасных действий для себя и окружающих.

В ряде случаев (17,8% у женщин и 7,4% у мужчин) мотивы суицидального поведения больных с ОПР были связаны с их дезадаптацией вследствие нарастающих дефицитарных расстройств. Осознание психического заболевания и его социальных последствий, инвалидизация, утрата прежней работы, родственных связей, падение престижа, одиночество, тяжелые материально-бытовые условия и т.п. вызывали у больных мысли о своей ущербности, бесперспективности дальнейшего существования. Намерения уйти из жизни формировались *по дезадаптационному механизму* отказа от жизни в субъективно непереносимой ситуации.

Таким образом, проведенный анализ отдельных вариантов мотивации суицидального поведения больных с ОПР позволяет получить более углубленное представление о характере существующих между психическими расстройствами и суицидальным поведением связей, делает возможным выявление суицидоопасных психопатологических состояний и прогнозирование суицидального риска у больных с ОПР, а также определяет дифференцированную направленность лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению суицидов у лиц с данной формой психической патологии.

Литература:

1. Аньшин Д. Б. *Социально-психиатрические аспекты проблемы самоубийств в России // Социальная и судебная психиатрия: история и современность.* – Москва, 1996.- С. 13-16.
2. Амбрумова А. Г. *Суицидология, как дисциплинарная наука. // Клинико-психологические, социальные и правовые проблемы суицидального поведения.* - М., 1974. - С. 12-13.
3. Ефремов В. С. *Основы суицидологии.* – Санкт-Петербург, 2004. – 479 с.
4. Мальцева М. М., Котов В. П. *Опасные действия психически больных.* - М., 1995. - С. 99-100.
5. Распопова Н. И., Степанова И. Е., Есина Е. А., Бреус Л. П. *Демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия психически больных в условиях принудительного лечения // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и психологии.* - Алматы, 1998. - Часть II. - С. 115-119.
6. Тихоненко В. А. *Жизненный смысл выбора смерти // Человек.* -1992. -№ 6.- С. 19-29.
7. Тихоненко В. А. *Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение // Российский психиатрический журнал.* – М.,1998. - № 3.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ СЕМИПАЛАТИНСКОГО ПОЛИГОНА

А. С. Субханбердина, Ж. Д. Сарсембина

Введение

Под воздействием радиационных факторов нарушение здоровья населения проявляется на клеточном, органном, организменном и популяцион-

ном уровнях. Ранние эффекты облучения (первые годы наземных и атмосферных испытаний) у взрослого населения характеризовались астеническими проявлениями, расширением границ физиологичес-

кой лабильности (неустойчивость настроения с выраженными проявлениями часто сменяющихся эмоций), вегетосудистыми реакциями, нейроциркуляторной дистонией по гипотоническому типу. Поздние соматические эффекты облучения (3-е и 4-е десятилетие ядерных подземных испытаний) характеризовались ускорением естественных инволюционных процессов (быстрое старение), нарушение функционирования сосудистого русла и гемодинамики с преобладанием влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы. Та же тенденция прослежена в распространении психических расстройств, патологии беременности (Гусев Б. И. с соавт., 2002).

Общие задачи всестороннего исследования такой актуальной проблемы, как депрессивные состояния, включают необходимость совершенствования представлений и о депрессивных расстройствах, наблюдающихся при экзогенно – органических поражениях головного мозга. Частота развития депрессивных состояний у больных экзогенно – органическими заболеваниями находится в достоверной зависимости от тяжести органического поражения головного мозга. Причем сначала, по мере утяжеления мозгового поражения, идет нарастание частотных характеристик, а затем, когда поражение мозга достигает своего максимума, наступает их заметное снижение. Приведенные факты позволяют придти к аргументированному заключению о патогенетической, а не патопластической, как считают некоторые исследователи, роли органического поражения головного мозга в возникновении депрессий у больных экзогенно – органическими заболеваниями.

Депрессивные расстройства, наблюдающиеся при экзогенно – органических поражениях головного мозга, имеют ряд клинических особенностей, отличающих их от депрессий эндогенного происхождения. Так, обращает на себя внимание звучание в их структуре астенической симптоматики. Наиболее заметно это проявляется во второй половине дня, когда параллельно с ростом астении происходит и углубление депрессивных переживаний. У многих людей картина депрессивных переживаний включает болезненную, утрированную интерпретацию разнообразных сомато-вегетативных и психопатологических нарушений, вызванных органическим поражением головного мозга и не имеющих прямого отношения к самой депрессии. В первую очередь, это касается расстройств психоорганического круга – головных болей, астенизации, диссомнических явлений, интеллектуально – мнестических нарушений. Пациенты утверждают, что никогда не поправятся, останутся инвалидами, не верят в перспективы лечения. Причем в клинической практике такого рода жалобы нередко истолковываются как ипохондрические, что не способствует выбору корректной терапевтической тактики. Говоря об отличительных особенностях экзогенно

– органических депрессий, следует также отметить, что они развиваются на фоне психоорганической симптоматики, которая не только сопутствует им, как было показано выше, но и предшествует их возникновению, а также сохраняется, усиливаясь в части случаев, после купирования депрессивных явлений. Экзогенно – органические депрессии принадлежат к монополярным формам аффективной патологии. Экзогенно – органические депрессии имеют различную глубину своих проявлений, что позволяет выделять как субпсихотические, так и психотические их варианты. Что касается генеза аффективных нарушений при соматических болезнях, то нужно иметь в виду три возможные варианта.

Первый *вариант*: соматическое заболевание спровоцировало аффективное расстройство у преморбидно акцентированной либо психопатической личности или же у больного циклотимией либо шизофренией (преимущественно малопрогрессирующей).

Второй *вариант*: аффективная патология может быть непосредственной реакцией организма на конкретные патологические проявления соматической болезни (токсикоз, гипоксия и т.д.). Депрессии обнаруживаются при широком круге соматических расстройств – анемиях, сердечной недостаточности, нарушениях обмена, эндокринных заболеваниях, злокачественных опухолях, сифилисе мозга и др.).

Третий *вариант*: речь может идти о психогенной реакции на соматическое заболевание и возможные его последствия (вторичные невротические реакции по Г. В. Морозову и М. С. Лебединскому (1972) или нозогении по А. Б. Смулевичу (1994, 1997).

В неразрывной связи с вопросом диагностики депрессивных расстройств стоит проблема суицидов. Еще большую озабоченность вызывает положение в Семипалатинской постполигонной зоне экологической катастрофы, где по данным «народной статистики», особенно в селе Саржал, непосредственно прилегающий к испытательной зоне, очень высокий процент суицида (Stevenson S., Thompson A., 2001). По данным М. Уразалина, Н. Такамура (2002) им не удалось найти достаточно полные статистические и эпидемиологические данные исследований, проведенных в данной или аналогичной местности вблизи территории бывшего полигона. По их мнению, в указанном регионе все факторы, предрасполагающие и провоцирующие суицид налицо:

- люди, жившие в размеренном укладе жизни, в одном из прибыльных хозяйств в течение нескольких лет оказались в разрушенной ситуации;
- с распадом совхоза на мелкие структуры появились проблемы, которые раньше, как-то, решались руководством или коллективно, а теперь появилась личная ответственность, появилась безработица в маленьком поселке;
- для них внезапно открылась страшная тайна последствий испытания ядерного оружия на протяжении 40 лет и у порога их дома;

- болезни, которые раньше не замечались, в налаженном быту, вдруг стали проявляться и всему «причиной оказалась радиация» и все негативные явления, которых можно было приписать к радиации, были приписаны и это психологически оправданно;

- официальное признание территории зоной экологической катастрофы, а людей пострадавшими, принятие Закона о пострадавших, предполагало достойное будущее, однако все это не оправдалось и не оправдывается; теряется надежда, болезни не излечиваются, а жить становится всё труднее и т.д.

По мнению суицидологов К. Хаутона и К. Ван Хеерингена (2000) исследование проблемы суицида должно базироваться на трех моментах: суицидальное поведение есть результат взаимодействия стрессовых жизненных событий и индивидуальной уязвимости, во-первых; во-вторых, индивидуальная уязвимость сама по себе продукт психологических и генетических факторов, а также влияние прошлых жизненных событий и, в-третьих, уязвимость в понятии чувствительности влияет на то, как индивидуум воспринимает, интерпретирует и реагирует на агрессивные жизненные события, вероятно приводящие к потере надежды и суицидальному поведению. Однако нередко исследователи не могут установить все причины таких проявлений и в этот ряд можно поставить «феномен Саржала» с той разницей, что исследование этой проблемы с достаточной глубиной не проводилось.

Определенно можно сказать, что даже самые масштабные исследования и практические меры в одночасье не снимут проблему, но это, в какой-то мере, снимет напряжение, даст надежду, а это немало важно в решении проблемы на начальном этапе. Нам кажется что, статистическое и эпидемиологическое исследование не вызовет особых затруднений, но более деликатным и трудо-материально-технически затратным является изучение ментального статуса, биологических и наследственных механизмов проблемы. Без определения последних все разговоры о наличии проблемы останутся на уровне вымысла. Факты негативного влияния на организм экологических перемен в окружающей среде бесспорны, и в том числе, на суицидальное поведение людей (Логановский К. Н., Нягу А. И., 1995; Румянцева Г. М., 1996; Пивень Б. Н., 2000). Село Саржал находится в сердцевине зоны экологического бедствия.

Цель: определение особенностей аффективных расстройств у соматических больных, проживающих в зоне Семипалатинского полигона.

Результаты исследования

В соответствии с целью и задачами исследования в течение 2006 – 2007 годов проведено обследование 143 больных (13,7%), находившихся на стационарном лечении в реабилитационном отделении Научно – исследовательского института радиацион-

ной медицины и экологии (г. Семей). Пациенты территорий с различными уровнями радиационного загрязнения подразделялись на 4 группы.

Преобладали пациенты в возрасте 59 лет и старше (51 человек или 35,7%) в зоне чрезвычайного и повышенного риска, в зоне максимального и минимального риска преобладали пациенты в возрасте 49 - 58 лет (48 человек или 33,6%). Среди обследуемых преобладали женщины 98 человек (68,5%), мужчины 45 человек (31,5%).

Среди пациентов большую часть составили лица коренной национальности - 79 человек (55,2%); русские - 38 человек (26,6%), прочие национальности - 26 человек или 18,2%. Данное распределение прослеживалось во всех зонах радиационного поражения. Средне – специальное образование имели 59 человек (41,3%). Повышение уровня образования идёт от зоны чрезвычайного поражения к зоне минимального поражения.

На момент обследования нигде не работали – 44 пациента (30,8%), пенсионеры - 58 человек (40,5%), занятое население - 29 человек (20,3%).

Инвалидами являлись 12 человек (8,4%), в зоне максимального радиационного поражения - 5 человек (17,9%), в зоне повышенного поражения 7 человек (16,3%).

В официальном или гражданском браке состояли – 69 человек (48,2%). 74 пациента (51,7%) являлись одиночками, из них 24 человека были холостыми (16,8%); 30 человек – овдовевшими (21,0%); 20 человек (14,0%) разведенными.

Неустроенность в личной жизни, одиночество и особенно смерть одного из супругов являлись причиной возникновения депрессивного фона настроения, что способствовало формированию у данного контингента пациентов патологических механизмов реагирования, которые, в свою очередь, усиливали уже существующие у них неэффективные жизненные стереотипы поведения в обществе. Взаимоотношения в собственных семьях пациентов почти у 58% носили напряженный, конфликтный или формальный характер, что свидетельствовало о дисгармонии межличностных отношений и способствовало формированию психических расстройств. Сохранялось значительное преобладание мононационального характера семьи в чрезвычайной, максимальной и зоне повышенного радиационного поражения и снижение процентного соотношения в зоне минимального радиационного воздействия. В вопросах воспитания в родительских семьях значительно преобладали ситуации, когда имело место психологическое давление - 39 пациентов (27,3%) и периодические конфликты с родителями - 31 пациент (21,7%). Ситуации отсутствия взаимопонимания с отцом - 18 человек (12,6%) и матерью - 18 человек (12,6%) имели одинаковые значения. Взаимоотношения гиперопеки так же больше встречались в зоне повышенного и минимального риска там, где более

высокий уровень воспитания, социально – экономический статус населения. У большей части обследованных лиц уровень самооценки средний - 56 человек (39,2%), далее низкий уровень у 55 человек (38,4%) и высокий у 24 человек (16,8%). При этом

определено, что в зоне чрезвычайного и минимального радиационного поражения превалировал низкий уровень самооценки над высоким уровнем, в зоне же максимального и повышенного поражения наоборот, средний уровень самооценки над низким.

Таблица № 1

Феноменология аффективных расстройств, диагностированных у обследованных пациентов

Клинические проявления	Чрезвычайная зона		Максимальная зона		Повышенная зона		Минимальная зона		Всего	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Астено – субдепрессивный синдром	9	33,3	14	50,0	18	41,9	12	26,7	53	37,1
Астено – депрессивный синдром	-	-	2	7,1	1	2,3	11	24,4	14	9,8
Гипоманиакальный синдром	-	-	1	3,6	-	-	-	-	1	0,7
Депрессивный	15	55,6	10	35,7	14	32,6	8	17,8	47	32,9
Тревожно – фобический синдром	2	7,4	1	3,6	9	20,9	14	31,1	26	18,2
Дисфория	1	3,7	-	-	1	2,3	-	-	2	1,4
Всего	27	100	28	100	43	100	45	100	143	100

По данным таблицы № 1 выявлено, что аффективные расстройства в чрезвычайной зоне (27 человек), из них у 15 человек имели более тяжелые депрессивные нарушения. В зонах максимального (14 человек) и повышенного риска (18 человек) превалировали астено – субдепрессивные и астено – депрессивные состояния.

Аффективные нарушения у (143 больных) характеризовались преимущественно астено - субдепрессивными, астено – депрессивными, тревожно-фобическими, реже дисфорическими расстройствами. На фоне углубления психопатологической симптоматики до уровня психоорганических расстройств отмечались гипоманиакальные нарушения (2 пациента), проявляющиеся некоторой расторможенностью, склонностью к плоским шуткам, снижением критических функций.

Астено – субдепрессивные состояния были зафиксированы у 53 пациентов. Состояние характеризовалось выраженными астеническими расстройствами в виде повышенной утомляемости и истощаемости, раздражительной слабости, гиперестезии. Пациенты отличались болезненной впечатлительностью, раздражительностью, слезливостью, нарастающей неуверенностью и низкой самооценкой, снижением трудоспособности, однако с большим трудом пациенты продолжали работать. Снижение фона настроения пациенты объясняли снижением

жизненного тонуса и общим упадком сил, а также общим состоянием здоровья.

Астено - депрессивные состояния отмечались у 14 больных. Они характеризовались наличием депрессивных расстройств в сочетании с выраженной слабостью, утомляемостью и вялостью, аффективные нарушения, в отличие от астенического варианта являются самостоятельным компонентом в общей картине психопатологических расстройств. Несмотря на то, что сам аффект носил депрессивный характер, преобладала подавленность, а не тоска. Подавленное настроение сочеталось с угрюмостью и суицидальными тенденциями. Для астено - депрессивного состояния у этих больных отличительной особенностью являлась первичность астенических проявлений, большая подвижность депрессивных нарушений и отсутствие ее стереотипности. Колебания состояния были подчинены не внешним причинам, а преимущественно соматическому состоянию. Ситуационно-психогенные моменты отражали общую симптоматику, но не определяли психический статус.

Для тревожно – фобических, у 26 больных, нарушений было характерно состояние подавленности с ожиданием неблагоприятного развития событий. Радиофобия была ведущей в этой симптоматике; пациенты опасались за будущее своих потомков. Ощущение своей беспомощности, неуверен-

ности в себе, бессилия перед сложившейся ситуацией. Имело место утрата привычных интересов, подавленность, колебания настроения, постоянное чувство беспокойства, невозможность расслабиться.

Дисфории (2 пациента) характеризовались преобладанием на фоне пониженного настроения чувства тоски, недовольства, брюзжания, раздражительности. Недовольство распространялось на все и на каждого, нередко с отвращением к жизни, больные говорили о безнадежности своего существования.

Сочетание вышеуказанных физических симптомов с особенностями психических расстройств, их полиморфизм, цикличность в интенсивности аффективных и ипохондрических расстройств позволяют говорить о соматогенной природе этих нарушений. В оформлении клинической картины определенную роль играют психогенные факторы, однако не обусловленная ими депрессивная симптоматика является ведущей в психических нарушениях у данной категории больных. Проведенное исследование показало несоответствие интенсивности соматических жалоб, предъявляемыми больными, объективной выраженности диагностированной у них соматической патологии. В подавляющем большинстве (54%) наблюдений соматические жалобы превышали объективную выраженность патологии и не подтверждались данными сомато-неврологического обследования.

Заключение

Таким образом, психопатологическая структура психических расстройств складывалась из со-

четания астенических, аффективных и тревожно-фобических симптомов и характеризовались выраженным полиморфизмом и волнообразностью течения.

Данные расстройства не являлись, как это чаще бывает при различных соматических заболеваниях, результатом реакции личности на болезнь, трансформированной наличием тяжелой психогенной ситуации в выраженные психопатологические нарушения. Аффективные нарушения в большинстве случаев, за исключением астено-депрессивного варианта, не имели самостоятельного значения и выступали как один из компонентов в общей структуре астенического состояния. Чаще всего аффективные расстройства проявлялись в виде субдепрессии, тревожно-фобического состояния. Вместе с тем, именно аффективные нарушения являются связующим звеном и основой для возникновения более глубоких расстройств таких, как сверхценные образования, которые особенно легко возникают на фоне подавленного настроения, измененного эмоционального состояния. Сочетание вышеуказанных физических симптомов с особенностями психических расстройств их полиморфизм, цикличность в интенсивности аффективных и астенических расстройств позволяют говорить о соматогенной природе этих нарушений. В оформлении клинической картины определенную роль играют психогенные факторы, однако не обусловленная ими депрессивная симптоматика является ведущей в психических нарушениях у данной категории больных.

Литература:

1. Гусев Б. И., Пивина Л. М., Апсаликов К. Н. и др. Влияние ионизирующей радиации на здоровье населения вследствие проведенных ядерных испытаний в Казахстане // *Медико – социальные последствия облучения населения Казахстана в результате испытаний ядерного оружия*. - Семипалатинск, 2002.
2. Смулевич А. Б. *Депрессии в общей медицинской практике*. – М., 2000.
3. Логановский К. Н., Нягу А. И. *Характеристика психических расстройств у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы в свете международной классификации болезней 10-го пересмотра / Социальная и клиническая психиатрия*. – 1995. – № 2. – С. 15-23.
4. Пивень Б. Н. *К вопросу о характере психических нарушений у лиц, находившихся в зоне катастрофы на Чернобыльской АЭС // Социал. и клинич. психиатрия*. - 2000. - № 1. - С. 78-82.
5. Румянцева Г. М., Левина Т. М. и др. *Роль радиационных и психологических факторов в формировании невротических симптомов у населения, вовлеченного в аварию на ЧАЭС // Медицина катастроф*. - 1996. - Т. 4, № 16. - С. 61 - 70.
6. Hawton K, Van Heeringen K. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Jul 15, 2000.
7. Stevenson S. *Semipalatinsk - The European Perspective*. Aug 29, 2001 - Almaty, Kazakhstan.
8. Thompson A. *Living at Ground Zero*. <http://www.peace.ca/nucleararticle.htm>
9. Уразалин М., Такамура Н. *Суицид – проблема здравоохранения стран всего мира. Ситуация в Казахстане и в регионе Семипалатинска*. *Семейный врач* № 3. – 2002. – С. 61 - 70.