

УДК 616.89-008.443

РИСКОМ СУИЦИДА ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

*Бухарский государственный
медицинский институт
Эргашева Ю.Й.*

Резюме

Связь между хроническими соматическими расстройствами и риском суицида изучалась во многих исследованиях. Общими чертами исследований являются большие различия в качестве и выборе метода обучения. Исследования, проведенные в последние десятилетия, значительно улучшили знания не только о степени риска, но и о факторах, влияющих на риск. Большинство исследований завершённых самоубийств было проведено в европейских странах, Соединенных Штатах Америки и Австралии, одно исследование было проведено в Японии [Stenager 1992; Harris and Barraclough 1994; Stenager and Stenager]. 1997; Ружичка и др. 2005].

Ключевые слова: риск суицида, соматоформное расстройство, суицидальные мысли

Резюме

Surunkali somatic kasallik va o'z joniga qasd qilish xavfi o'rtasidagi bog'liqlik ko'plab tadqiqotlarda o'rganilgan. Tadqiqotning umumiy xususiyatlari sifat va o'qitish usulini tanlashdagi katta farqlardir. So'nggi o'n yilliklarda olib borilgan tadqiqotlar nafaqat xavf darajasi, balki xavfga ta'sir qiluvchi omillar to'g'risida ham bilimlarni sezilarli darajada yaxshiladi. Tugallangan o'z joniga qasd qilish bo'yicha ko'plab tadqiqotlar Yevropa mamlakatlari, Amerika Qo'shma Shtatlari va Avstraliyada, bittasi Yaponiyada o'tkazilgan [Stenager 1992; Xarris va Barraklou, 1994; Stenager va Stenager]. 1997 yil; Ruzicka va boshqalar 2005].

Kalit so'zlar: o'z joniga qasd qilish xavfi, somatoform buzilish, o'z joniga qasd qilish fikri

Summary: The relationship between chronic physical illness and the risk of suicide has been studied in many studies. Common features of the research are large differences in the quality and choice of teaching method. Research carried out in recent decades has significantly improved knowledge not only about the degree of risk, but also about the factors influencing the risk. Most studies of completed suicide have been conducted in European countries, the United States of America and Australia, with one in Japan [Stenager 1992; Harris and Barraclough 1994; Stenager and Stenager]. 1997; Ruzicka et al. 2005].

Key words: risk of suicide, somatoform disorder, suicidal thoughts

Введение

Самоубийство-серьезная проблема общественного здравоохранения. Это сложное поведение со многими «причинами», несколькими биологическими, а также психосоциальными и культурными компонентами [1,2]. Существующая литература свидетельствует о том, что суицидальность развивается по континууму, варьирующемуся от менее тяжелых форм мысли о смерти или суицидальные мысли до наиболее серьезных проявлений намерения умереть или завершение самоубийства [1,2,4,6,]. Уровень самоубийств в Индии - один из самых высоких в мире, и почти 75% самоубийств происходят в странах с уровнем дохода ниже среднего. Оценка самоубийства важна, потому что многие пациенты, которые допускают обращение в медицинские учреждениях до совершения акта [5,6,9].

В исследовании, посвященном распространенности и коморбидности психических расстройств у лиц, совершающих серьезные попытки суицида, было обнаружено, что 78,2% имели психическое расстройство на момент попытки.

Риск попытки суицида увеличивается с увеличением психической заболеваемости людей с хронической болями чаще возникают суицидальные мысли и суицидальные попытки. Безднадежность и не поддержка семьи являются важными детерминантами суицидальных мыслей. Факторами, связанными с риском завершения суицида при серьезных аффективных расстройствах, являются одиночество, безнадеежность относительно будущего, попытка самоубийства в прошлом, суицидальные мысли, семейная изоляция, раннее начало депрессии, сопутствующий алкоголизм и субъективная депрессия. История суицидального поведения у родственников первой степени родства также является важным фактором риска.

Исследования документально подтвердили риск суицидальности у пациентов с плохим физическим здоровьем. Инвалидность была независимо связана с желанием смерти у пожилых людей.

Суицидальные намерения как предвестники суицидальной попытки заслуживают **тщательного** изучения, особенно среди людей, страдающих хроническими болезненными состояниями. Большинство этих исследований было сосредоточено на группах высокого риска суицидальных действий с фатальными последствиями, таких как пациенты с большой депрессией. Большинство исследований связи между хроническими соматическими расстройствами и суицидным поведением, включая суицидальные мысли и попытки суицида, продемонстрировали корреляцию. Исследования проводились в Европе [Pajonk *et al.* 2002], США [Druss and Pincuss 2000] и Австралии [Lawrence *et al.* 2000].

Эта статья представляет собой обзор современных знаний о суициде и суицидальном поведении при отдельных соматических расстройствах и болевых синдромах, а также на то, отражает ли это изменение оценочного риска суицидного поведения на соматоформными расстройствами.

Цель: Целью данного исследования является изучение суицидальности у пациентов с риском суицида при соматоформных расстройствах.

Материалы и методы. Риск суицида оценивалась среди 90 последовательных пациентов с диагнозом соматизирующее расстройство в соответствии с критериями МКБ-10. В исследовании использовались Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus и шкала Бека «Шкала суицидальных мыслей».

Полученные результаты. В выборке исследования 41,7% сообщили о желании умереть, 57,1% сообщили о неспецифических активных суицидальных мыслях и 1,2% сообщили об активных суицидальных мыслях с конкретным планом и намерениями. Наиболее частой причиной суицидальных мыслей было прекращение боли.

Данные были собраны с помощью специально разработанной анкеты. Мини-международное нейropsychиатрическое интервью-Плюс использовалось для исключения сопутствующих психических заболеваний. Для измерения суицидальности использовалась Шкала Бека «Шкала суицидальных мыслей» для оценки степени тяжести суицида. Измерялись четыре конструкции это серьезность мышления, подшкала интенсивности мышления, подшкала суицидального поведения и подшкала летальности. Подшкала летальности оценивает реальные попытки. В зависимости от исследования используются разные периоды оценки период жизни оценивает наихудшие мысли, являясь более сильным предиктором последующего самоубийства, чем текущие представления. Эти оценки проводились отдельно от их обычного управления. В ходе исследования было обращено внимание на 47 пациентов, которые соответствовали критериям включения, 18 пациентов отказались от согласия по разным причинам, что в итоге привело к 90 пациентам с соматическим расстройством в исследуемой выборке.

В исследование было включено 90 пациентов со средним возрастом 51,5 года [$\pm 10,043$]. Среди участников большинство составляли женщины [53,6%], около 82,2% выборки состояли в браке, 31,9% были домохозяйками. Около 20,5% были неграмотными, 56,2% окончили начальную школу и только около 26% имели образование выше.

В исследуемой популяции 6,9% сообщили об активных суицидальных идеях с использованием любых методов без намерения действовать, 1,4% сообщили об

активных суицидных идеях с некоторыми намерениями. действовать без конкретного плана,

Среди всех пациентов, сообщивших о суицидальных мыслях, 16,9% имели частоту возникновения мыслей от 1 до 6 раз в неделю. Около 20,8% сообщили, что у них бывает <30 мин. в день. Около 52,6% сообщили, что им легко удастся контролировать эти мысли, 66,9% сообщили, что сдерживающие факторы, такие как семья, религия, смерть, определенно остановили их от попытки самоубийства. Наиболее частой причиной суицидальных мыслей было избавление от боли [49,6%], а 24,8% сообщили, что причиной возникновения суицидальных мыслей является полное прекращение боли.

Категориальное распределение тревоги и депрессии

	2,3 и 4 стадия		1 стадия	
	Тревога	Депрессия	Тревога	Депрессия
	%	%	%	%
Никаких дел	19.8	39.0	28.2	10.8
Сомнительные случаи	16.9	21.3	27.8	16.1
Тяжелые случаи	31.3	42.9	23.1	12.9

Почти 1,2% пациентов имели несуйцидное самоповреждающее поведение, ни один из них не прервал попытку, 3,9% не прервали попытку, и во время оценки ни у одного из участников не было подготовительных действий или поведения.

Выводы

Систематические данные о суицидальности при соматоформных расстройствах немногочисленны; в исследовании рассматривается суицидальность при соматоформных расстройствах без сопутствующих психических заболеваний. Клинический опыт показывает, что суицидальные мысли распространены при соматоформном расстройстве не реже, чем при других психических расстройствах.

Демографические переменные исследования показывают, что около 68% пациенты были в возрасте от 39 до 68 лет. Средний возраст исследуемой группы составил 41,52 года [$\pm 12,05$]. Хотя соматоформное расстройство обычно начинается рано, обращение к психиатру обычно происходит поздно. Хроническое течение и поздняя диагностика предполагают, что

пациенты дольше страдали от болевых симптомов, что увеличивало суицидальность в выборке. В исследовании, в котором проводился скрининг на соматизацию и ипохондрию у пациентов первичной медико-санитарной помощи и стационарных неврологических пациентов, 72% и 45% составляли женщины, соответственно. Большинство участников, то есть около 79,8%, были женаты и жили в семье, что является обычным явлением в культуре. Большая часть выборки принадлежала к религии ислама, которые обычно являются пациентами больницы, а женщины, как в этой культуре, были в основном домохозяйками [51,9%]. Священный Коран запрещает самоубийства что может быть причиной меньшего количества попыток самоубийства в нашей выборке исследования, поскольку большинство участников принадлежали к религии ислама. Большинство пациентов оставались со своей семьей, и поддержка семьи считается одним из наиболее важных факторов, определяющих самоубийство.

Среди больных, сообщивших о суицидальных мыслях, 56,2% заявили, что сдерживающие факторы, такие как семья, религия, смерть, определенно остановили их от попытки самоубийства. Исследования определили, что женский пол, младший возраст; меньшее образование является фактором риска суицидальных мыслей. Исследования также показали, что безработица и низкий доход у мужчин имеют сильное влияние на самоубийства. В нашем исследовании 2,9% пациенты имели несуйцидное самоповреждающее поведение, ни у одного из них не было прерванной попытки. Наши исследования-однородная группа, включающая соматоформные расстройства (это состояния имеют необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы) без какой-либо сопутствующей психической патологии. Оценивались частота и интенсивность суицидальных мыслей, а также суицидальное поведение.

Исследование показало, что соматоформные расстройства связаны с высокой суицидальностью и требуют тщательного изучения.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Сигел Ребекка Л, Миллер Кимберли Д, Джемаль Ахмед. Статистика рака, 2019год . SA Cancer J Clin 2019. 7–34.
2. Национальный Онкологический Центр. Национальный Доклад О Раке 2018 Года (2018). (EB/OL) (2018-02) (03-27-2018).
3. Батя Эй, Катерина м, ДжорджиоР и др. Экстремальные паттерны сенсорной обработки и их связь с клиническими состояниями у лиц с основными аффективными расстройствами. Психиатрия РЭС 2016. 112–8.
4. Клонски Эд, май АМ, Саффер мимо. Самоубийство, попытки самоубийства и суицидальные идеи. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12: 307-30.
5. Ма J, Batterham PJ, Callear AL, Han J. систематический обзор предсказаний межличностно-психологической теории суицидального поведения. Clin Psychol Rev. 2016 Jun;46: 34-45.