

Радикальные атрибуции являются предиктором суицидальных мыслей и суицидальных попыток при биполярном аффективном расстройстве: проспективные данные исследования STEP-BD

Среди пациентов с биполярным аффективным расстройством (БАР) высока частота самоубийств. В предыдущих исследованиях показано, что от 25 до 50 % больных БАР имеют хотя бы одну суицидальную попытку в анамнезе (1). В нескольких исследованиях БАР проведена оценка психосоциальных предикторов суицидальных мыслей и попыток (2,3).

Негативные жизненные события и чувство безысходности нередко приводят к суицидальной попытке (2). При БАР и большом депрессивном расстройстве так называемая «радикальная атрибуция», то есть тенденция к крайне жестким, «черно-белым» суждениям о причинах тех или иных жизненных событий (например, «Я полный неудачник») связана с неблагоприятным течением заболевания (4-6). Связь радикальной атрибуции и суицидальных феноменов при БАР до настоящего времени оставалась неизученной.

В данном исследовании проведена оценка взаимосвязи между радикальной атрибуцией, наличием суицидальных попыток в анамнезе и возникновением суицидальных мыслей среди пациентов с депрессией в рамках БАР.

В исследование вошли 100 депрессивных пациентов с диагнозом БАР I типа (61 %) или БАР II типа (39 %) в соответствии с критериями DSM-IV. Участники исследования отобраны из 293 амбулаторных больных, включенных в рандомизированное контролируемое исследование сравнительной эффективности психотерапии и метода совместного оказания помощи в рамках исследования STEP-BD (Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder, Программа систематического усовершенствования методов лечения биполярного расстройства [7]). Пациенты, вошедшие в настоящее исследование, прошли оценку атрибутивных стилей и предоставили достоверные данные суицидологического анамнеза.

Диагностика БАР и оценка суицидологического анамнеза выполнялась врачами-исследователями с использованием инструмента Affective Disorders Evaluation (Оценка аффективных расстройств [8]). Для оценки аффективных симптомов, включая суицидальные мысли, на каждом визите в течение 1 года заполнялась специальная форма клинического наблюдения (9).

Опросник для оценки атрибутивного стиля (ASQ [10]) использовался для измерения радикальной атрибуции. Участники оценивали воспринимаемую причину двенадцати гипотетических жизненных событий жизни по 7-бальным шкалам Лайкерта с точки зрения интернализированности («событие произошло из-за меня» - «событие произошло из-за других людей»), стабильности («всегда» - «никогда не присутствует») и глобальности («все ситуации» - «только эта ситуация»). В соответствии с результатами предшествующих исследований (4-6), мы рассчитали переменные, отражающие общий атрибутивный стиль пациента (общий балл ASQ) и количество «радикальных» атрибуций (показатель от 1 до 7). Внутренняя согласованность методики была достаточно высокой (альфа 5,76).

Среди 100 участников у 31 % в прошлом случались суицидальные попытки. У 71 % в течение 1 года возникли суицидальные мысли.

Логистический регрессионный анализ (после коррекции по типу БАР, т. е. по наличию расстройства I или II типа) показал, что пациенты, которые делали более радикальные атрибуции с большей вероятностью имели в анамнезе попытку суицида ($OR=1,06$, $p=0,04$, $\Delta R^2=0,06$). Этот эффект остался значимым после коррекции по начальным симптомам депрессии и мании, полу, текущему возрасту, возрасту начала БАР, наличию коморбидного тревожного расстройства, числу тревожных расстройств в течение жизни, числу коморбидных психических расстройств и нарушениям сна ($OR=1,08$, $p=0,02$, $\Delta R^2=0,07$). Однако, после коррекции по количеству эпизодов депрессии или мании/гипомании в течение жизни этот эффект перестал быть статистически значимым ($OR=1,06$, $p=0,12$, $\Delta R^2=0,03$). Общий атрибутивный стиль не являлся значимым предиктором наличия суицидальных попыток в анамнезе ($OR=1,01$, $p=0,61$, $\Delta R^2<0,01$).

Иерархическая логистическая регрессия показала, что существует значимое взаимодействие между радикальными атрибуциями и суицидальным анамнезом в отношении прогнозирования возникновения суицидальных мыслей в течение проспективного периода исследования безотносительно исходной тяжести депрессии ($OR=1,20$, $p=0,03$, $\Delta R^2=0,07$). Радикальная атрибуция являлась значимым предиктором более высокой вероятности возникновения суицидальных мыслей среди пациентов с суицидальной попыткой в анамнезе ($t=2,08$, $p=0,04$), но не среди пациентов без суицидальных попыток в анамнезе ($t=-0,64$, $p=0,52$). Эти результаты оставались статистически значимыми даже после коррекции по разновидности психосоциальной терапии, исходным симптомам мании, количеству сеансов психосоциальной терапии, количеству дней участия в исследовании, типу БАР (I или II тип), возрасту, полу, образованию, количеству эпизодов депрессии и мании/гипомании в течение жизни, числу коморбидных психиатрических диагнозов, медикаментозной психиатрической нагрузке и возрасту начала БАР (показатель взаимодействия: $OR=1,37$, $p=0,01$). В отличие от радикальной атрибуции, общий атрибутивный стиль не являлся значимым предиктором возникновения суицидальных мыслей – ни в качестве основного эффекта, ни при взаимодействии с фактом суицидальной попытки в анамнезе ($OR=1,01$, $p=0,89$, $\Delta R^2<0,01$).

Наши результаты предполагают, что оценка радикальных стилей мышления может быть важной для выявления пациентов с БАР, подверженных высокому риску суицида. Ограничения настоящего исследования включают тот факт, что наша выборка получала психосоциальную терапию – в настоящее время не ясно, насколько эти результаты можно генерализовать на всю популяцию больных БАР, не получающих психотерапию. Низкие исходные показатели не позволили нам проспективно оценить связь радикальной атрибуции и попыток самоубийства. В заключение скажем, что врачам следует обратить более пристальное внимание на радикальные атрибуции у больных БАР. Возможно, это позволит снизить частоту суицидальных феноменов при этом заболевании.

**Jonathan P. Stange¹, Louisa G. Sylvia²,
Pedro Vieira da Silva Magalhaes³,
David J. Miklowitz⁴, Michael W. Otto⁵,
Ellen Frank⁶, Michael Berk^{7,8}, Natasha S. Hansen²,
Darin D. Dougherty², Andrew A. Nierenberg²,
Thilo Deckersbach²**

¹Department of Psychology, Temple University, Philadelphia, PA, USA (США);

²Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA (США);

³National Institute for Translational Medicine, Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil (Бразилия);

⁴Division of Child and Adolescent Psychiatry, UCLA School of Medicine, Los Angeles, CA, USA (США);

⁵Department of Psychology, Boston University, Boston, MA, USA (США);

⁶Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA (США);

⁷Deakin University, School of Medicine, Geelong, Australia (Австралия);

⁸Orygen Youth Health Research Centre, and Department of Psychiatry, University of Melbourne, Parkville, Australia (Австралия).

Перевод: Алфимов П.В.
Редактура: Курсаков А.А.

Библиография

1. Chen Y-W, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative

to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry* 1996;39:896-9.

2. Malhi GS, Bargh DM, Kuiper S et al. Modeling bipolar disorder suicidality. *Bipolar Disord* 2013;15:559-74.
3. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O et al. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006;8:576-85.
4. Stange JP, Sylvia LG, da Silva Magalhaes PV et al. Extreme attributions predict the course of bipolar depression: results from the STEP-BD randomized controlled trial of psychosocial treatment. *J Clin Psychiatry* 2013;74:249-55.
5. Stange JP, Sylvia LG, Magalhaes PV et al. Extreme attributions predict transition from depression to mania or hypomania in bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 2013;47:1329-36.
6. Peterson TJ, Feldman G, Harley R et al. Extreme response style in recurrent and chronically depressed patients: change with antidepressant administration and stability during the continuation treatment. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:145-53.
7. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:419-26.
8. Sachs GS. Use of clonazepam for bipolar affective disorder. *J Clin Psychiatry* 1990;51(Suppl. 1):31-4.
9. Sachs GS, Guille C, McMurrich SL. A clinical monitoring form for mood disorders. *Bipolar Disord* 2002;4:323-7.
10. Peterson C, Semmel A, von Baeyer C et al. The Attributional Style Questionnaire. *Cogn Ther Res* 1982;6:287-99.

DOI 10.1002/wps.20093