

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Л.Н. Касимова, М.В. Втюрина, М.В. Святогор

*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Актуальность проблемы изучения суицидального поведения пациентов, страдающих шизофренией, обусловлена высоким уровнем самоубийств в данной группе: 40–50% пациентов с диагнозом шизофрении сообщают о наличии суицидальных мыслей в некоторые моменты их жизни, а 4–13% из них совершают самоубийство [12]. По данным В.А. Palmer и соавт. [9] 4,9% суицидов – это завершённые самоубийства. Среди суицидентов, страдающих психическими заболеваниями, частота встречаемости пациентов с шизофренией составляет от 10% до 40% [1, 2, 4]. В одном из последних исследований суицидального поведения психически больных показано, что пациенты, страдающие шизофренией, шизотипическим и шизоаффективным расстройствами составили более половины всех случаев – 58,2% [3].

При оценке суицидальных тенденций принято выделять факторы риска и защитные факторы. К предикторам совершения суицида при шизофрении относят частые госпитализации в течение последнего года, страх ухудшения состояния здоровья, переживания из-за нежелательных явлений терапии [13]. Также повышают вероятность самоубийства коморбидные аффективные расстройства, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами, особенно при наличии в статусе таких симптомов как безнадежность, подавленное настроение, идеи малоценности, тревога и агитация, панические атаки, позитивные психотические симптомы (особенно императивные галлюцинации), импульсивное поведение, гнев. К социо-демографическим факторам риска относят: мужской пол, молодой возраст (15–35 лет) и возраст старше 65 лет, социальную изоляцию и разрыв межличностных отношений. Резко повышают риск суицида наличие суицидальных мыслей, суицидальных намерений и плана самоубийства, наличие в анамнезе суицидальных действий, доступ к летальным методам [6, 7, 13].

К факторам защиты относят наличие семьи, детей, чувство ответственности перед семьей или обществом, сложившиеся морально-этические и религиозные убеждения, стремление человека к выжива-

нию и страх самого акта самоубийства, а также трудовую занятость, высокий уровень удовлетворенностью жизнью, социальную поддержку, хорошую приверженность пациента к лечению [10, 13].

Целью настоящего исследования явилось комплексное изучение факторов суицидального риска у пациентов с диагнозом шизофрения.

Материалы и методы

В основу работы положены материалы обследования 205 пациентов, проходивших стационарное лечение в ГБУЗ НО «Клиническая психиатрическая больница №1 г. Нижнего Новгорода» с диагнозом шизофрения (соответственно рубрике МКБ-10 F20). Для оценки состояния пациентов использовался метод клинического структурированного опроса, включающего в себя социо-демографические и этнокультуральные сведения, данные анамнеза и клиническую часть. Для оценки суицидального риска были использованы такие валидизированные шкалы и самопросники как шкала оценки суицидального риска (Tool for Assessment of Suicide Risk – TASR), шкала суицидальных мыслей Бека (Beck Scale for Suicide Ideation – SSI), шкала причин для жизни (Reasons for Living Inventory – RFL).

TASR является инструментом, который легко использовать в ежедневной клинической практике для выявления наиболее актуальных индивидуальных и клинических факторов риска суицида. Данная шкала состоит из трех блоков: профиль индивидуального риска, включающий социо-демографические характеристики, профиль симптоматического риска и профиль риска на момент интервью. Суммарная оценка по данной шкале базируется на общем клиническом впечатлении в ходе обследования, в результате которого пациенты относятся к группам высокого, среднего и низкого суицидального риска [7]. Шкала суицидальных мыслей Бека (SSI) позволяет оценить непосредственную интенсивность намерений, поведения и планирования самоубийства среди пациентов с психическими заболеваниями. Учитываются такие важные факторы, как активные суици-

дальние намерения, пассивное суицидальное поведение и приготовления к самоубийству [6]. С помощью шкалы причин для жизни (RFL) исследуются потенциальные защитные факторы у лиц с суицидальными намерениями. RFL состоит из 48 пунктов, которые заполняет респондент (самоопросник). Шкала включает 6 подшкал: вера в способность выжить, ответственность перед семьей, беспокойство о детях, страх самоубийства, страх социального неодобрения, моральное осуждение. RFL может использоваться, как в клинической практике, так и в популяционных исследованиях [10].

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы SPSS 17.0. Для характеристики полученных данных использовались критерии описательной статистики: минимум, максимум, средняя арифметическая, стандартное (среднеквадратическое) отклонение. Сравнение групп проводилось с использованием U-критерия Манна-Уитни и двустороннего теста Фишера. Для исследования связи признаков применялся метод ранговой корреляции по Спирмену.

Было обследовано 119 (58,0%) мужчин и 86 (42,0%) женщин в возрасте от 16 до 74 лет (средний возраст $38,60 \pm 13,12$ лет). Преобладали лица молодого и среднего возраста (20–59 лет) – 89,6%.

Среди пациентов основную долю составили неработающие лица, имеющие инвалидность по психическому заболеванию – 68,8%, достоверно меньше было работающих – 11,7%. Особого внимания заслуживает значительная часть больных трудоспособного возраста (14,6%), которые на момент госпитализации в психиатрический стационар не являлись инвалидами по какому-либо заболеванию и не работали, то есть имели выраженную степень трудовой дезадаптации.

Основной контингент обследованных составили одинокие пациенты (холостые, разведенные, вдовы) – 89,2%, лишь 10,2% пациентов имели собственную семью. Большинство пациентов оценили свои жилищные условия как достаточно благоприятные: с родственниками или родителями проживали 46,3%, а 49,3% – в отдельных квартирах.

Значительная часть больных (91,2%) находилась под диспансерным наблюдением, лишь 8,8% госпита-

лизировались в психиатрический стационар впервые в жизни. При изучении длительности заболевания мы выделили следующие группы: пациенты, которые болели менее одного года – 11,7%, с длительностью заболевания 1–5 лет – 18,5%, страдающие шизофренией в течение 5–10 лет – 21,5% и более 10 лет – 48,3%.

Изучение психопатологической структуры заболевания показало, что у большинства была диагностирована параноидная форма шизофрении – 86,2%, реже встречались: кататоническая – 3,3%, гебефреническая – 3,9%, простая – 2,8% и недифференцированная формы – 3,9%. В исследованной группе выделены следующие типы течения шизофрении: непрерывная – 74,0%, приступообразно-прогредиентная – 21,0% и отдельную часть (5,0%) составили пациенты с диагнозом шизофрения, которые наблюдались у психиатра менее одного года и тип течения, согласно классификации МКБ-10, не был установлен.

Анализ синдромальной структуры у пациентов с диагнозом шизофрении выявил в порядке убывания следующие синдромы: галлюцинаторно-параноидный (25,4%), депрессивно-параноидный (16,6%), параноидный (13,7%), полиморфная симптоматика (11,2%), кататонический (6,8%), аффективно-бредовый (6,3%), парафренный (5,9%), тревожно-депрессивный (5,9%), ипохондрический (2,9%) и депрессивный (2,4%). В чистом виде депрессивные синдромы имели низкий удельный вес, так как они входили в состав более сложных синдромов (депрессивно-параноидный, тревожно-депрессивный).

Результаты и обсуждение

Известно, что завершенные суициды в общей популяции чаще совершают мужчины [5, 8, 11]. Мы исследовали особенности суицидального поведения у мужчин и женщин, страдающих шизофренией. Данные, полученные при изучении факторов риска по шкалам TASSR и SSI и защитных факторов с помощью опросника RFL, представлены в таблице. Выявлено значительное число значимых отличий в показателях суицидального риска между мужчинами и женщинами. Для женщин связь обнаруживалась с такими защитными факторами, как «вера в способ-

Оценка суицидального риска мужчин и женщин с диагнозом шизофрении

Показатель	Мужчины	Женщины	Точный критерий Фишера, двусторонний тест, p
Полный счет TASSR	16,4±10,74	15,14±8,41	p=0,886
Профиль индивидуального риска	3,45±0,95	2,35±0,82	p<0,0001
Профиль симптоматического риска	6,69±4,35	7,02±3,45	p=0,305
Профиль риска на момент интервью	5,95±6,48	5,65±5,61	p=0,841
Полный счет RFL	198,60±38,95	209,99±39,48	p=0,008
Вера в способность выжить	4,44±0,95	4,76±0,85	p=0,013
Ответственность перед семьей	4,11±1,23	4,64±1,09	p=0,002
Беспокойство о детях	4,35±1,32	5,03±1,23	p<0,0001
Страх самоубийства	3,52±1,35	3,04±1,44	p=0,015
Страх социального неодобрения	3,50±1,34	3,47±1,52	p=0,984
Моральное осуждение	3,71±1,37	4,18±1,31	p=0,009
Полный счет SSI	16,91±8,04	13,55±10,62	p=0,005

Примечания: полужирным шрифтом выделены значимые различия.

ность выжить» ($r=0,175$; $p=0,012$), «ответственность перед семьей» ($r=0,218$; $p=0,002$), «беспокойство о детях» ($r=0,272$; $p<0,0001$) и «моральное осуждение» ($r=0,182$; $p=0,009$), в то время как для мужчин «страх самоубийства» ($r=0,171$; $p=0,014$). Установлено, что у мужчин риск совершения суицида выше, чем у женщин. Это подтверждается низкими показателями по шкале RFL (меньше факторов защиты: полный счет $RFL=198,60\pm 38,95$, $p=0,008$) и большей интенсивностью суицидальных мыслей (по шкале $SSI=16,91\pm 8,04$, $p=0,005$).

При исследовании возрастных групп пациентов с диагнозом шизофрения было установлено, что суицидальный риск статистически значимо выше в молодом возрасте (по шкале $TASR=17,42\pm 11,36$), чем в возрастной группе 60–69 лет ($10,07\pm 9,53$, $p=0,005$). При этом у пациентов в возрасте 20–29 лет значительно больше защитных факторов – более высокие показатели по шкале RFL ($210,65\pm 38,57$) по сравнению с больными старшего возраста – $181,21\pm 44,49$ ($p=0,041$). Таким образом, вероятность совершения самоубийства больными с диагнозом шизофрения в возрасте до 30 лет остается высокой, однако, наличие большего количества антисуицидальных факторов, может существенно снизить риск суицида.

Защитные факторы (ответственность перед семьей, беспокойство о детях, страх самого акта самоубийства) превалировали в группе пациентов с продолжительностью болезни до 5 лет, а с течением заболевания число причин для жизни статистически значимо снижалось (показатель по шкале $RFL=217,21\pm 42,72$ и $195,99\pm 33,47$ соответственно, $p=0,005$). Вместе с тем факторы риска совершения суицидальной попытки (по шкалам $TASR$ и SSI) не зависели от длительности болезни (статистически значимых различий не выявлялось).

В нашем исследовании установлено, что наименьший риск совершения самоубийства при простой форме шизофрении – ниже, общий балл по шкале оценки суицидального риска ($TASR=3,60\pm 1,34$; $p<0,0001$). При исследовании причин для жизни мы выявили, что пациенты с параноидной и недифференцированной формами шизофрении имеют больше защитных факторов ($RFL=204,84\pm 40,03$ и $RFL=214,86\pm 13,01$), чем пациенты с кататонической формой ($RFL=168,00\pm 35,05$), также больные с недифференцированной формой отмечали больше протективных факторов, чем пациенты с простой – $RFL=194,00\pm 13,69$ ($p=0,038$, $p=0,009$ и $p=0,016$ соответственно). При сравнении типов течения шизофрении больше всего факторов риска выявлялось у больных с приступообразно-прогредиентной шизофренией ($p=0,036$). Таким образом, формы шизофрении, сопряженные с быстрым нарастанием дефекта, имеют меньший риск суицида.

Негативные психопатологические симптомы, сформированные в тот или иной тип дефекта, были представлены у 76,8% всех обследованных. Пациенты с преобладанием негативных расстройств, у

которых сформировался дефект, имели более низкие баллы по шкалам $TASR$ и SSI , что говорит о меньшем суицидальном риске в данной группе ($p=0,009$ и $p=0,022$ соответственно).

Широко известен факт роста суицидального риска при наличии депрессивной симптоматики. При анализе синдромальной структуры заболевания мы установили, что наиболее суицидоопасными являются: депрессивно-параноидный (по шкале $TASR=26,76\pm 7,52$), тревожно-депрессивный ($22,17\pm 5,98$) и депрессивные синдромы ($23,40\pm 9,45$) по сравнению с остальными психопатологическими синдромами в рамках шизофрении ($p=0,0001$).

Как известно, наиболее значимым показателем высокого риска суицида у пациентов, страдающих шизофренией, является наличие в анамнезе суицидальных попыток. В данном исследовании попытки самоубийства наблюдались с одинаковой частотой у мужчин и женщин (29,4% и 31,4% соответственно). Было выявлено, что пациенты с суицидальными попытками в анамнезе или те, кто поступал в психиатрический стационар после совершения суицида имеют больше факторов риска – высокие оценки по шкалам $TASR$ и SSI ($p<0,0001$). При этом статистической разницы в выраженности антисуицидальных факторов не выявлено. Значительно меньше беспокойства о детях и заботы о моральном осуждении испытывали пациенты с суицидальной попыткой на момент обследования, чем пациенты без суицида или те, кто совершал попытку самоубийства ранее ($p=0,007$, $p=0,011$, $p=0,043$ и $p=0,028$ соответственно). У пациентов, которые не совершали в течение жизни самоубийства, имелись корреляционные связи с низкими показателями по шкалам суицидального риска – $TASR$ и SSI ($r=0,581$ и $r=0,534$; $p<0,0001$), а те, у кого была суицидальная попытка в анамнезе или на момент текущей госпитализации – с высокими баллами ($r=0,436$ и $r=0,397$; $p<0,0001$). Несомненно, наличие суицидальной попытки в анамнезе – один из главных показателей суицидальной активности пациента.

При обобщении совокупности исследованных данных было выявлено, что высокие показатели по шкалам суицидального риска $TASR$ и суицидальных мыслей SSI коррелировали с мужским полом ($r=0,219$; $p=0,004$), отсутствием у пациентов детей ($r=0,201$; $p=0,004$), отягощенной наследственностью какими-либо психопатологическими расстройствами ($r=0,176$; $p=0,012$), наличием психодезадаптационных эпизодов в детстве ($r=0,159$; $p=0,023$), зависимостью от психоактивных веществ и алкоголя на момент обследования ($r=0,237$; $p=0,001$), наличием суицидальных попыток в анамнезе ($r=0,436$; $p<0,0001$) или в настоящую госпитализацию ($r=0,342$; $p<0,0001$), ведущими синдромами тревоги и депрессии в статусе ($r=0,222$; $p=0,004$ и $r=0,214$; $p=0,005$ соответственно) и с отсутствием негативных расстройств, сформированных в дефект ($r=0,202$; $p=0,015$). Установлено, что при увеличении балла по шкале $TASR$ (суици-

дальний риск), усиливается и интенсивность суицидальных идей ($r=0,539$; $p<0,0001$).

Высокие показатели по опроснику причин для жизни (RFL) отмечались у женщин ($r=0,187$; $p=0,007$), у пациентов с детьми ($r=0,242$; $p<0,0001$), у больных без отягощенной наследственности и без психозадаптационных эпизодов в детстве ($r=0,198$; $p=0,004$ и $r=0,218$; $p=0,002$ соответственно), у пациентов с меньшей длительностью заболевания ($r=-0,199$; $p=0,004$) и низкими показателями шкалы SSI ($r=-0,209$; $p=0,004$).

Заключение

Таким образом, в ходе исследования были выявлены группы суицидогенных и антисуицидальных признаков. Группу суицидального риска при шизофрении составляли пациенты мужского пола, одинокие или социально изолированные, страдающие параноидной или недифференцированной формами шизофрении, имеющие приступообразно-прогредиентное течение заболевания, без сформировавшегося дефекта, с ведущими депрессивно-параноидным, тревожно-депрессивным и депрессивным синдромами, имеющие суицидальные попытки в анамнезе. Отягощенная наследственность, психозадаптационные эпизоды в детстве, наличие син-

дрома зависимости от того или иного психоактивного вещества также увеличивали риск совершения самоубийства. В то же время наличие семьи и социальной поддержки, беспокойство о будущем детей, сформированность морально-этических норм и стремление к выживанию являлись основными защитными факторами в данной группе пациентов.

Определение факторов, увеличивающих или уменьшающих риск самоубийства, могут помочь оценить вероятность совершения суицида конкретным пациентом. Важно отметить, что ни один фактор защиты или риска сам по себе, независимо от других, не может быть предиктором суицидальной попытки. Кроме того, не все факторы защиты или риска с одинаковой силой влияют на суицидальную активность. Например, пол – один из наиболее часто упоминающихся факторов риска (мужчины чаще совершают завершённые самоубийства, чем женщины), в то же время, лица, имеющие план суицида, независимо от гендерной принадлежности имеют большую вероятность закончить жизнь самоубийством. Таким образом, важно учитывать совокупность всех факторов в каждом конкретном случае, чтобы своевременно оказывать необходимую и адекватную помощь для предотвращения суицидального поведения пациентов, страдающих шизофренией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жерехова Е.М. Клиническая характеристика и типология суицидального поведения у больных шизофренией: Дисс. ... канд. мед. наук. Томск, 2002. 161 с.
2. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / под ред. Д. Вассерман, пер. Е. Ройне, М.: Смысл, 2005. 310 с.
3. Распопова Н.И. Механизмы формирования, клинические особенности и профилактика суицидального поведения у больных с психическими расстройствами: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 2010. 460 с.
4. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. Днепропетровск: Пороги, 2006. 472 с.
5. Bakst S., Rabinowitz J., Bromet E.J. Antecedents and patterns of suicide behavior in first-admission psychosis // Schizophr. Bull. 2010. Vol. 36. P. 880–889.
6. Beck A.T. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation / A.T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman // J. Consult. Clin. Psychology. 1979. Vol. 47, N 2. P. 343–352.
7. Kutcher S., Chehil S. Suicide risk management: A manual for health professionals. Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd., 2007. 243 p.
8. Levine S.Z., Bakst S., Rabinowitz J. Suicide attempts at the time of first admission and during early course schizophrenia: a population based study // Psychiatry Res. 2010. Vol. 177. P. 55–59.
9. Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M. The lifetime risk of suicide in schizophrenia. A reexamination // Arch. Gen. Psychiatry. 2005. Vol. 62. P. 247–253.
10. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory / M.M. Linehan et al. // J. Consult. Clin. Psychology. 1983. Vol. 51, N 2. P. 276–286.
11. Reutfors J., Brandt L., Jonsson E.G. et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population-based case-control study // Schizophr. Res. 2009. Vol. 108. P. 231–237.
12. Suicide attempts in schizophrenic patients: Clinical variables / M.C. Mauri et al. // Asian J. Psychiatry. 2013. Vol. 6, N 5. P. 421–427.
13. Suicide Risk Assessment Guide: A Resource for Health Care Organizations / C.M. Perlman, E. Neufeld, L. Martin et al. Toronto, ON: Ontario Hospital and Canadian Patient Safety Institute, 2011. 106 p.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Л.Н. Касимова, М.В. Втюрина, М.В. Святогор

С целью установления суицидального риска больных шизофренией было обследовано 205 пациентов в возрасте от 16 до 74 лет, находившихся на стационарном лечении. Оценены основные социодемографические и клинические характеристики данной популяции. Определены факторы риска суицида в данной группе пациентов. Пока-

зана необходимость определения совокупности множества факторов, которые влияют на увеличение или уменьшение риска самоубийства.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, суицидальный риск, шизофрения.

EVALUATION OF SUICIDAL RISK FACTORS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

L.N. Kasimova, M.V. Vtyurina, M.V. Svyatogor

The authors have investigated 205 schizophrenic in-patients aged 16 to 74 with the purpose to find out about their suicidal risk. They have evaluated key socio-demographic and clinical characteristics of these patients and determined the

risk factors for suicide in this population. The authors emphasize the importance of multiple-factor impact, which can increase or decrease the risk of suicide.

Key words: suicide, suicidal behavior, suicidal risk, schizophrenia.

Касимова Лала Наримановна – профессор, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России; e-mail: kasimovaln@inbox.ru

Втюрина Мария Владимировна – аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России; e-mail: mvturina@rambler.ru

Святогор Марина Викторовна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России; e-mail: svyogor_marina@mail.ru