

## Факторы риска развития суицидального поведения у больных эндогенными психозами

Главный военный клинический госпиталь Вооруженных сил Азербайджанской Республики, Баку

**Резюме.** Представлены факторы риска суицидального поведения у больных эндогенными психозами. Обследованы 120 военнослужащих, поступивших в психиатрический стационар Главного клинического военного госпиталя Вооруженных сил Азербайджанской Республики в период с 2001 по 2011 г. Для обследования пациентов использовали различные клинические и психологические методики, шкалу депрессии при шизофрении Калгари. Суицидальную настроенность пациентов оценивали по шкале Бека. Установлено, что у 38 из числа обследованных имело место суицидальное поведение. В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра у 19 больных диагностирована параноидная шизофрения, у 11 – шизотипическое расстройство, у 8 – шизоаффективный психоз. С точки зрения попыток к суициду выявлена достоверная корреляционная взаимосвязь между лицами, имеющими и не имеющими суицидальных мыслей. Выявлено, что при шизофрении уровень депрессии, оцениваемый по шкале Калгари, с точки зрения депрессии достоверно различался между имеющими и не имеющими суицидальных мыслей. Полученные данные свидетельствуют о важности учета комплекса анамнестических сведений, социальных условий и личностных характеристик, что наряду с клиническими особенностями позволяет определять риск развития суицидального поведения у лиц, страдающих психическими расстройствами. Кроме того, показано сколь сложны и многогранны проблемы самоубийства и недостаточно изучен ряд их важнейших аспектов. Решение затронутых вопросов чрезвычайно актуально как для теории, так и для практики военной психиатрии.

**Ключевые слова:** самоубийства, суицидальное поведение, суицидальные попытки, факторы риска суицидов, шизофрения, депрессия, самоубийства у военнослужащих, эндогенные психозы.

**Введение.** Уровень суицидов среди лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, превышает уровень самоубийств в общей популяции от 2,5 до 5 раз [1, 8]. Процент выявляемых аффективных нарушений среди суицидентов составляет от 70 до 80% [11, 17]. Особенности психического состояния лиц, совершивших суицидальные попытки, являются предметом исследований ученых, практических врачей, социологов, психологов [2–4, 7, 9, 12].

Многообразие методологических подходов к изучению проблемы суицида связано с тем, что самоубийство является «сложным медико-социальным феноменом» [19], имеющим многофакторный характер. Это находит подтверждение при обследовании суицидентов, госпитализированных в психиатрический стационар, у которых «отчетливо определяется влияние неблагоприятных макросоциальных факторов». В связи с чем необходимы не только узко медицинские мероприятия, но и разработка и внедрение комплекса социальных программ, направленных на борьбу с суицидальными тенденциями в обществе [18].

В России к группам повышенного суицидального риска относятся врачи, творческие личности, бизнесмены, военнослужащие срочной службы (до 70% всех самоубийств в армии приходятся на первый год службы); заключенные (60% всех самоубийств в течение первых трех месяцев и в последние месяцы перед освобождением); офицеры в отставке и лица, вышедшие на пенсию [16].

На высокий риск суицидального поведения военнослужащих указывал еще Э. Дюркгейм [10], отмечая у них склонность к самоубийству на 25–90% большую, чем у гражданского населения, связывая ее со слабым осознанием индивидуальности у военных и низкой оценкой собственной жизни. К вопросам суицидального поведения военнослужащих обращались С.В. Литвинцев, В.К. Шамрей, С.А. Беляев, А.В. Боечко, В.Н. Макаров, В.Ю. Рыбников, В.И. Хальзов и др. [5, 6, 13–15, 20, 21].

С проблемой суицидов среди военнослужащих, в большей или меньшей степени, сталкиваются практически все армии ведущих стран мира. Наиболее остро стоящей проблемой оборонных ведомств (в вопросах сохранения жизни и здоровья военнослужащих) является гибель людей в результате самоубийств. Военные эксперты разных стран едины в том, что основными причинами суицидов военнослужащих являются проблемы личностного характера, влияние нездоровой морально-психологической обстановки в коллективе, отсутствие должного внимания командного состава к внутренним проблемам военнослужащих [24, 25, 27–30].

Хотя число самоубийств у военнослужащих меньше (благодаря профессиональному отбору), чем среди гражданской молодежи, однако значительных успехов в профилактике этого явления в Вооруженных силах Азербайджанской Республики пока не достигнуто.

Несмотря на достаточное число работ, посвященных рассматриваемому вопросу, до настоящего

времени остаются неизученными все факторы риска суицидального поведения у больных эндогенными психозами.

**Цель исследования.** Изучить факторы риска суицидального поведения у больных эндогенными психозами.

**Материал и методы.** Обследованы 120 военнослужащих, поступивших в психиатрический стационар Главного военного клинического госпиталя Вооруженных сил Азербайджанской Республики в период с 2001 по 2011 г. У 38 из них (19 рядовых и 19 офицеров, средний возраст  $25 \pm 0,93$  лет) имело место суицидальное поведение (основная группа). В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра у 19 больных диагностирована параноидная шизофрения (рубрики F20.00, 20.01, 20.02), у 11 – шизотипическое расстройство (вялотекущая шизофрения согласно российской классификации), у 8 – шизоаффективный психоз (F25).

Контрольную группу составили 82 обследованных военнослужащих без проявления суицидального поведения и наследственного отягощения по шизофрении (38 рядовых, 44 офицера, средний возраст  $26 \pm 1,5$  лет).

Все обследованные являлись этническими азербайджанцами, проживали в республике. Во всех случаях было получено информированное согласие на участие в исследовании. Данные о пациентах записывались в стандартную форму и включали исследование причины и методы суицида, психиатрический анамнез и социодемографический статус. Социодемографические характеристики обследуемых пациентов содержали информацию о семейном и профессиональном статусе, образовании, условиях службы и жизни. Все собранные данные были в дальнейшем систематизированы и подвергнуты стандартным статистическим методам исследования.

При проведении исследования особое внимание уделялось наличию косвенных признаков суицида (прощальные записки, звонки и SMS, депрессивные эпизоды в анамнезе и др.). Предыдущие попытки суицида и лечение у психиатра были также зафиксированы согласно собранным анамнестическим данным. Дополнительная информация о попытке суицида собиралась у близких больного, а в ряде случаев также и у сопровождающих лиц (командиры, сослуживцы и пр.).

Учитывая психический статус и наличие суицида в анамнезе, перед непосредственным проведением анкетирования лечащим врачом-психиатром и медицинским психологом психиатрического отделения с пациентом проводилась предварительная беседа, в ходе которой больному объяснялись цели и методы проведения данного исследования. Суицидальная настроенность пациента оценивалась согласно шкале Бека (Beck suicide intent scale) [26]. Данная методика состоит из вопросов объективных обстоятельств, относящихся к попытке суицида, а также самостоятельной

оценки пациентом своих действий. Депрессия оценивалась структурированным интервью по Шкале депрессии при шизофрении Калгари (Calgary depression scale for schizophrenia) [22]. Ключевые симптомы, позволяющие выявлять и оценивать тяжесть депрессии при шизофрении, приведены в таблице 1.

Таблица 1

**Ключевые скрининговые вопросы для распознавания депрессии при шизофрении**

Симптом	Вопрос
Депрессия	Как бы Вы описали свое настроение в последние две недели?
Чувство безнадежности	Каким Вы видите свое будущее? Казалась ли Вам жизнь безнадежной?
Суицид	Чувствовали ли Вы, что жить не стоит? Думали ли Вы когда-нибудь о том, чтобы со всем этим покончить?

**Результаты и их обсуждение.** Из 120 обследуемых суицидальные мысли по восьми пунктам шкалы Калгари (от 1 до 3 баллов) выявлены у 38 (31,66%) обследуемых, у 82 (68,34%) обследуемых суицидальные мысли отсутствовали.

В таблице 2 дано сравнение социально-демографических и клинических показателей у обследуемых. В зависимости от состава, семейного положения и социального статуса достоверной разницы между имеющими суицидальные мысли и не имеющими их выявлено не было. Также не было выявлено достоверной корреляционной связи между имеющими суицидальные мысли, находящимися в остром периоде заболевания в психиатрическом стационаре и находящимися в стадии стабильной ремиссии, получающих амбулаторное лечение, и группой, не имеющих суицидальных мыслей.

С точки зрения попыток к суициду выявлена достоверная ( $p < 0,05$ ) корреляция между лицами, имеющими суицидальные мысли и не имеющими таковых. При шизофрении уровень депрессии, оцениваемый по шкале Калгари, достоверно ( $p < 0,05$ ) различался между группами, имеющими и не имеющими суицидальных мыслей.

Средний возраст больных с суицидальными мыслями составил  $25 \pm 0,93$  лет, а не имеющих суицидальных мыслей –  $26 \pm 1,5$  лет. Количество госпитализаций в психиатрический стационар у имеющих суицидальные мысли  $3,4 \pm 3,06$ , у не имеющих суицидальных мыслей –  $2,7 \pm 2,16$ .

В таблице 3 представлено сравнение обследуемых по суицидальным мыслям с возрастом, возрастом начала заболевания, длительностью психиатрического лечения и числом психиатрических госпитализаций.

Установлено, что эндогенные конституциональные механизмы в совокупности с неблагоприятными влияниями семейного воспитания и социальной микросреды способствовали формированию доминирующих черт характера с повышенным риском

Таблица 2

Социально-демографические и клинические показатели обследуемых

Показатель	Основная группа		Контрольная группа		p
	абс.	%	абс.	%	
Состав:					0,314
– рядовой	19	50	38	46,34	
– офицерский	19	50	44	53,66	
Семейное положение:					0,478
– холост	16	42,11	36	43,90	
– женат	12	31,57	29	35,36	
– в разводе	10	26,32	17	20,74	
Образование:					0,291
– среднее	3	7,89	7	8,53	
– высшее	5	13,15	6	7,31	
Занятость:					0,291
– работал	6	15,78	18	21,95	
– не работал	4	10,52	14	17,07	
Социальный статус:					0,291
– низкий	4	10,52	11	13,41	
– средний	3	7,89	6	7,31	
– высокий	9	23,68	17	20,73	
– пенсионер	4	10,52	3	3,65	
Суицидальные попытки:					0,000
– есть	15	39,47	7	8,54	
– нет	23	60,53	75	91,46	
Период:					0,422
– острый	16	42,10	44	53,65	
– стабильный	22	57,90	38	46,36	
Депрессия:					0,000
– есть	18	47,36	0	0	
– нет	20	52,64	82	100	

суицидального поведения в условиях психоэмоционального стресса.

Углубленное обследование суицидентов, госпитализированных в психиатрический стационар, показало целесообразность выделения двух клинических групп, различных по нозологическому составу, корреляциям со степенью суицидального риска, процессуальному характеру, тяжести и прогрессивности психического расстройства. Выявлено, что частота самоубийств у психически больных зависит от совокупности следующих факторов: уровня распространенности суицидов в общей популяции; этнической принадлежности пациентов; уровня организации и доступности психиатрической помощи. Различные сочетания данных факторов определяют уровень распространенности самоубийств среди больных, страдающих психическими расстройствами.

Изучение клинической структуры психических расстройств у суицидентов показало, что практически две трети всех случаев (65,8%) приходится на шизофрению. Это несколько противоречит результатам современных исследований, в которых ведущее место отдается депрессивным расстройствам, а уже за ними следует шизофрения. Нами показано, что в структуре психических расстройств у суицидентов органические психические расстройства и рекуррентные депрес-

Таблица 3

Сравнение обследуемых по суицидальным мыслям с возрастом, возрастом начала заболевания, длительностью психиатрического лечения и числом психиатрических госпитализаций, M±m

Показатель	Основная группа	Контрольная группа	p<
Возраст, лет	25±0,93	26±1,5	0,696
Возраст начала заболевания, лет	7,45±4,67	6,29±3,10	0,425
Длительность психиатрического лечения, лет	7,45±6,99	9,00±6,79	0,263
Число психиатрической госпитализации	3,4±3,06	2,70±2,16	0,013

сивные расстройства занимают значительно более скромное положение (14,4 и 12,6% соответственно). Наименьшую долю занимают расстройства личности – 7,2% всех случаев. Таким образом, структуру психических расстройств в группе суицидентов можно представить следующей пропорцией – расстройства личности : органические либо депрессивные расстройства : шизофрения = 1:5:9.

Кроме того, установлено, что в отношении удельного веса шизофрении и расстройств личности

каких-либо половых различий не обнаружено. Иначе выглядят данные об органических и депрессивных расстройствах. Первые из них в 4,8 раза чаще представлены среди солдат, вторые – в 2,4 раза чаще среди офицеров. Скорее всего, это связано не с разной суицидальной активностью солдат и офицеров, страдающих одним и тем же заболеванием, а с большей распространенностью органических психических расстройств у лиц рядового состава, а депрессивных расстройств – у офицеров. Следовательно, врачам-психиатрам необходимо проявлять повышенную суицидологическую бдительность в отношении пациентов с шизофренией, депрессивными и органическими расстройствами, а также с расстройствами личности.

Помимо клинической формы заболевания, большое значение в формировании суицидального поведения у больных имеет характер психопатологической симптоматики. Исходя из этого, нами проанализирована синдромальная структура психических расстройств у суицидентов (по состоянию на момент совершения самоубийства). Почти в половине всех случаев (46,9%) ведущим синдромом являлся депрессивно-параноидный. Столь выраженное преобладание этого синдрома вполне объяснимо, поскольку около 2/3 суицидентов из обследованных военнослужащих страдали шизофренией, а депрессивно-параноидный синдром является не только опасным в отношении развития суицидального поведения за счет депрессивной симптоматики, сочетающейся с отсутствием критики вследствие параноидного характера переживаний, но и широко распространенным при данном заболевании. На втором месте находится также патогномоничный для шизофрении галлюцинаторно-параноидный синдром – 18,6 %. Далее следуют депрессивный, психоорганический, психопатический и галлюцинаторный синдромы – 12,6; 10,8; 7,2 и 3,6% соответственно. Таким образом, синдромальная структура психических расстройств соответствует их клинической форме.

Известно, что риск развития суицидального поведения у психически больных возрастает не только в зависимости от формы и клинических проявлений заболевания, но и от длительности его течения. Данная закономерность нами была полностью подтверждена. Это свидетельствует о нарастании клинической и социальной дезадаптации у лиц, длительно страдающих психическими расстройствами, что указывает на необходимость повышенной суицидологической бдительности в их отношении. С этими данными коррелируют сведения о длительности нахождения больных под психиатрическим диспансерным наблюдением.

Доказана важность учета комплекса анамнестических сведений, социальных условий и личностных характеристик, что позволяет наряду с клиническими особенностями определять риск развития суицидального поведения у лиц, страдающих психическими расстройствами.

Выявленные закономерности формирования, динамики и структуры постсуицидального периода легли в основу определения терапевтического и социального прогноза. Предложенные подходы к организации суицидологической помощи способствуют оптимизации терапии, профилактики и реабилитационных мероприятий.

Результаты проведенного клинико-психологического исследования позволили усовершенствовать диагностику суицидального риска и лечебно-профилактические мероприятия по предупреждению рецидива суицидального поведения, обосновать целесообразность применения принудительных мер медицинского характера в отношении больных с высоким суицидальным риском. Полученные результаты внедрены в клиническую практику в психиатрическом отделении Главного военного клинического госпиталя Вооруженных сил Азербайджанской Республики.

Результаты анализа реально существующей практики диагностики, терапии и курации суицидального поведения в условиях психиатрического стационара позволили оценить соответствие знаний врачей-психиатров современным представлениям оказания суицидологической помощи. На этой основе создана и внедрена в практическую деятельность учебная программа для врачей-психиатров, психоневрологов, психологов и психотерапевтов Минобороны Азербайджанской Республики.

**Заключение.** Высокая распространённость самоубийств среди военнослужащих за последнее десятилетие свидетельствует о том, что изучение психопатологических феноменов пресуицидального периода является серьёзной медицинской проблемой и имеет большую социальную значимость. Односторонняя психологическая трактовка не может исчерпывающим образом объяснить клинической картины пресуицида, а сугубо психотический подход страдает недооценкой роли личности и её взаимодействия с окружающей средой. Тормозящее влияние на оценку суицидального поведения оказывает исторически сложившееся чрезмерное преувеличение роли социальных факторов и глубоких психотических расстройств. Полученные данные свидетельствуют о сложности и многогранности проблемы самоубийства, о недостаточной изученности ряда её важнейших аспектов. Разрешение затронутых вопросов чрезвычайно актуально для теории и практики военной психиатрии. Отсюда понятна необходимость его изучения и важность знания широким кругом врачей разных специальностей.

#### Литература

1. Агафонов, С.К. Анализ динамики суицидов в Ростовской области за период 1993–2003 гг. / С.К. Агафонов // Мат. XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 34.
2. Аддингтон, Д. Депрессия при шизофрении / Д. Аддингтон // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, вып. 2. – С. 5–9.
3. Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4. – С. 12–22.

4. Амбрумова, А.Г. Возрастные аспекты суицидального поведения / А.Г. Амбрумова // Сравнительно-возрастные исследования суицидологии. – М., 1989. – С. 5–24.
5. Беляев, С.А. Самоубийства в войсках / С.А. Беляев. – СПб. – 1893. – С. 45–56.
6. Боечко, А.В. Суицидальное поведение военнослужащих. / А.В. Боечко. – М., 1995. – С. 142–190.
7. Гаджиев, Р.Э. Эпидемиологические и морально-психологические особенности завершённых самоубийств в Азербайджане / Р.Э. Гаджиев, Н.Ш. Мамедов // Азербайджанский психiatr. журн. – 2008. – № 1 (15). – С. 47–52.
8. Гладышев, М.В. Суицидальное поведение больных с психическими расстройствами / М.В. Гладышев, Б.С. Положий // Мат. XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 437.
9. Гусейнбейли, Э.Я. Суицид при шизофрении. Факторы риска, анализ психодинамики, методы превенции / Э.Я. Гусейнбейли // Азербайджанский психiatr. журн. – 2011. – № 1 (20). – С. 50–61.
10. Дюркгейм, Э. Самоубийство: социологический этюд / Э. Дюркгейм. – М.: Мысль, 1994. – С. 399.
11. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия / Г.И. Каплан. – М.: Медицина. – 1994. – 1200 с.
12. Калинин, В.В. Факторы риска развития суицидального поведения у больных эпилепсией / В.В. Калинин, Д.А. Полянский // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, вып. 3. – С. 18–21.
13. Литвинцев, С.В. Суицидальные попытки и состояние самосознания у лиц с патохарактерологическими реакциями / С.В. Литвинцев // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб.: ВМА, 2000. – С. 168–169.
14. Литвинцев, С.В. К проблеме агрессивных и аутоагрессивных действий военнослужащих / С.В. Литвинцев [и др.] // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб.: ВМА, 2000. – С. 167–168.
15. Макаров, В.Н. Самоубийства в русской армии / В.Н. Макаров // Воен.-мед. журн. – 1902. – С. 12–15.
16. Нечипоренко, В.В. Особенности суицидального поведения у военнослужащих / В.В. Нечипоренко // Актуальные проблемы психиатрии войн и катастроф. – СПб.: ВМА, 1997. – С. 29–37.
17. Остроглазов, В.Г. Клинико-статистическое исследование больных, госпитализированных в связи с суицидальными попытками / В.Г. Остроглазов, П.В. Смирнов, А.А. Герш // Моск. мед. журн. – 1998. – № 4. – С. 18–20.
18. Панченко, Е.А. Особенности суицидального поведения в современном обществе / Е.А. Панченко // Научные материалы II-го национального конгресса по социальной психиатрии «Социальные преобразования и психическое здоровье». – М., 2006. – С. 125–126.
19. Положий, Б.С. Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки / Б.С. Положий [и др.] // Росс. психiatr. журн. – 2008. – С. 16–20.
20. Рыбников, В.Ю. Концепция психологического обеспечения учебно-воспитательного процесса образовательных заведений МВД РФ / В.Ю. Рыбников. – СПб., 1997. – 110 с.
21. Хальзов, В.И. Акмеологические основы конфликтологии / В.И. Хальзов. – СПб., 1994. – 288 с.
22. Addington, D. A psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale / D. Addington [et al.] // Schizophrenia res. – 1996. – Vol. 19. – P. 205–212.
23. Agerbo, E. Risk of suicide and spouse's psychiatric illness: a nested case-control study / E. Agerbo // Brit. med. j. – 2003. – № 327. – P. 1025–1026.
24. Bolton, J.M. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions / J.M. Bolton [et al.] // J. clin. psychiatry – 2008. – № 69. – P. 1139–1149.
25. Siris, S.G. Depression in schizophrenia: perspective in the era of "atypical" antipsychotic agents / S.G. Siris // Am. j. psychiatry. – 2000. – Vol. 157. – P. 1379–1389.
26. Beck, A.T. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation / A.T. Beck, M. Kovacs, A.J. Weissman // Clin. psychol. – 1979. – Vol. 47. – № 2. – P. 343–352.
27. Mann, J.J. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. / J.J. Mann, D.M. Currier // Eur. Psychiatry. – 2010. – Vol. 25. – P. 268–71.
28. Mittendorfer-Rutz, E. Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A registerbased nested case control study. / E. Mittendorfer-Rutz, F. Rasmussen, D. Wasserman // Soc. psychiatry epidemiol. – 2008. – Vol. 43. – P. 28–36.
29. Nock, M.K. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts / M.K. Nock [et al.] // Br. j. psychiatry. – 2008. – Vol. 192. – P. 98–105.
30. Nordentoft, M. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder / M. Nordentoft, P.B. Mortensen, C.B. Pedersen // Arch. gen. psychiatry. – 2011. – Vol. 68. – P. 1058–1064.

E.S. Mehdiyev, S.E. Abbasova

### Factors of enhancement of suicidal behavior risks within patients with endogenous psychosis

**Abstract.** Risk factors for suicidal behavior in patients with endogenous psychoses are presented. The study included 120 soldiers admitted to psychiatric department of Central Clinical Military Hospital of the Armed Forces of the Azerbaijan Republic in the period from 2001 to 2011. For a survey of patients various clinical and psychological techniques were used, as well as Calgary depression scale for schizophrenia. Suicidal patients were evaluated on Beck scale. It has been found that in 38 of the surveyed suicidal behavior occurred. In accordance with the International Classification of Diseases 10th revision, 19 patients were diagnosed with paranoid schizophrenia, 11 – schizotypal disorder, 8 – schizoaffective psychosis. From the point of view of attempts to suicide revealed significant correlations between individuals with and without suicidal ideation. It has been revealed that the level of depression in schizophrenia, as measured by Calgary scale, in terms of depression was significantly different between those with and without suicidal ideation. The findings suggest the importance of considering the complex anamnestic information, social conditions and personal characteristics that, along with clinical features allows determining the risk of suicidal behavior in people with mental disorders. Moreover, we show how complex and multifaceted problem of suicide and insufficiently studied a number of important respects. The solution of these questions is extremely important for both the theory and practice of military psychiatry.

**Key words:** suicide, suicide behavior, suicide attempts, risk factors for suicides, schizophrenia, depression, suicide in the military, endogenous psychosis.

Контактный телефон: +994-50-314-65-69; e-mail: sevulya.abbasova@gmail.com; elshadmehdiyev@yahoo.com