

СУИЦИДОГЕННЫЙ КРИЗИС У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА И МОТИВАЦИЯ

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»¹,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»²

Проведено исследование по изучению мотивационных образцов суицидальности у пациентов с расстройствами шизофренического спектра в зависимости от типа суицидального поведения (первичное или повторное самопокушение). Показано, что у пациентов с расстройствами шизофренического спектра в переживаемой кризисной ситуации при высокой встречаемости психологических установок «самонаказания» или «отказа» (совокупно 35,6–47,4% случаев) и мотивированного «стремления к смерти» (32,2–39,5%) высоко значимыми суицидальными мотивами, более тесно ассоциированными с хронизацией суицидального поведения (избыточный 1,2–2,3-кратный суицидальный риск), являются осознание наличия психического расстройства (25,4–57,9%) и сопряженных с ним проблемных отношений с родителями или с детьми (совокупно 33,9–39,5%) и витального чувства одиночества (23,7–28,8%).

Ключевые слова: *суицидальная мотивация, расстройства шизофренического спектра.*

A. P. Gelda, O. V. Liskovski

SUICIDAL CRISIS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS: PSYCHOLOGICAL ATTITUDE AND MOTIVATION

The motivational variants of suicidality were studied in patients with schizophrenia spectrum disorders with different types of suicidal behavior (single or repetitive suicidal acts). It was shown that patients with schizophrenia spectrum disorders have high incidence of psychological attitude “self-punishment” or “refusal” (both accounting for 35,6–47,4% cases) and motivation “intention to die” (32,2–39,5% cases) in crisis situation. Important suicidal motives strongly associated with chronization of suicidal behavior (risk is 1,2–2,3 higher compared to single suicide cases) are awareness of mental disorder (25,4–57,9% cases) and related difficulties in relationship with parents and children (both accounting for 33,9–39,5% cases) as well as vital sense of loneliness (23,7–28,8%).

Key words: *suicidal motivation, schizophrenia spectrum disorders.*

Страдание шизофренией и близкими к ней расстройствами формирует повышенный риск суицидальной готовности в переживаемых индивидуумом кризисных ситуациях (9–10% суицидентов) [4]. Суицидальная мотивация поведения – ведущий пусковой фактор к самопокушению, и изучению её особенностей в формировании и реализации суицидальных действий в группах населения высокого суицидального риска посвящены многочисленные научные исследования [1–3, 7–8]. В то же время проблемная тематика малоизученна и в Беларуси фактически не исследована в популяции пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Цель исследования – изучение мотивации к самопокушению у пациентов с расстройствами шизофренического спектра в зависимости от типа суицидального поведения.

Материал и методы

Методология исследования базируется на основных принципах проведения научных изысканий в области суицидологии в соответствии с протоколом ВОЗ/ЕВРО Мультицентрового исследования парасуицидов с дополнением к нему шкалы краткой психиатрической оценки (BPRS) для психометрического шкалирования формализованной оценки психопатологических нарушений [5–6, 8]. Дизайн исследования – открытое рандомизированное сравнительное проспективное с параллельными группами со стратифицированной рандомизацией (первичное/повторное самопокушение) при сплошном наборе исследовательских случаев в период времени 01.01. 2015 г. – 31.12. 2015 г. на базе отделений ГУ «РНПЦ психического здоровья» на модельной когорте суицидальных пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Критериями включения в исследование в текущие 2–3 сутки после поступления в стационар являлись верифицированные случаи суицидальных попыток, добровольное информированное согласие на участие в исследовании, возраст старше 16 лет и вне психоза (по всем субшкалам шкалы BPRS оценка симптомов не выше 6 баллов). Стандартизация исследования обеспечивалась заполнением специально разработанного регистрационного бланка, в который вносились искомые исследовательские показатели.

Изучались мотивационные образцы суицидальности: типы суицидоопасных позиций личности (мотивированный личностный смысл самоубийства) и причинные факторы самопокушения (непосредственные мотивы и поводы к самопокушению) [2].

Для обработки материалов исследования при выбранном 95% уровне доверия использовались общепринятые методы параметрической и непараметрической статистики: двухвыборочный *t*-тест Стьюдента для проверки нулевой гипотезы о равенстве/различии относительных величин частоты встречаемости признака и хи-квадрат Пирсона (χ^2) для оценки значимости изучаемого эффекта (программа SSPP).

При сплошном наборе госпитальных случаев самопокушений выборка исследования представлена

97 пациентами (парасуицидентами) с расстройствами шизофренического спектра, из них 59 (в среднем возрасте $36,3 \pm 2,1$ лет) – совершившими впервые в жизни суицидальную попытку и 38 ($40,8 \pm 1,6$ лет) – с повторными суицидальными попытками. Диагноз «шизофрении» (F20) верифицирован у 30,5% пациентов в выборке с первичным суицидальным поведением и у 71,1% пациентов в выборке с повторным, а диагнозы «схожих с шизофренией психических расстройств» (F21, F22-23, F25, F06.2) – соответственно, у 69,5% и 28,9% пациентов ($P < 0,001$, $t = 4,272$).

В анализируемых выборках пациентов с расстройствами шизофренического спектра доминирующими способами самопокушений являлись посредством самоотравления лекарственными и токсическими бытовой химии средствами (45,8–52,6% случаев) или посредством комбинирования (сочетания) способов (28,9–39,0%).

Результаты и обсуждение

Анализ материалов исследования по изучению мотивационных образцов суицидальности проведен в оценочном сопоставлении искомых показателей в выборках парасуицидентов с первичным и повторным (хронизацией) суицидальным поведением (таблица).

Типы суицидоопасных позиций личности. В межвыборочном сопоставлении распределение случаев психологической установки на самопокушение у пациентов с расстройствами шизофренического спектра являлось явлением случайным ($P = 0,742$) и без значимых различий их встречаемости в сопоставляемых выборках парасуицидентов ($P > 0,05$ при $t = 0,333-1,058$) при соответствующих полученных результатах: как при первичном, так повторном самопокушении более трети случаев суицидальных попыток (соответственно, 39,0% и 31,6%) были совершены по типу протестных реакций на конфликтную ситуацию, а именно: по типу пассивного протеста (конфронтации без борьбы) – 30,5% и 21,1% случаев (1,4-кратное различие показателей; $P > 0,05$) и по типу пассивного призыва без мобилизации защиты (попытки активации помощи извне с целью изменения ситуации) – 8,5% и 10,5% случаев (1,2-кратное различие показателей; $P > 0,05$).

III тип суицидоопасной позиции личности (пассивное избегание без поиска обходных путей) отмечен у 25,4% парасуицидентов с первичным и у 21,1% парасуицидентов с повторным самопокушением (1,2-кратное различие показателей; $P > 0,05$), IV тип (самонаказание без конструктивного преодоления своих просчетов/недостатков) – соответственно, у 10,2% и 15,8% (1,6-кратное различие показателей; $P > 0,05$) и V тип (отказ, уход от ситуации без поиска путей отступления) – у 25,4% и 31,6% (1,2-кратное различие показателей; $P > 0,05$).

То есть в суицидоопасной ситуации среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра вне зависимости от кратности суицидальных действий ($P = 0,742$) в $\frac{1}{3}$ части случаев выявлялись «протестные» формы суицидального личностного реагирования по типу «пассивного протеста» (21,1–30,5%) и «пассивного

Оригинальные научные публикации

Таблица. Типы суицидоопасных позиций личности и причинные факторы самопокушения при расстройствах шизофренического спектра (на модели суицидальных попыток)

	A (N = 59)	Б (N = 38)	t
Типы суицидоопасной позиции личности:			
I. Пассивный протест	18 (30,5)	8 (21,1)	1,059
II. Пассивный призыв	5 (8,5)	4 (10,5)	-0,333
III. Пассивное избегание	15 (25,4)	8 (21,1)	0,502
IV. Самонаказание	6 (10,2)	6 (15,8)	-0,791
V. Отказ	15 (25,4)	12 (31,6)	-0,652
	$\chi^2 = 1,967; P = 0,742$		
Ведущие причинные факторы самопокушения:			
Проблемы с партнером	8 (13,6)	5 (13,2)	0,057
Проблемы с родителями	13 (22,0)	10 (26,3)	-0,478
Проблемы с детьми	7 (11,9)	5 (13,2)	-0,187
Чувство одиночества	17 (28,8)	9 (23,7)	0,565
Нарушение коммуникабельности с личностным представлением, дошедшим до уровня стресса	11 (18,6)	2 (5,3)*	2,147
Отвержение любимым человеком	9 (15,3)	1 (2,6)*	2,358
Соматическое заболевание или инвалидность	10 (16,9)	6 (15,8)	0,151
Психическое расстройство	15 (25,4)	22 (57,9)***	-3,309
Безработица	6 (10,2)	7 (18,4)	-1,112
Проблемы с пристрастием к алкоголю/наркотикам	2 (3,4)	2 (5,3)	-0,434
Другие события и обстоятельства	12 (20,3)	6 (15,8)	0,576
Комбинированный список проблем	43 (72,9)	26 (68,4)	0,469
в том числе из списка проблем:			
одна ведущая проблема	16 (27,1)	12 (31,6)	-0,469
две ведущие проблемы	19 (32,2)	9 (23,7)	0,926
три ведущие проблемы	5 (8,5)	4 (10,5)	-0,333
четыре и более ведущих проблем	19 (32,2)	13 (34,2)	-0,205
	$\chi^2 = 1,874; P = 0,832$		
Средний балл самооценки влияния факторов на ситуацию	4,9 ± 0,45	4,7 ± 0,46	0,226
Шкала мотивов парасуицида			
<i>Утверждения (доминирующая форма):</i>			
манипулятивные	6 (10,2)	4 (10,2)	-0,056
амбивалентные	34 (57,6)	19 (50,0)	0,737
стремление к смерти	19 (32,2)	15 (39,5)	-0,727
	$\chi^2 = 0,597; P = 0,742$		
<i>Шкальные оценки категорий утверждений (балл):</i>			
манипулятивные	0,47 ± 0,06	0,38 ± 0,06	0,989
амбивалентные	1,12 ± 0,07	1,06 ± 0,08	0,550
стремление к смерти	0,95 ± 0,09	1,0 ± 0,12	-0,346
усредненно	10,5 ± 0,73	9,9 ± 0,79	0,473

Примечания. 1 – в абсолютном (число случаев) и относительном (%) исчислении от общего числа случаев суицидальных попыток в выборке с первичным (А) и повторяющимся (Б) суицидальным поведением.

2 – *—*** – $P < 0,05-0,001$ при межвыборочном сопоставлении долей.

3 – за счет сочетанности причинных факторов самопокушения сумма абсолютных величин по строкам таблицы превышает число лиц в выборках парасуицидентов.

призыва» (8,5–10,5%), реже фиксировались позиции «пассивного избегания» конфликтной ситуации (21,1–25,4%), осознанного «отказа» от жизни (25,4–31,6%) и «самонаказания» (10,2–15,8%). Причем «протестные» формы суицидального личностного реагирования чаще встречались у пациентов с первичным (39,0%

к 31,6% случаев), а витальные («самонаказание» и «отказ») как более серьезные намерения к уходу из жизни – с повторным самопокушением (совокупно 35,6% к 47,4%).

Причинные факторы самопокушения. Выявлен высокий уровень комбинации мотивационных факторов

самопокушения у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, совершивших первичную и повторные попытки суицида – в 72,9% и 68,4% случаев соответственно ($P > 0,05$) при равнозначных показателях среднего балла субъективной оценки степени влияния фактора на ситуацию (соответственно, $4,9 \pm 0,45$ балла и $4,7 \pm 0,46$ балла; $P > 0,05$). При случайности явления ($P = 0,832$) одна ведущая проблема как мотив и повод к совершению самопокушения чаще (в 1,1 раза) констатировалась в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением (31,6% к 27,1% случаев; $P > 0,05$), так же как и три ведущие проблемы (в 1,4 раза: 10,5% к 8,5%, $P > 0,05$), четыре и более проблем (в 1,2 раза: 34,2% к 32,2%, $P > 0,05$), в то время как две проблемы чаще фиксировались в выборке парасуицидентов с первичным самопокушением (в 1,2 раза: 32,2% к 23,7%; $P > 0,05$).

Основообразующей мотивацией к самопокушению в выборке пациентов с единственным парасуицидом являлся фактор «витального чувства одиночества» (28,8% случаев), несколько реже респонденты отмечали такие причины, как «психическое заболевание» (25,4%) и «проблемы с родителями» (22,0%). Наименее частой причиной парасуицида в данной выборке пациентов являлись «проблемы с детьми» (11,9%), «безработица» (10,2%) и «проблемы с пристрастием к алкоголю/наркотикам» (3,4%). В выборке парасуицидентов, совершивших повторные самопокушения, большая часть респондентов назвала в качестве ведущей причины парасуицида «психическое расстройство» (57,9%), около трети опрошенных – «проблемы с родителями» (26,3%), пятая часть пациентов – «чувство одиночества» (23,7%). Реже всего в качестве ведущей причины парасуицида пациенты данной выборки отмечали «нарушение коммуникабельности с личностным представлением, дошедшим до уровня стресса» и «проблемы с пристрастием к алкоголю/наркотикам» (по 5,3%), а также «отвержение любимым человеком» (2,6%). Достоверные различия показателей между группами сравнения обнаружены лишь для фактора «психическое расстройство» (2,3-кратное различие: 57,9% и 25,4% пациентов с единичным и повторным парасуицидом, соответственно; $P < 0,001$, $t = 3,309$), а также для факторов «нарушение коммуникабельности с личностным представлением, дошедшим до уровня стресса» (1,2-кратное различие: 5,3% и 18,6%; $P < 0,05$, $t = 2,147$) и «отвержение любимым человеком» (3,5-кратное различие: 2,6% к 15,3%; $P < 0,05$, $t = 2,358$).

То есть в суицидоопасной ситуации среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра наиболее вероятными мотивационными факторами и непосредственными пусковыми триггерами для совершения суицидальных действий служили осознание наличия психического расстройства (избыточный при хронизации суицидального поведения $RR = 2,3$: 57,9% к 25,4%; $P < 0,001$) и вытекающие вследствие страдания им проблемные отношения с родителями или с детьми (суммарный $RR = 1,2$ при хронизации суицидального поведения: 39,5% к 33,9%; $P > 0,05$), чувство одиночества, включая стрессового уровня нарушения

коммуникабельности (суммарный $RR = 1,6$ при первичном самопокушении: 47,5% к 28,9%; $P > 0,05$). Весомый вклад в суицидальную готовность привносили фактор «безработицы» ($RR = 1,8$ при хронизации суицидального поведения: 18,4% к 10,2%; $P > 0,05$) и комбинация суицидогенных факторов ($RR = 1,1$ при первичном самопокушении: 72,9% к 68,4%; $P > 0,05$), в особенности при комбинации трех и более факторов ($RR = 1,1$ при хронизации суицидального поведения: 44,7% к 40,7%; $P > 0,05$).

Степень влияния причинных факторов самопокушения на мотивацию поступка (по шкале мотивов парасуицида). В выборке пациентов с повторными парасуицидами чаще встречался фактор «стремления к смерти» (в 1,2 раза: 39,5% к 32,2%, $P > 0,05$). Амбивалентные мотивы, напротив, встречались в указанной выборке пациентов реже (в 1,2 раза: 50,0% против 57,7%, $P > 0,05$). Манипулятивные мотивы встречались в обеих выборках пациентов одинаково часто (по 10,2% случаев). Причем распределение мотивов парасуицида в исследуемых выборках пациентов было случайным ($P = 0,742$). Средние суммарные баллы по всем категориям шкалы мотивов парасуицида, кроме стремления к смерти ($1,0 \pm 0,12$ и $0,95 \pm 0,09$; $P > 0,05$), были несколько выше в выборке пациентов с однократным самопокушением, соответственно: манипулятивные мотивы – $0,47 \pm 0,06$ и $0,38 \pm 0,06$ ($P > 0,05$), амбивалентные – $1,12 \pm 0,07$ и $1,06 \pm 0,08$ ($P > 0,05$). Аналогично, в указанной выборке пациентов был выше усредненный балл по шкале ($10,5 \pm 0,73$ и $9,9 \pm 0,79$) ($P > 0,05$).

То есть в суицидоопасной ситуации среди пациентов с расстройствами настроения при случайном группировании признаков ($P = 0,742$) доминирующей мотивацией поступка к выбору ухода из жизни под влиянием суицидогенных причинных факторов при первичном суицидальном поведении являлась манипулятивная ($RR = 1,2$: 57,6% к 50,0% случаев; $P > 0,05$) и при повторяющемся – мотивация «стремления к смерти» ($RR = 1,2$: 39,5% к 32,2%; $P < 0,05$).

Суицидогенная нагрузка с учетом субъективно мотивированной оценки силы влияния совокупности суицидогенных факторов несколько более выраженной отмечалась среди пациентов с первичным суицидальным поведением ($10,5 \pm 0,73$ балла к $9,9 \pm 0,79$ балла; $P > 0,05$).

Выводы

1. В переживаемой суицидоопасной кризисной ситуации при страдании расстройствами шизофренического спектра ассоциированные с хронизацией суицидального поведения в сопоставлении с первичным самопокушением: а) витальные («самонаказания» или «отказа») формы суицидального личностного реагирования (суммарный $RR = 1,3$: 47,4% к 35,6%; $P > 0,05$) и не ассоциированные «протестные» («пассивного протеста» или «пассивного призыва») (при первичном самопокушении суммарный $RR = 1,2$: 39,0% к 31,6%; $P > 0,05$); б) осознание наличия психического расстройства ($RR = 2,3$: 57,9% к 25,4%; $P < 0,001$) и сопря-

□ Оригинальные научные публикации

женных с ним мотивационных факторов к самопокушению как проблемных отношений с родителями или с детьми (суммарный RR = 1,2: 39,5% к 33,9%; $P > 0,05$) или безработицы (RR = 1,8: 18,4% к 10,2%; $P > 0,05$) в противовес повышенному суицидальному риску при первичном самопокушении переживания чувства одиночества, включая дошедшего до стрессового уровня нарушения коммуникабельности (суммарный RR = 1,6: 47,5% к 28,9%; $P > 0,05$), или комбинации суицидогенных факторов (RR = 1,1: 72,9% к 68,4%; $P > 0,05$); в) мотивация поступка «стремления к смерти» (RR = 1,2: 39,5% к 32,2%; $P < 0,05$) при не ассоциированности с манипулятивной мотивацией (при первичном покушении RR = 1,2: 57,6% к 50,0% случаев; $P > 0,05$).

2. Результаты проведенного исследования указывают на наличие определенных корреляционных взаимоотношений межличностных аспектов суицидогенной готовности и типа суицидального поведения (первичного или повторного) у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, что следует учитывать при разработке превентивных антисуицидальных мероприятий.

Литература

1. Войцех, В. Ф. Суицидология / В. Ф. Войцех. – М.: Миклоша, 2008. – 280 с.
2. Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации / М-во здравоохранения РСФСР; Моск. НИИ психиатрии; сост. А. Г. Амбрумовой, В. А. Тихоненко. – М.: Б. и., 1980 (вып. дан. 1981). – 48 с.
3. Шнейдман, Э. С. Душа самоубийцы / Э. С. Шнейдман. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.
4. *Arsenault-Lapierre, G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis / G. Arsenault-Lapierre, C. Kim, G. Turecki // BMC Psychiatry. – 2004. – Vol. 4. – P. 37.*
5. *EPSIS II Version 3.2 Follow-up interview / A. J. F. M Kerkhof [et al.]. – Geneva: WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide, 1990. – 64 p.*
6. *Overall, J. E. The Brief Psychiatric Rating Scale / J. E. Overall, D. R. Gorham // Psychological Reports. – 1962. – Vol. 10. – P. 799–812.*
7. *Vastag, B. Suicide prevention plan calls for physicians' help / B. Vastag // JAMA. – 2001. – Vol. 285, № 7. – P. 2701–2703.*
8. *WHO/EURO Multicenter Study on Parasuicide. Facts and figures / eds. U. Bille-Brache. – World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999. – 99 p.*

Поступила 3.06.2016 г.