

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ НАСТРОЕНИЯ: КЛИНИКО-СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Гелда А.П.¹, Голубович В.В.², Нестерович А.Н.¹, Рунец К.Е.¹

¹Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,
Минск, Республика Беларусь;

²Институт повышения квалификации и переподготовки кадров Государственного комитета судебных экспертиз
Республики Беларусь, Минск, Республика Беларусь

Реферат. Изучены клинико-феноменологические особенности суицидальной активности у пациентов с расстройствами настроения в зависимости от типа суицидального поведения (первичное или повторное самопокушение). Показано, что у пациентов с расстройствами настроения в переживаемой кризисной ситуации, ассоциированными с хронизацией суицидального поведения (избыточный против первичного самопокушения 1,1–1,7-кратный суицидальный риск), являются brutальные способы самопокушений (посредством попыток самоповешения, путем выбрасывания с высоты и комбинированные), алкогольное опьянение, предшествующее суицидальному акту, и злоупотребление алкоголем с явно вредными последствиями, потенциальная суицидальная готовность с реально высокой вероятностью летального исхода от предпринятой попытки, более высокие уровни депрессии и симптоматического дистресса.

Ключевые слова: клинические факторы, суицидальная попытка, расстройства настроения.

Введение. В структуре психических расстройств, коморбидных с суицидальным поведением, не менее трети приходится на расстройства настроения [1]. Причем на всем протяжении истории развития заболевания при расстройствах настроения риск суицидального покушения составляет 8–30% [2, 3]. С учетом того факта, что более 2/3 суицидальных действий при этих расстройствах совершаются пациентами вне психотического состояния, с позиции превенции таких действий не маловажным является знание особенностей суицидального мышления и феноменологических составляющих клинического течения заболевания, предрасполагающих к формированию стереотипно-автоматизированной модели аутоагрессивного поведения, имеющей явные различия от таковой при непсихотических формах аутоагрессии при иных психических расстройствах, что подлежит особому предмету изучения и в настоящее время является проблемной научной тематикой [4, 5].

Цель работы — изучение клинико-феноменологических особенностей формирования суицидального поведения у пациентов с расстройствами настроения при первичном и повторном самопокушении.

Материалы и методы. Дизайн исследования: открытое сравнительное проспективное с параллельными группами со стратифицированной рандомизацией (первичное/повторное самопокушение) с последующей блочной рандомизацией для каждой страты в соответствии с унифицированным международным исследовательским стандартом в области суицидологии и протоколом ВОЗ/ЕВРО Мультицентрового исследования парасуи-

цидов [6] с дополнением к протоколу шкалы краткой психиатрической оценки (BPRS) для психометрического шкалирования формализованной оценки психопатологических нарушений [7], выполнено при сплошном наборе исследовательских случаев за 01.01–31.12.2015 г. на базе отделений ГУ «РНПЦ психического здоровья» на модельной когорте пациентов с расстройствами настроения, совершивших суицидальную попытку, при добровольном информированном согласии на участие в исследовании в первые 2–3 дня поступления в клинику при соблюдении критериев включения в исследование — возраст старше 16 лет и вне психоза (по всем субшкалам шкалы BPRS оценка симптомов не выше 6 баллов). Пациенты с сопутствующими диагнозами по осям I–II и с хронической соматической и неврологической патологией в исследование не включались. Стандартизация исследования обеспечивалась заполнением специально разработанного регистрационного бланка, в который вносились искомые исследовательские показатели.

Статистическая обработка материалов исследования — в программе SPSS при выбранном уровне доверия 95% по t-тесту Стьюдента для проверки нулевой гипотезы о равенстве/различии относительных величин частоты встречаемости признака в независимых выборках и по хи-квадрат Пирсона (χ^2) для оценки значимости изучаемого эффекта.

Выборка исследования составила 148 пациентов (парасуицидентов) с расстройствами настроения, из них 89 (38,9±1,7 года) — совершившие впервые в жизни суицидальную попытку и 59 (34,5±1,7 лет) — с повторными суицидальными попытками (таблица).

Результаты и их обсуждение. *Клиническое статусное положение.* Верифицированный диагноз органических расстройств настроения (F06.3; F06.4; F06.6) установлен у 21,3% пациентов в выборке с первичным и у 13,6% пациентов в выборке с повторным суицидальным поведением и неорганических (F31-F38) соответственно у 78,7 и 86,4% (1,6-кратное различие показателей; $P>0,05$). Возраст дебюта заболевания у пациентов соответствовал 33,0±4,0 года при первичном и 30,8±3,5 года при повторном самопокушении (разница — 2,3 года; $P>0,05$), длительность болезни — 5,3±1,6 и 4,5±1,4 года (разница — 0,8 года; $P>0,05$), устанавливаемые оценочные показатели клинической выраженности симптомов по шкале BPRS — 34,6±1,3 и 35,4±1,9 балла (разница — 0,8 балла; $P>0,05$).

Таким образом, обе исследуемые выборки парасуицидентов формально были равноценными по нозологической принадлежности расстройств настроения, возрасту дебюта заболевания, длительности болезни и клинической выраженности симптомов по шкале BPRS (при включении пациентов в исследование).

Таблица — Клинико-феноменологические образцы суицидальности при расстройствах настроения (на модели суицидальных попыток)

Баллы	А (N = 89)	Б (N = 59)	t
Уровень суицидальной готовности (шкала суицидальных намерений; SIS):			
средний балл	11,8±0,66	13,6±0,86	1,650
низкий (0–10 баллов)	40 (44,9)	22 (37,3)	1,494
средний (11–20 баллов)	42 (47,2)	29 (49,2)	0,234
высокий (21–30 баллов)	7 (7,9)	8 (13,6)	1,076
$\chi^2 = 1,660$; $P = 0,436$			
Уровень суицидальной готовности (шкала безнадежности):			
средний балл	8,2±0,60	8,6±0,80	0,380
низкий (0–6 баллов)	41 (46,1)	27 (45,8)	0,036
средний (7–13 баллов)	27 (30,3)	17 (28,8)	0,199
высокий (14–20 баллов)	21 (23,6)	15 (25,4)	0,253
$\chi^2 = 0,077$; $P = 0,962$			
Угроза жизни:			
нет	15 (16,9)	10 (16,9)	0,015
сомнительная	37 (41,6)	23 (39,0)	0,315
реальная	37 (41,6)	26 (44,1)	0,300
$\chi^2 = 0,111$; $P = 0,946$			
Алкогольное опьянение	25 (28,1)	26 (44,1)*	1,990
Алкоголь как проблема, субъективная оценка:			
алкоголь представляет для Вас проблему	8 (9,0)	8 (13,6)	0,848
пытались уменьшить употребление алкоголя	15 (16,9)	9 (15,3)	0,261
указания на Ваши выпивки	21 (23,6)	16 (27,1)	0,481

Окончание таблицы

Баллы	А (N = 89)	Б (N = 59)	t
чувство вины по поводу Ваших выпивок	14 (15,7)	13 (22,0)	0,950
день с выпивки	30 (33,7)	14 (23,7)	1,336
Опросник выраженности психопатологической симптоматики (шкала SCL-90-R):			
общий индекс тяжести (балл)	1,0±0,07	1,3±0,10*	2,331
индекс проявления симптоматики (балл)	45,9±2,1	53,5±3,0*	2,071
индекс выраженности дистресса (балл)	1,9±0,07	2,0±0,10	1,221
Шкала депрессии Бека:			
средний балл	24,2±1,34	26,5±1,70	1,068
норма (0–9 баллов)	15 (16,9)	8 (13,6)	0,552
умеренно выраженная депрессия (10–18 баллов)	13 (14,6)	10 (16,9)	0,381
критический уровень депрессии (19–29 баллов)	13 (14,6)	9 (15,3)	0,108
явно выраженная депрессия (30–63 балла)	48 (53,9)	32 (54,2)	0,036
$\chi^2 = 0,944; P = 0,384$			
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 — * — $P < 0,05$ при межвыборочном сопоставлении долей.			

Способ самопокушения. Сопоставления в изучаемых выборках парасуицидентов частотности распределения способов самопокушений ($P = 0,769$) указывало: преобладали случаи самоотравлений лекарственными и токсическими средствами — бытовой химии (в 1,3 раза чаще при первичном самопокушении: 44,9% к 35,6% случаев) или комбинированными способами самопокушений (в 1,1 раза чаще при повторном: 44,1% к 39,3%), или посредством самотравматизации острыми предметами (в 1,2 раза чаще при повторном самопокушении: 39,0% к 31,5% случаев) (везде $P > 0,05$); реже отмечались попытки самоповешения (в 1,5 раза чаще при повторном самопокушении: 13,6% к 9,0%) и другие способы самопокушений (5,1–7,9%) (везде $P > 0,05$). Совокупно по кластеру brutальных способов самопокушений (посредством попыток самоповешения, путем выбрасывания с высоты и комбинированных), т. е. наиболее опасных в контексте летального исхода, доля представительства несколько выше (в 1,1 раза) была в выборке парасуицидентов с повторным суицидальным поведением (62,7% к 56,2% случаев; $P > 0,05$).

Таким образом, в корреляционном сопоставлении страдание расстройствами настроения и тип суицидального поведения самоотравления лекарственными и токсическими средствами в определенной степени ассоциируются с первичным самопокушением (в 1,3 раза чаще: 44,9% к 35,6% случаев), а самотравматизация острыми предметами или комбинированными способами покушений — с повторным (в 1,1–1,2 раза чаще: 39,0% к 31,5% и 44,1% к 39,3% соответственно) ($P > 0,05$).

Алкогольное опьянение и бытовая алкоголизация. В выборке парасуицидентов с повторным самопокушением зафиксированы чрезмерно избыточный уровень (в 1,6 раза) совершения суицидальных попыток в состоянии алкогольного опьянения (44,1% к 28,1% случаев; $P < 0,05$ и $t = 1,990$) и более значимые субъективные оценки наличия алкогольной проблемы на бытовом уровне ($P > 0,05$ при $t = 0,261–1,336$). Так, в частности, пациенты данного контингента парасуицидентов чаще (в 1,5 раза) оценивали свое отношение к употреблению алкоголя как личную проблему (13,6% к 9,0%), но при этом реже (в 1,1 раза) в течение последнего года пытались уменьшить употребление алкоголя (15,3% к 16,9%), несмотря на более частые (в 1,1 раза) имевшие место указания со стороны других людей на злоупотребление алкоголем (27,1% к 23,6%) и угрызения совести в связи со своим пьянством (в 1,4 раза: 22,0% к 15,7%). В то же время день с употребления алкоголя в течение последнего года эпизодически начинали 23,7–33,7% парасуицидентов (в 1,4 раза чаще в выборке с первичным самопокушением).

Таким образом, при страдании расстройствами настроения с хронизацией суицидального поведения ассоциируются фактор алкогольного опьянения при совершении суицидальной попытки (избыточный 1,6-кратный суицидальный риск: 44,1% к 28,1%; $P < 0,05$) и фактор «бытовой алкоголизации» как субъективная оценка формирующейся алкогольной проблемы (ассоциируемый риск злоупотребления алкоголем $RR = 1,5$: 13,6% к 9,0%; $P > 0,05$), включая ассоциацию злоупотребления алкоголем с явно вредными последствиями, что подтверждается фактом указания на нее со стороны других людей ($RR = 1,1$: 27,1% к 23,6%; $P > 0,05$).

Уровень суицидальной готовности и угроза жизни. Результаты обработки шкалы суицидальных интенций: фактически равный средний уровневый показатель в исследуемых выборках парасуицидентов (11,8±0,66 к 13,6±0,86 балла при повторяющемся суицидальном поведении), при случайном распределении ($P = 0,436$) у 44,9% парасуицидентов с первичным и у 37,3% с повторным самопокушением уровень суицидальных намерений и действий соответствовал низкому (0–10 баллов), у 47,2 и 49,2% — среднему (11–20 баллов) и у 7,9 и 13,6% — высокому (21–30 баллов) суицидальному риску ($RR = 1,7$ как избыточный риск при повторяющемся суицидальном поведении; $P > 0,05$).

Схожее соответствие показателей отмечено по результатам обработки шкалы безнадежности: невысокий средний уровень суицидального риска в пределах $8,2 \pm 0,60$ балла при первичном и $8,6 \pm 0,80$ балла при повторяющемся суицидальном поведении и при случайности распределения ($P = 0,962$) в выборках парасуицидентов в 45,8–46,1% случаев низкий суицидальный риск (0–6 баллов по шкале), в 28,8–30,3% — средний (7–13 баллов), в 23,6–25,4% — высокий (14–20 баллов) ($RR = 1,1$ как избыточный риск при повторяющемся суицидальном поведении; $P > 0,05$).

Также схожее соответствие показателей отмечалось при оценке угрозы для жизни (случайное распределение частотности случаев суицидальных попыток в зависимости от угрозы для жизни при $P = 0,946$): в 16,9% случаев в обеих выборках парасуицидентов при любых условиях и без оказания медицинской помощи летальный исход от самопокушения не ожидался, в 39,0–41,6% риск угрозы для жизни — сомнительный (при неблагоприятном стечении обстоятельств вероятен летальный исход) и в 41,6–44,1% — реальная угроза для жизни ($RR = 1,1$ как избыточное накопление при повторных самопокушениях; $P > 0,05$).

Таким образом, при страдании расстройствами настроения невысокие уровни суицидальной готовности в то же время в суицидогенно травмирующей ситуации у части пациентов высока реальность реализации суицидальных намерений с летальным исходом (высокий суицидальный риск по шкале суицидальных интенций в 7,9–13,6% и по шкале безнадежности в 23,6–25,4% случаев при соответствующих избыточных рисках $RR = 1,7$ и $RR = 1,1$ при повторяющемся суицидальном поведении; в 41,6–44,1% случаев реальная угроза для жизни от предпринятой суицидальной попытки при избыточном риске $RR = 1,1$ для повторных самопокушений) ($P > 0,05$).

Фактор депрессивности. По шкале депрессии Бека констатация среднего балла «депрессии» — несколько выше показатель в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением ($26,5 \pm 1,7$ против $24,2 \pm 1,3$ балла; $P > 0,05$). В межвыборочном сопоставлении распределение частотности встречаемости дифференцированных уровней депрессии отмечено как явление случайное ($P = 0,384$). Нормированный показатель (0–9 баллов) фиксировался у 13,6–16,9% парасуицидентов, умеренно выраженной депрессии (10–18 баллов) — у 14,6–16,9%, критического уровня депрессии (19–29 баллов) — у 14,6–15,3%, явно выраженной депрессии (30–63 балла) — у 53,9–54,2%. Совокупная доля пациентов от умеренной до явно выраженной депрессии была несколько выше в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением (на 3,3%: 86,4% к 83,1%; $P > 0,05$).

Как видно, при расстройствах настроения в суицидоопасной ситуации при хронизации суицидального процесса несколько выше уровень депрессии (в среднем на 2,3 балла по шкале депрессии Бека: $26,5 \pm 1,7$ против $24,2 \pm 1,3$ балла при 3,3% превышении накопления случаев от умеренной до явно выраженной депрессии: 86,4% к 83,1%; $P > 0,05$).

Фактор симптоматического дистресса. Определялся на основании оценки базовых показателей шкалы SCL-90-R. Результаты исследования свидетельствуют: в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением количественные клинические характеристики выраженности симптоматического дистресса выше (в 1,1–1,3 раза; $P < 0,05$ и $t = 2,071-2,331$). В частности, по показателю «Общего индекса тяжести» симптоматики при сопоставлении $1,3 \pm 0,10$ к $1,0 \pm 0,07$ балла, «Индекса проявления симптоматики» — $53,5 \pm 3,0$ к $45,9 \pm 2,1$ и «Индекса выраженности дистресса» — $2,0 \pm 0,10$ к $1,9 \pm 0,07$ балла.

Очевидно, что при расстройствах настроения в суицидоопасной ситуации при хронизации суицидального процесса выше уровень симптоматического дистресса (по показателям шкалы SCL-90-R: «Общего индекса тяжести» симптоматики — в 1,3 раза: $1,3 \pm 0,10$ к $1,0 \pm 0,07$ балла при $P < 0,05$, «Индекса проявления симптоматики» — в 1,2 раза: $53,5 \pm 3,0$ к $45,9 \pm 2,1$ балла при $P < 0,05$ и «Индекса выраженности дистресса» — в 1,1 раза: $2,0 \pm 0,10$ к $1,9 \pm 0,07$ балла при $P > 0,05$).

Заключение. Имеют место клиничко-феноменологические закономерности сфер действия незавершенных суицидальных актов среди пациентов с расстройствами настроения и разным типом суицидального поведения. В суицидоопасной кризисной ситуации при страдании расстройствами настроения ассоциированные с хронизацией суицидального поведения в сопоставлении с первичным самопокушением: а) brutальные способы самопокушений (посредством попыток самоповешения, путем выбрасывания с высоты и комбинированные) (избыточный суицидальный риск $RR = 1,1$: 62,7% к 56,2% случаев; $P > 0,05$); б) алкогольное опьянение при совершении суицидальной попытки ($RR = 1,6$: 44,1% к 28,1%; $P < 0,05$) и «бытовая алкоголизация» как субъективная оценка формирующейся алкогольной проблемы (ассоциируемый риск злоупотребления алкоголем $RR = 1,5$: 13,6% к 9,0%; $P > 0,05$), включая ассоциацию злоупотребления алкоголем с явно вредными последствиями ($RR = 1,1$: 27,1% к 23,6%; $P > 0,05$); в) выше уровни суицидальной готовности по шкалам суицидальных интенций и безнадежности с избыточными рисками $RR = 1,1-1,7$ накопления случаев самопокушений высокого суицидального риска (соответственно в 13,6% к 7,9% и в 25,4% к 23,6% случаев; $P > 0,05$) и выше реальность угрозы для жизни от предпринятой попытки ($RR = 1,1$ при 44,1% к 41,6% случаев накопления самопокушений с высокой вероятностью летального исхода; $P > 0,05$); г) более высокий уровень депрессии (в среднем на 2,3 балла по шкале депрессии Бека: $26,5 \pm 1,7$ против $24,2 \pm 1,3$ балла при 3,3% превышении накопления случаев от умеренной до явно выраженной депрессии: 86,4% к 83,1%; $P > 0,05$); д) выше уровень симптоматического дистресса ($RR = 1,1-1,3$ раза; $P < 0,05$) при оценке по показателям шкалы SCL-90-R «Общего индекса тяжести» симптоматики ($1,3 \pm 0,10$ к $1,0 \pm 0,07$ балла), «Индекса проявления симптоматики» ($53,5 \pm 3,0$ к $45,9 \pm 2,1$ балла) и «Индекса выраженности дистресса» ($2,0 \pm 0,10$ к $1,9 \pm 0,07$ балла).

Літэратура

1. A multivariate study of predictors of repeat parasuicide / I. Colman [et al.] // Acta Psychiatr. Scand. — 2004. — Vol. 109, № 4. — P. 306–312.
2. Beautrais, A.L. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? / A.L. Beautrais // Psychol. Med. — 2001. — Vol. 31, № 5. — P. 837–845.
3. Hawton, K. By their own young hand / K. Hawton // Brit. Med. J. — 1992. — Vol. 304, № 6833. — P. 1000.
4. Lau, M.A. Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour / M.A. Lau, Z.V. Segal, J.M.G. Williams // Behav. Res. Therap. — 2004. — Vol. 42, № 9. — P. 1001–1017.
5. Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation / J.M.G. Williams [et al.] // I. Abnor. Psychok. — 2005. — Vol. 114, № 3. — P. 421–431.
6. 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.
7. Overall, J.E. The Brief Psychiatric Rating Scale / J.E. Overall, D.R. Gorham // Psychol. Reports. — 1962. — Vol. 10. — P. 799–812.

SUICIDAL BEHAVIOR IN MOOD DISORDERS: CLINICAL-SUICIDOLOGICAL FEATURES

Gelda A.P.¹, Golubovich V.V.², Nestsiarovich A.N.¹, Runes K.E.¹

¹*State Institution “Republican Research & Practice Center for Mental Health”, Minsk, Republic of Belarus;*

²*The Institute of Advanced Training & Continuing Education of the State Committee of Forensic Expertise of Republic of Belarus, Minsk, Republic of Belarus*

The study focused on the clinical-phenomenological features of suicidal activity in mood disorders, depending on the type of suicidal behavior (initial or repeated self-assaults). It is shown that the features associated with repetitive suicidal activity in patients with mood disorders (risk is 1.1–1.7 times higher than in primary suicidal acts) in crisis situation are: brutal methods of self-harm (trying to hang oneself or jumping from height or combined methods), alcohol intoxication prior to the suicidal act, alcohol misuse with obviously harmful consequences, strong willingness for lethal suicide outcome and choosing the relevant methods, higher levels of depression and symptomatic distress.

Keywords: clinical factors, suicide attempt, mood disorders.