

А. П. Гелда¹, О. В. Лисковский²

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

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

Проведено исследование по изучению клинико-феноменологических особенностей суицидальной активности 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, ассоциированными с хронизацией суицидального поведения (избыточный против первичного самопокушения 1,2–3,9-кратный суицидальный риск), являются самоотравления лекарственными веществами и токсическими средствами бытовой химии, алкогольное опьянение, предшествующее суицидальному акту, и злоупотребление алкоголем с явно вредными последствиями, наследственная психопатологическая отягощенность и выраженные затруднения социального функционирования (включая потребность в активной поддержке или в надзоре).

Ключевые слова: клинические факторы, суицидальная попытка, расстройства шизофренического спектра.

A. P. Gelda, O. V. Liskovski

SUICIDAL BEHAVIOR IN SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS: CLINICAL-PHENOMENOLOGICAL FEATURES

The study focused on the clinical-phenomenological features of suicidal activity in schizophrenia spectrum 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 schizophrenia spectrum disorders (risk is 1,2–3,9 times higher than in primary suicidal acts) in crisis situation are: self-poisoning with drugs and toxic household substances, alcohol intoxication prior to the suicidal act, alcohol misuse with obviously harmful consequences, psychopathology hereditary burden and severe difficulties in social functioning (including the need for active support or supervision). Suicides – one of the main reasons of premature death of the persons having schizophrenia and frustration, close to her. Research objective – studying of kliniko-phenomenological features of formation of suicide behavior at patients with frustration of a schizophrenic range at primary and repeated self-attempt.

Key words: clinical factors, suicide attempt, schizophrenia spectrum disorders.

Суициды – одна из главных причин преждевременной смерти лиц, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами [3]. Проведенные исследования указывают, что 20–40% страдающих шизофренией в течение жизни совершают суицидальные попытки и 10–15% из них совершают завершённые суициды, в то время как популяционная распространённость шизофрении не превышает 1% [2]. Согласно данным Е. С. Harris с соавт., риск суицида у пациентов с шизофренией в 8 раз выше, чем в общей популяции [5]. Несмотря на проведенные научные изыскания [1, 7–8], проблемная тематика особенностей суицидального поведения при расстройствах шизофренического спектра сохраняет свою актуальность, тем более что подобного рода исследования на модели белорусской популяции пациентов с расстройствами шизофренического спектра не проводились.

Цель исследования – изучение клинико-феноменологических особенностей формирования суицидального поведения у пациентов с расстройствами шизофренического спектра при первичном и повторном самопокушении.

Материал и методы

Исследование в соответствии протоколом ВОЗ/ЕВРО Мультицентрового исследования парасуицидов [4] и с дополнением к нему шкалы краткой психиатрической оценки (BPRS) для психометрического шкалирования формализованной оценки психопатологических нарушений [6] проведено как открытое 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. Критерии включения в исследование – добровольное информированное согласие на участие в исследовании в первые 2–3 дня поступления в клинику, 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 клинико-феноменологические образцы суицидальности: способ самопокушения и уровни суицидальной готовности по шкалам суицидальных намерений и безнадежности, включая оценку угрозы жизни, наличие/отсутствие алкогольного опьянения при совершении суицидальной попытки и бытовая алкоголизация, уровни депрессивности по шкале Бека и симптоматического дистресса по опроснику выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), уровни социального функционирования по шкале социально-ориентированного и социального функционирования (PCP), наследственная психопатологическая отягощенность и сопутствующие хронические соматические и неврологические заболевания) [4].

Статистическая обработка материалов исследования проведена с использованием стандартного пакета описательной математической статистики в программно-аналитическом комплексе 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 97 пациентов (парасуицидентов) с расстройствами шизофренического спектра, из них 59 (36,3±2,1 лет) – совершившие впервые в жизни суицидальную попытку и 38 (40,8±1,6 лет) – с повторными суицидальными попытками.

Результаты и обсуждение

Анализ клинико-феноменологических образцов суицидальности проведен в оценочном сопоставлении взаимосвязи составляющих частей (элементов) изучаемого явления и с учетом различий экстенсивных показателей в выборках парасуицидентов с первичным и повторным (хронизацией) суицидальным поведением (таблица).

Клинико-феноменологическая характеристика суицидальности при расстройствах шизофренического спектра (на модели суицидальных попыток)

	A (N = 59)	Б (N = 38)	t
Способ самопокушения:			
Х60-Х69	27 (45,8)	20 (52,6)	0,662
Х70	5 (8,5)	2 (5,3)	0,627
Х78	20 (33,9)	7 (18,4)	1,758
Х80	3 (5,1)	4 (10,5)	0,948
другие	4 (6,8)	5 (13,2)	0,999
комбинированные	23 (39,0)	11 (28,9)	1,033
$\chi^2 = 5,087; P = 0,405$			
Уровень суицидальной готовности (шкала суицидальных намерений; SIS):			
средний балл	11,6±0,76	12,3±1,12	0,475
низкий (0–10 баллов)	27 (30,3)	20 (33,9)	0,578
средний (11–20 баллов)	5 (5,6)	2 (3,4)	0,946
высокий (21–30 баллов)	57 (64,0)	37 (62,7)	0,212
$\chi^2 = 0,524; P = 0,769$			
Уровень суицидальной готовности (шкала безнадежности):			
средний балл	8,1±0,79	7,8±0,89	0,234
низкий (0–6 баллов)	28 (31,5)	15 (25,4)	0,649
средний (7–13 баллов)	25 (28,1)	18 (30,5)	0,255
высокий (14–20 баллов)	36 (40,4)	26 (44,1)	0,352
$\chi^2 = 0,627; P = 0,731$			
Угроза жизни:			
нет	8 (13,6)	5 (13,2)	0,057
сомнительная	25 (42,4)	15 (39,5)	0,284
реальная	26 (44,1)	18 (47,4)	0,319
$\chi^2 = 0,105; P = 0,948$			
Алкогольное опьянение	8 (13,6)	6 (15,8)	0,301
Алкоголь как проблема: субъективная оценка:			
... алкоголь представляет для Вас проблему	3 (5,1)	3 (7,9)	0,538
... пытались уменьшить употребление алкоголя	11 (18,6)	3 (7,9)	1,605
... указания на Ваши выпивки	16 (27,1)	4 (10,5)*	2,173
... чувство вины по поводу Ваших выпивок	8 (13,6)	6 (15,8)	0,301
... день с выпивки	13 (22,0)	10 (26,3)	0,478

	A (N = 59)	Б (N = 38)	t
Диагноз:			
F20	18 (30,5)	27 (71,1)***	4,272
F21; F22-F23; F25; F06.2	41 (69,5)	11 (28,9)	4,272
Возраст дебюта заболевания, лет	34,1±2,7	25,2±2,4*	2,416
Длительность болезни, лет	8,5±2,4	13,9±2,1	1,677
Наследственная психопатологическая отягощенность:			
число лиц	4 (6,8)	6 (15,8)	1,188
в т.ч. сочетанная психопатологическая отягощенность	1 (1,7)	5 (13,2)	1,630
Сопутствующие хронические соматические и неврологические заболевания:			
число лиц	30 (50,8)	16 (42,1)***	5,360
в т.ч. сочетанная органная патология	13 (22,0)	5 (13,2)	1,262
	A (N = 59)	Б (N = 38)	t
Шкала социально-ориентированного и социального функционирования (PCP):			
71-100 баллов	12 (27,9)	4 (9,3)*	2,136
31-70 баллов	28 (65,1)	21 (48,8)	1,381
1-30 баллов	3 (7,0)	4 (9,3)	0,350
	$\chi^2 = 2,516; P = 0,284$		
Шкала краткой психиатрической оценки (BPRS):			
средний балл	42,3±1,7	40,6±1,7	0,697
Опросник выраженности психопатологической симптоматики (шкала SCL-90-R):			
общий индекс тяжести (балл)	0,96±0,10	0,83±0,09	0,980
индекс проявления симптоматики (балл)	45,0±3,1	41,9±3,8	0,642
индекс выраженности дистресса (балл)	1,80±0,09	1,68±0,10	0,861
Шкала депрессии Бека:			
средний балл	19,6±1,70	18,9±2,02	0,280
норма (0-9 баллов)	15 (16,9)	9 (15,3)	0,210
умеренно выраженная депрессия (10-18 баллов)	10 (11,2)	12 (20,3)	1,180
критический уровень депрессии (19-29 баллов)	14 (15,7)	8 (13,6)	0,297
явно выраженная депрессия (30-63 балла)	50 (56,2)	30 (50,8)	0,514
	$\chi^2 = 2,333; P = 0,506$		

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 - значения t-Стьюдента при межвыборочном сопоставлении долей ($P < 0,05-0,001$); χ^2 - хи-квадрат Пирсона. 3 - самоотравления (Х60-Х69), самоповреждение повешением (Х70), посредством острых предметов (Х78), путем выбрасывания с высоты (Х80). 4 - шизофрения (F20), расстройства шизофренического спектра (F21; F22-F23; F25; F06.2). 5 - за счет сочетанной наследственной психопатологической отягощенности (хронической органной патологии) сумма абсолютных величин по строкам таблицы превышает число лиц с психопатологической отягощенностью (с хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями).

Способ самопокушения. Распределение в изучаемых выборках парасуицидентов способов самопокушений не обнаружило статистически значимых различий ($P = 0,405$). Тем не менее, в выборке пациентов с повторными суицидальными попытками чаще встречались случаи самоотравлений лекарственными веществами и токсическими средствами бытовой химии (в 1,2 раза: 52,6% к 45,8%; $P > 0,05$), а также случаи выбрасывания с высоты (в 2,1 раза: 10,5% против 5,1%; $P > 0,05$). Остальные способы самопокушения чаще встречались среди пациентов с первичным самопокушением: повешение (в 1,6 раза: 8,5% против 5,3%; $P > 0,05$), самотравматизация режущими предметами (в 1,8 раза: 33,9% против 18,4%; $P > 0,05$), комбинированные способы (в 1,3 раза: 39,0% против 28,9%; $P > 0,05$).

То есть среди суицидальных пациентов с расстройствами шизофренического спектра случаи са-

мотравматизации острыми предметами и комбинированными способами чаще отмечались при первичном самопокушении (в 1,3-1,8 раза: соответственно, 33,9% к 18,4% и 39,0% к 28,9%; $P > 0,05$), а случаи самоотравлений лекарственными веществами и токсическими средствами бытовой химии - при повторном (в 1,2 раза: 52,6% к 45,8%; $P > 0,05$).

Алкогольное опьянение и бытовая алкоголизация. Число случаев совершения парасуицида в состоянии алкогольного опьянения в выборке пациентов с единичным самопокушением составило 13,6%, в выборке с повторными - 15,8%, то есть статистических достоверных межгрупповых различий не обнаружено ($P > 0,05$). В то же время, пациенты, отличавшиеся многократными парасуицидами, чаще отмечали, что алкоголь представляет для них проблему (в 1,6 раза: 7,9% против 5,1%; $P > 0,05$), чаще испытывали чувство вины по поводу выпивок (в 1,2 раза: 15,8% про-

тив 13,6%: $P > 0,05$), чаще начинали день с выпивки (в 1,2 раза: 26,3% против 22,0%; $P > 0,05$). Однако именно пациенты с первичной суицидальной попыткой чаще пытались сознательно уменьшить количество потребляемого алкоголя (в 2,4 раза: 18,6% против 7,9%; $P > 0,05$) и достоверно чаще отмечали указания посторонних лиц на выпивку (в 2,6 раза: 27,1% против 10,5%; $P < 0,05$, $t = 2,173$).

То есть при наличии расстройств шизофренического спектра с хронизацией суицидального поведения ассоциированы факторы осознания алкоголизации как лично значимой проблемы, чувство вины по поводу употребления алкоголя и бытовая алкоголизация (1,2–1,6-кратное различие показателей: соответственно, 7,9%/15,8%/26,3% против 5,1%/13,6%/22,0% при первичном самопокушении; $P > 0,05$).

Уровень суицидальной готовности и угроза жизни. Средний балл по шкале суицидальных намерений в выборке пациентов, совершивших однократные суицидальные попытки, составил $11,6 \pm 0,76$, в выборке с повторными суицидальными попытками – $12,3 \pm 1,12$ (при $P > 0,05$). При случайном распределении ($P = 0,769$) у 30,3% парасуицидентов с первичным и у 33,9% с повторным самопокушением уровень суицидальных намерений и действий соответствовал низкому (0–10 баллов), у 5,6% и 3,4% – среднему (11–20 баллов) и у 64,0% и 62,7% – высокому (21–30 баллов) суицидальному риску.

Средний балл по шкале безнадежности в выборке пациентов с однократными суицидальными попытками составил $8,1 \pm 0,79$ и в выборке с повторными – $7,8 \pm 0,89$. Аналогично, статистически значимых отличий по данной шкале в группах сравнения дифференцированных уровней суицидальной готовности не обнаружено (случайное распределение; $P = 0,731$). Несколько чаще среди пациентов с повторными случаями самопокушения встречались средний (7–13 баллов) и высокий (14–20 баллов) уровни суицидальной готовности (в 1,1 раза: соответственно, 30,5% против 28,1% и 44,1% против 40,4%; $P > 0,05$).

Схожая ситуация наблюдалась при оценке угрозы самоповреждающего поведения для жизни пациента: отсутствие угрозы отмечалось в 13,6% случаев в выборке пациентов с однократной суицидальной попыткой и в 13,2% случаев среди пациентов с многократными попытками суицида (при любых условиях и без оказания медицинской помощи летальный исход от самопокушения не ожидался). Несколько чаще в выборке пациентов с единичным парасуицидом встречались случаи самопокушения с сомнительной угрозой для жизни (при неблагоприятном стечении обстоятельств вероятен летальный исход) (в 1,1 раза: 42,4% против 39,5%; $P > 0,05$), а в выборке пациентов с повторными парасуицидами несколько чаще встречались случаи реальной угрозы самопокушения для жизни (в 1,1 раза: 47,4% против 44,1%, $P > 0,05$).

То есть при страдании расстройствами шизофренического спектра суицидальная активность не

детерминирована типом суицидального поведения ($P = 0,731$ – $0,769$), но при этом в суицидогенной ситуации у части пациентов фиксируются высокие уровни суицидальной готовности (в 62,7–64,0% случаев при оценке по шкале суицидальных намерений и в 40,4–44,1% случаев при оценке по шкале безнадежности) с высокой вероятностью летального исхода от предпринятой суицидальной попытки (в 44,1–47,4% случаев при избыточном $RR = 1,1$ для повторных самопокушений) ($P > 0,05$).

Клиническое статусное положение. На фоне сплошного набора всех госпитальных случаев самопокушений среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра в изучаемых выборках парасуицидентов обнаружены статистически значимые отличия в отношении диагностируемого расстройства. Верифицированный диагноз шизофрении был установлен у 30,5% пациентов в выборке с первичным суицидальным поведением и у 71,1% пациентов в выборке с повторным (2,3-кратное различие показателей; $P < 0,001$, $t = 4,272$). В то же время расстройства, схожие с шизофренией (диагнозы: F21, F22–23, F25, F06.2), достоверно чаще встречались в выборке пациентов с первичным парасуицидом (в 2,4 раза: 69,5% против 28,9%; $P < 0,001$, $t = 4,272$).

Возраст дебюта заболевания у пациентов соответствовал $34,1 \pm 2,7$ лет при первичном и $25,2 \pm 2,4$ лет при повторном самопокушении (разница 8,9 лет; $P < 0,05$, $t = 2,416$), длительность болезни – $8,5 \pm 2,4$ лет и $13,9 \pm 2,1$ лет соответственно (разница 5,3 лет; $P > 0,05$) и устанавливаемые оценочные показатели клинической выраженности симптомов по шкале BPRS – $42,3 \pm 1,7$ балла и $40,6 \pm 1,7$ балла соответственно (разница 1,7 балла; $P > 0,05$).

То есть риск совершения повторных самопокушений у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, достоверно выше в случае верифицированного диагноза «шизофрении» ($RR = 2,3$, $P < 0,001$), а также при раннем дебюте заболевания ($P < 0,05$), но не связан с выраженностью симптоматики по шкале BPRS ($P > 0,05$).

Фактор депрессивности. Средний балл по шкале депрессии Бека составил среди пациентов с первичным парасуицидом $19,6 \pm 1,70$ и $18,9 \pm 2,02$ в выборке пациентов с повторными парасуицидами. Статистически значимых различий между группами сравнения распределения встречаемости дифференцированных уровней депрессии не обнаружено (случайное распределение; $P = 0,506$). В обеих выборках пациентов фиксирована высокая частотность встречаемости случаев с высоким уровнем депрессии (явно выраженная депрессия в 30–63 балла; 50,8–56,2% случаев).

То есть при расстройствах шизофренического спектра в суицидоопасной ситуации уровень депрессии не играет решающей роли в предикции как первичных, так и повторных суицидальных попыток (усреднено 18,9–19,6 баллов по шкале Бека при равной встречаемости случаев явно выраженной депрессии – 50,8–56,2%; $P > 0,05$).

Фактор симптоматического дистресса. Определялся на основании оценки базовых показателей шкалы SCL-90-R. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением количественные клинические характеристики выраженности симптоматического дистресса ниже (в 1,1–1,2 раза; $P > 0,05$). Соотношение средних баллов оказалось следующим: по показателю «Общего индекса тяжести» симптоматики – $0,83 \pm 0,10$ к $0,96 \pm 0,10$ балла, «Индекса проявления симптоматики» – $41,9 \pm 3,8$ к $45,0 \pm 3,1$ балла и «Индекса выраженности дистресса» – $1,68 \pm 0,10$ к $1,80 \pm 0,09$ балла. Тем не менее, различия не достигли степени статистической значимости.

То есть при расстройствах шизофренического спектра уровень симптоматического дистресса не является достоверным предиктором повторных суицидальных попыток (по показателям шкалы SCL-90-R в 1,1–1,2 раза ниже уровни против таковых при первичном самопокушении – «Общего индекса тяжести» симптоматики: $0,83 \pm 0,10$ к $0,96 \pm 0,10$ балла, «Индекса проявления симптоматики»: $41,9 \pm 3,8$ к $45,0 \pm 3,1$ балла, «Индекса выраженности дистресса»: $1,68 \pm 0,10$ к $1,80 \pm 0,09$ балла) ($P > 0,05$).

Фактор социального функционирования. Показатели социально-ориентированного и социального функционирования в сферах социально полезной деятельности, социальных отношений, самообслуживания и поведения в сравниваемых выборках пациентов определялись по шкале PCP и распределялись случайно ($P = 0,284$). Результаты проведенного исследования показали, что в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением выше (в 1,3 раза) доля лиц с крайне выраженными затруднениями (диапазон 1–30 баллов) социального функционирования (9,3% против 7,0%; $P > 0,05$), в то время как в выборке парасуицидентов с первичным самопокушением достоверно выше доля лиц с незначительно выраженными (диапазон 71–100 баллов) затруднениями функционирования (в 3 раза: 27,9% против 9,3%; $P < 0,05$, $t = 2,136$) и ограниченного (диапазон 31–70 баллов) функционирования с потребностью в активной поддержке или в надзоре (65,1% против 48,8%; $P > 0,05$).

То есть при расстройствах шизофренического спектра в суицидоопасной ситуации риск хронизации суицидального поведения достоверно ниже при малой выраженности затруднений социально-ориентированного и социального функционирования (в 3 раза ниже: 27,9% против 9,3%, $P < 0,05$).

Фактор наследственной психопатологической отягощенности. Анализ проведен по оценке доли парасуицидентов с общей психопатологической и сочетанной отягощенностью. Статистически значимых отличий не выявлено ($P > 0,05$). В обеих исследовательских выборках парасуицидентов с расстройствами шизофренического спектра отмечались невысокие показатели общей наследственной (6,8–15,8%) и сочетанной (1,7–13,2%) психопатологической отяго-

щенности (при этом уровни показателей в 2,3–7,8 раз выше в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением, $P > 0,05$).

То есть при расстройствах шизофренического спектра в суицидоопасной ситуации наследственная психопатологическая отягощенность предрасполагает к формированию повторного суицидального поведения ($RR = 2,3$: 15,8% к 6,8% и $RR = 7,8$ 13,2% к 1,7% при сочетанной психопатологической отягощенности; $P > 0,05$), однако повышение риска статистически не достоверно.

Фактор наличия хронической соматической и неврологической патологии. С учетом формально равного возрастного диапазона выборок исследования (36,3±1,6 лет и 40,8±2,1 лет, соответственно, в выборках парасуицидентов с первичным и повторным самопокушением) анализ проведен по оценке долей парасуицидентов с расстройствами шизофренического спектра с общей соматоневрологической отягощенностью (избыточное 3,9-кратное накопление в выборке парасуицидентов с первичным самопокушением: 50,8% к 42,1%; $P < 0,001$ и $t = 5,360$) и сочетанной органной патологией (избыточное 1,7-кратное накопление в выборке парасуицидентов с первичным самопокушением: 22,0% к 13,2%; $P > 0,05$).

То есть страдание расстройствами шизофренического спектра и хронической соматической и неврологической патологией в большей степени ассоциировано с повышенным суицидальным риском при единичных самопокушениях ($RR = 3,9$: 50,8% к 42,1%; $P < 0,001$), включая страдание сочетанной органной патологией ($RR = 1,7$: 22,0% к 13,2%; $P > 0,05$).

Выводы

1. В суицидоопасной кризисной ситуации при страдании расстройствами шизофренического спектра ассоциированные с хронизацией суицидального поведения в сопоставлении с первичным самопокушением: а) самоотравления лекарственными веществами и токсическими средствами бытовой химии (избыточный $RR = 1,2$: 44,9% к 35,6%; $P > 0,05$) в противовес при не ассоциированности самоотравлений острыми предметами и комбинированными способами покушений (в 1,3–1,8 раза чаще при первичном самопокушении: соответственно, 33,9% к 18,4% и 39,0% к 28,9%; $P > 0,05$); б) алкогольное опьянение при совершении суицидальной попытки (избыточный $RR = 1,2$: 15,8% к 13,6%; $P > 0,05$) и субъективная оценка формирующейся алкогольной проблемы (ассоциируемые риски злоупотребления алкоголем по критериям «осознания проблемы», «чувства вины по поводу употребления алкоголя», «день с выпивки» как $RR = 1,2$ –1,6: 7,9%/15,8%/26,3% к 5,1%/13,6%/22,0% соответственно; $P > 0,05$); в) более тяжкий анамнез наследственной психопатологической отягощенности, включая сочетанную (избыточные риски, соответственно, $RR = 2,3$: 15,8% к 6,8% и $RR = 7,8$ 13,2% к 1,7%; $P > 0,05$), при не ас-

соцированности со страданием хронической соматоневрологической патологией, включая сочетанную органную патологию (при первичных самопокушениях, избыточные риски, соответственно, $RR = 3,9$: 50,8% к 42,1%; $P < 0,001$ и $RR = 1,7$: 22,0% к 13,2%; $P > 0,05$); г) выраженные затруднения социального функционирования (включая потребность в активной поддержке или в надзоре) при избыточном $RR = 1,3$ (9,3% к 7,0%; $P > 0,05$), но на фоне значимых отличий не ассоциированности сохраненных или в слабой степени выраженности затруднений социально-ориентированного и социального функционирования (избыточный $RR = 3,0$ для первичного самопокушения при 27,9% против 9,3%, $P < 0,05$).

Не детерминированы типом суицидального поведения: а) суицидальная активность (при высоком уровне суицидальной готовности у части пациентов – в 62,7–64,0% случаев при оценке по шкале суицидальных намерений и в 40,4–44,1% случаев при оценке по шкале безнадежности) при избыточном риске реальной угрозы для жизни от предпринятой попытки для повторных самопокушений ($RR = 1,1$: 47,4% к 44,1%; $P > 0,05$); б) уровень депрессии (усреднено 18,9–19,6 баллов по шкале Бека), но при высокой встречаемости случаев явно выраженной депрессии (30–63 балла; 50,8–56,2% при избыточном $RR = 1,1$ для первичного самопокушения; $P > 0,05$); в) уровни симптоматического дистресса (в 1,1–1,2 раза ниже при повторном самопокушении при оценке по показателем шкалы SCL-90-R – «Общий индекс тяжести» симптоматики: $0,83 \pm 0,10$ к $0,96 \pm 0,10$ балла, «Индекс проявления симптоматики»: $41,9 \pm 3,8$ к $45,0 \pm 3,1$ балла, «Индекс выраженности дистресса»: $1,68 \pm 0,10$ к $1,80 \pm 0,09$ балла; $P > 0,05$).

2. Результаты проведенного исследования указывают на наличие определенных корреляционных взаимоотношений между клинико-феноменологическими характеристиками суицидальности и типом суицидального поведения (первичным или повторяющимся) у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, что следует учитывать при разработке превентивных антисуицидальных мероприятий.

Литература

1. *Brown, S.* Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis / S. Brown // *Brit. J. Psychiatr.* – 1997. – Vol. 171. – P. 502–508.
2. *Caldwell, G. B.* Gottesman II: Schizophrenia kill themselves too: A review of risk factors for suicide / G. B. Caldwell // *Schizophr. Bull.* – 1990. – Vol. 16. – P. 571–589.
3. *Characteristics of suicide attempters and nonattempters with schizophrenia in a rural community / M. S. Ran [et al.] // Suicide Life-Threat. Behav.* – 2005. – Vol. 35. – P. 694–701.
4. *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.
5. *Harris, E. C.* Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis / E. C. Harris, B. Barraclough // *Brit. J. Psychiatr.* – 1997. – Vol. 170. – P. 205–228.
6. *Overall, J. E.* The Brief Psychiatric Rating Scale / J. E. Overall, D. R. Gorham // *Psychological Reports.* – 1962. – Vol. 10. – P. 799–812.
7. *Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristics of individuals who had and had not attempted suicide / J. M. Harkavy-Friedman [et al.] // Am. J. Psychiatr.* – 1999. – Vol. 256. – P. 1276–1278.
8. *Westermeyer, J. F.* Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and non-psychotic disorders / J. F. Westermeyer, M. Harrow, J. T. Marengo // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1991. – Vol. 170. – P. 259–266.