

УДК 616.89–008.441.44 (477.54)

А. М. Бачериков, д-р мед. наук, керівник відділу невідкладної психіатрії та наркології, Е. Г. Матузок, канд. мед. наук, ст. наук. співробітн., К. В. Харіна, Р. В. Лакінський
 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (г. Харків)

ФАКТОРИ РИЗИКУ ЗДІЙСНЕННЯ ЗАВЕРШЕНИХ СУЇЦИДАЛЬНИХ СПРОБ У ПСИХІЧНОХВОРИХ (Літературний огляд)

Психічний розлад є одним з найбільш достовірних предикторів щодо здійснення самогубства. За даними багатьох досліджень смертність внаслідок самогубства у таких пацієнтів є набагато вищою, ніж у загальній популяції [1–6].

А. Фактори ризику у хворих на депресію

Депресія є одним з основних факторів ризику щодо незавершених та завершених спроб самогубства. Це положення справедливе також для широкого спектра психічних розладів — шизофренії, алкоголізму, епілепсії та пограничних розладів. Існує думка, що до 90 % осіб, які вкоротили собі віку, перебували у депресивному стані. За деякими даними більше половини осіб, що вмерли внаслідок самогубства, впродовж якогось часу страждали на депресію. Вважається, що ризик скоєння самогубства у хворих на депресію на 60—70 % вищий, ніж у загальній популяції.

Багато дослідників, що вивчали проблему взаємозв'язку між психічними розладами та самогубствами приходять до висновку, що найбільш часто завершену суїцидальну спробу скоюють хворі на великий депресивний розлад. Розлади настрою, зокрема біполярні розлади та дистимія, також часто спостерігаються у суїцидентів. Від 10 до 47 % осіб, хворих на біполярний розлад, хоча б один раз у житті вчинили спробу самогубства. Смертність внаслідок суїцидів у хворих на розлади настрою за різними оцінками коливається у межах 2—15 %, а серед пацієнтів, що впродовж життя госпіталізувалися внаслідок цього захворювання, вона складає 15—20 % [7—12].

Oquendo M. A. із співавторами (2004) вивчали механізми суїцидогенезу у пацієнтів із психозами, розладами настрою, розладами особистості. Було запропоновано модель стресс-діатезу до здійснення самогубства. На думку дослідників, маніфестним пусковим механізмом за звичай є стресор (депресивний розлад або несприятливі життєві обставини, наприклад, фінансові проблеми чи розлад у стосунках із оточуючими людьми). Діатез характеризується тенденцією до песимізму та схильності до агресії/імпульсивності. У порівнянні із непесимістичними суб'єктами песимісти мають більш високі суб'єктивні показники вираженості депресії та відчуття втрати надії. Вони також мають менше приводів для продовження життя при однакових із іншими обстеженими об'єктивних показниках важкості хвороби чи умов життя. Агресія/імпульсивність можуть маніфестувати при наявності розладів особистості. Ключовим фактором для розвитку діатезу є особливості життєвого шляху та наявність суїцидальних спроб у родині пацієнта.

На думку Dumais A. та інших (2005) такі симптоми депресії як розлади сну та пам'яті, нехтування собою, ангедонія, втрата надії, зловживання алкоголем/наркотиками підвищують ризик здійснення самогубства

[13]. Ця група дослідників проводила посмертну психіатричну експертизу 104 чоловіків старших за 18 років, що мешкали у Канаді, страждали на великий депресивний розлад і наклали на себе руки. У порівнянні із контрольною групою суїциденти частіше зловживали алкоголем чи наркотиками, або були залежними від них. У таких хворих частіше мали місце розлади поведінки, прояви імпульсивності та агресії. Зловживання/залежність від алкоголю чи наркотиків, розлади особистості, імпульсивність та агресивність частіше спостерігалися у віковій групі 18—40 років, ніж у більш старших суїцидентів чи у контрольній групі. Молоді особи застосовували більш брутальні методи самогубства, ніж старші за віком хворі. За результатами статистичного аналізу саме розлади особистості та зловживання алкоголем впродовж останніх 6 місяців життя виявилися двома незалежними предикторами заподіяння собі смерті у чоловіків, що страждали на великий депресивний епізод.

Oquendo M. A. та інші (2007) впродовж 2 років вивчали гендерні особливості суїцидальної поведінки 314 осіб, що перенесли великий депресивний епізод у рамках великої депресії або біполярного розладу настрою [14]. У огляді літератури автори наводять численні приклади існування суттєвих відмінностей у суїцидальній поведінці депресивних осіб різної статі. Чоловіки частіше вбивають себе, а жінки частіше скоюють незавершені суїцидальні спроби. Ризик суїцидальної спроби, при наявності спроби самогубства у минулому, у чоловіків в 6 разів вищий, ніж у жінок. Більша частота суїцидальних спроб у жінок, можливо, пов'язана із більш раннім розвитком у них депресії, що в свою чергу ускладнює розвиток копіюючої поведінки та робить їх більш схильними до суїцидальних дій. Оскільки чоловіки частіше вживають брутальні методи самогубства, вони частіше гинуть внаслідок самогубства, що призводить до більш швидкого зменшення кількості групи потенційно суїцидальних чоловіків. Жінки, що страждали на депресію і наклали на себе руки, частіше ніж чоловіки не були у шлюбі, відзначалися терапевтичною резистентністю та намагалися піти з життя у минулому. Завершені суїцидальні спроби у чоловіків, на відміну від жінок, часто здійснювалися внаслідок розвитку психозу або ж субтильної чи занадто вразливої психічної організації. Такі чоловіки частіше мали залежність від алкоголю чи наркотиків, ніж жінки. Раннє розлучення із батьками збільшує ризик суїциду у чоловіків приблизно у 3 рази.

Результати власних досліджень дали авторам змогу стверджувати, що одним із основних факторів ризику виникнення суїцидальних спроб у чоловіків із розладами настрою є зловживання наркотиками. Наркотики та алкоголь можуть призводити до розриву значущих

міжособистих зв'язків та призводити до суїцидальних спроб. Підтверджено значну роль наявності суїцидальних спроб у родичів для здійснення спроб самогубства у чоловіків [14]. Показано зростання ризику незавершених суїцидів у зв'язку із палінням [14].

Основними факторами ризику для жінок із розладами настрою були оцінка хворою своєї депресії як дуже важкої, наявність суїцидальних думок, висока ступінь загрози летальності з кожною наступною спробою самогубства, відчуття ворожого ставлення до себе оточуючих людей. Кожна попередня спроба піти з життя підвищувала вірогідність здійснення наступної спроби на 30 %; кожне медичне втручання, зумовлене наслідками попередньої спроби підвищувало суїцидальний ризик (ступінь летальності спроби та частоту наступних незавершених самогубств) на 26 %. Захисним фактором для жінок була наявність в них дітей, молодших за 2 роки. Єдиним спільним фактором ризику для обох статей були коморбідні розлади особистості. Суїцидальні спроби в анамнезі мали 81 % таких хворих.

Simon G. E. та інші (2007) проаналізували інформацію, що міститься у двох великих державних статистичних базах даних, про надання медичної допомоги населенню США [15]. Метою роботи було вивчення особливостей суїцидальної поведінки хворих на біполярний розлад. Автори констатують, що кількість незавершених самогубств у жінок вища, ніж у чоловіків. Спроби накласти на себе руки асоціювалися із молодим віком, тоді як вірогідність загибелі внаслідок самогубства була досить стабільною при порівнянні різних вікових груп. Завершені суїциди частіше спостерігалися у чоловіків. Вірогідність здійснення спроби накласти на себе руки значно підвищувалася при тривожних розладах або зловживанні наркотиками. Дослідники зазначають, що фактори ризику для здійснення завершених та незавершених суїцидальних спроб у хворих на біполярний розлад подібні до факторів ризику, які характерні для хворих на депресивні розлади та для популяції в цілому.

Khalsa N. M. та інші (2008) впродовж 2 років спостерігали за пацієнтами, мешканцями США, що були вперше у житті госпіталізовані у зв'язку із біполярним розладом [16]. Науковці вивчали — які фактори асоціюються із суїцидальною поведінкою та нещасними випадками. Більше половини пацієнтів мали ті чи інші прояви суїцидальної активності впродовж періоду дослідження. Частота здійснення спроб вкоротити собі віку у дослідженій групі хворих у 14 разів перевищувала відповідний показник у популяції, частота загибелі від самогубства була вищою у 10 разів, ризик смерті від нещасного випадку був вищим у 3 рази. Ризик загибелі або отримання важких ушкоджень був найвищим на початку хвороби. Незавершені спроби самогубства асоціювалися із початковим періодом психозу; наявністю у клінічній картині змішано-дисфоричної ажитации чи депресії; спробами накласти на себе руки в анамнезі. Ризик потраплення у нещасні випадки був пов'язаний із початком психічного розладу з маніакального стану; наявністю манії або гіпоманії у подальшому перебігу хвороби; зловживанням алкоголем. Вживання хворими великої кількості антипсихотичних або седативних ліків також асоціювалося із високим ризиком здійснення суїцидальної спроби або нещасним випадком.

Б. Фактори ризику у хворих на шизофренію

Вважається, що частота незавершених суїцидальних спроб у хворих на шизофренію пацієнтів у 2—5 разів перевищує цей показник у загальній популяції. Впродовж свого життя від чверті до половини хворих на шизофренію скоюють хоча б одну спробу накласти на себе руки [17, 18]. За різними оцінками від 4 % до 13 % хворих на шизофренію помирають внаслідок самогубства [19—21]. Частота самогубств у популяції таких пацієнтів стабільно складає 0,2—0,3 % на рік і не змінюється, незважаючи на застосування антипсихотичної терапії [17].

Виявлення предикторів реалізації суїцидальної поведінки у хворих на шизофренію є складним завданням через проблеми встановлення контакту із хворими та порівняно невеликий обсяг статистичних вибірок таких пацієнтів [21—23].

Для прогнозування суїцидальної поведінки хворих на шизофренію можуть бути використані як деякі предиктори, характерні для загальної популяції в цілому, так і для психічнохворих зокрема, а також фактори ризику, що специфічні винятково для цієї групи пацієнтів [17, 19, 24, 25].

У своєму огляді Siris S. G. (2001) називає такі фактори, що асоціюються із суїцидами у хворих на шизофренію [19]:

- молодий вік;
- перебування на початку курсу лікування;
- походження із вищих прошарків суспільства;
- високий рівень інтелекту;
- великі очікування щодо свого життя;
- відсутність шлюбу;
- недостатня соціальна підтримка;
- розуміння наявності хвороби;
- нещодавня виписка із психіатричного стаціонару;
- зниження самооцінки;
- нещодавно перенесена втрата чи стрес;
- відчуття втрати надії;
- відчуття ізоляції;
- відсутність постійного контакту із спеціалістами та лікування;
- залежність від наркотиків.

Серед клінічних особливостей найчастіше спостерігаються:

- депресивні симптоми та синдроми;
- виражені психотичні та подібні до паніки синдроми.

Meltzer H. Y. (2003) наводить 5 факторів, на які слід перш за все звертати увагу при оцінці ступеня вірогідності самогубства у хворих на шизофренію [17]:

- кількість спроб накласти на себе руки впродовж життя;
- кількість госпіталізацій до психіатричних стаціонарів за останні три роки;
- наявність зловживання наркотичними засобами;
- вираженість депресивної симптоматики;
- вираженість синдрому Паркінсона.

Sinclair M. A. та інші (2004) провели посмертний аналіз 51 випадку завершених самогубств хворих на шизофренію, що мешкали у Англії [24]. Автори вважають, що співвідношення чоловіки/жінки у суїцидентів — хворих на шизофренію складає 3,64 : 1. Найбільший ризик вмерти від самогубства існує в осіб молодого віку на початку

захворювання. Найбільш загрозливим періодом є час безпосередньо після виписки із стаціонару — впродовж перших 6 місяців загинуло 62,2 % хворих. Майже половина пацієнтів ніколи не були одружені. Завершена суїцидальна спроба у цьому дослідженні асоціювалася із безробіттям, відсутністю партнера та проживанням наодинці, наявністю суїцидальної спроби в минулому. За даними дослідників галюцинації та маячення є факторами, що заважають здійсненню самогубства [24].

У вивченій нами літературі часто цитується робота Hawton K. та співавторів (2005), у якій наводиться аналіз 29 наукових робіт, що присвячені темі самогубств хворих на шизофренію [21]. За даними цієї групи дослідників високий ризик самогубства пов'язаний із чоловічою статтю, в той же час наявність дітей має захисне значення. Високий рівень інтелекту також асоціюється із високим ризиком самогубства. Неодружені та особи, що живуть наодинці, перебувають у зоні підвищеного ризику. Самогубству нерідко передує нещодавня втрата. Наявність хворих на депресію або суїцидальних членів родини корелює із високим ризиком суїциду. Велика кількість позитивних симптомів, агітація, відчуття особистої малоцінності, втрати надії можуть вказувати на високий ризик загибелі. В той же час наявність галюцинацій асоціюється із низькою вірогідністю реалізації самогубства. Страх психічної дезінтеграції, небажання лікуватися пов'язані із підвищеним ризиком, суїцидальні спроби в минулому, госпіталізації через спробу піти з життя, суїцидальні думки є істотними факторами ризику. Депресивні розлади, як у минулому, так і нещодавні, також асоціюються із підвищеним ризиком самогубства. Факторами ризику вважаються зловживання наркотиками або залежність від них, схильність до проявів насильства та імпульсивність, відсутність комплаєнсу у лікуванні.

У своєму огляді Joiner T. E. із співавторами (2005) відзначають значне клінічне різноманіття хворих на шизофренію, що здійснили завершену суїцидальну спробу. Однак, найбільш часто у зв'язку із самогубствами таких пацієнтів відзначають різного роду депресивну симптоматику [22].

У роботі Limosin F. та співавторів (2007) наводяться дані про 10-річне спостереження за 3434 особами, що хворіли на шизофренію, у Франції [25]. Впродовж цього періоду майже 10 % пацієнтів наклали на себе руки. Хворі, що вмерли внаслідок самогубчої спроби, як правило, були чоловіками, які палили тютюн та, вірогідно, мали проблеми із вживанням алкоголю. Більшість із них мала щонайменше одну суїцидальну спробу в анамнезі. Порівняно із іншими психічнохворими, що недавно захворіли і вчинили самогубство, вони частіше вживали заборонені психотропні препарати, мали меншу тривалість перебігу хвороби та були молодшими за віком. На відміну від загальної популяції суїцидентів у суспільстві кількість суїцидів у хворих на шизофренію не зростала у групах людей більш похилого віку.

Мато D. C. (2007) у своєму огляді літератури, присвяченому суїцидам при шизофренії, пише, що пацієнти, які вмерли внаслідок завершеної суїцидальної спроби, характеризувалися низькою участю у процесі лікування; недостатньою емоційною відповіддю на спроби надання їм допомоги; залежністю від психоактивних речовин. Важливим симптомом у таких пацієнтів є негативне

сприйняття себе. Автор повідомляє про наявність щонайменше 2 груп суїцидальних хворих на шизофренію — депресивно мотивованих та психотично мотивованих. Депресивно мотивовані пацієнти характеризуються більшою вираженістю відчуття відсутності надії та депресії. Для них характерний більш високий рівень освіти та більша частота спроб самогубства. Наводяться дані про те, що виражена психотична симптоматика може свідчити про високу вірогідність здійснення самогубства, в той час як переважання у клінічній картині негативної симптоматики має захисне значення [23].

Група фінських дослідників (Alaraisanen A. та інші, 2008) вивчали літературу, присвячену питанню суїцидальної поведінки хворих на шизофренію. Вони повідомляють про існування декількох шляхів, що приводять пацієнтів до рішення накласти на себе руки. Усі суїцидальні хворі на шизофренію поділяються на 5 груп [26].

1. Пацієнти із коморбідною депресією.

2. Пацієнти із важким, хронічним перебігом хвороби та частими загостреннями процесу. Такі люди швидко втрачають надію.

3. Переважно молоді хворі із імпульсивністю, дисфорією та залежністю від наркотиків.

4. Порівняно маленька, але теоретично дуже важлива група, що складається переважно з молодих пацієнтів із високим рівнем інтелекту, гарними досягненнями у житті.

5. Невдахи у лікуванні, що мають недостатню соціальну підтримку.

Таким чином, результати проведеного аналізу дозволяють сформулювати такі висновки.

А. За даними опрацьованої нами літератури найбільш часто вкорочують собі життя такі хворі на депресію, що:

— страждають на велику депресію у рамках біполярного розладу;

— мають коморбідні розлади особистості, зловживання/залежність від психоактивних речовин;

— є молодими людьми чоловічої статі, що нещодавно захворіли;

— мають суїцидальні спроби у анамнезі та/або членів родини, що намагалися вкоротити собі віку в минулому;

— оцінюють свою хворобу як занадто важку, а ефективність лікування — як занадто низьку;

— проявляють агресію та імпульсивність у стосунках із оточуючими людьми, відчують їх вороже ставлення до себе.

Б. Найчастіше вкорочують собі віку хворі на шизофренію, що:

— мають молодий вік та невеликий стаж захворювання;

— страждають на коморбідну депресію, пограничні стани;

— мають суїцидальні спроби в анамнезі та/або членів родини, що намагалися накласти на себе руки;

— втратили надію на покращання стану свого здоров'я;

— негативно сприймають свою особистість;

— не мають достатньої соціальної підтримки;

— зловживають наркотиками;

— мають поліморфну симптоматику.

Список літератури

1. Юрєва Л. Н. Клиническая суицидология. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — С. 133—280.

2. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. Т. 2. — Киев: Сфера, 1999. — С. 67—68.

3. Mann J. J., Apter A., Bertolote J. (2005) Suicide prevention strategies: a systematic review // JAMA, 294, 2064—2074.

4. Bertolote J. M., Fleishmann A., De Leo D., Wasserman D. (2003) Suicide and mental disorders: Do we know enough? // British Journal of Psychiatry. — 183, 382—383.

5. Prigerson H. G., Desai R. A., Lui-Mares W., Roseheck R. A. (2003) Suicidal ideation and suicide attempts in homeless mentally ill persons // Social psychiatry and psychiatric epidemiology. — 38, 213—219.

6. Osborn D., Gus L., Nazareth I, King M (2008) Suicide and severe mental illnesses. Cohort study within the UK general practice research database // Schizophrenia research. — 99, 134—138.

7. Oquendo M. A., Galfalvy H., Russo S., Ellis S. P., Grunebaum M. F., Burke A., Mann J. J. (2004) Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder // American journal of psychiatry. — 161: 1433—1441.

8. Hawton K., Sutton L., Haw C., Sinclair J., Harris L. (2005) Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors // Journal of clinical psychiatry. — 66: 693—704.

9. Joiner T. E., Brown J. S., Wingate L. R. (2005) The psychology and neurobiology of suicidal behavior // Annual Review of Psychology. — 56: 287—314.

10. Akiskal H. (2007) Targeting suicide prevention to modifiable risk factors: has bipolar II been overlooked? // Acta psychiatrica scandinavica. — 116: 395—402.

11. Bernal M., Haro J. M., Betrner S., Brugha T., Graaf R. D., Bruffaerts R. (2007) Risk factors for suicidality in Europe: results from ESEMED study // Journal of affective disorders. — 101: 27—34.

12. Rihmer Z. (2007) Suicide risk in mood disorders // Current opinions in psychiatry. — 20: 17—22.

13. Dumais A., Lesage A. D., Alda M., Rouleu G., Dumont M., Chawky N., Roy M., Mann J. J., Benkelfat C., Turecki G. (2005) Risk factors for suicide completion in major depression: a case — control study of impulsive and aggressive behaviors in men // American journal of psychiatry. — 162: 2116—2124.

14. Oquendo M. A., Bonjiovi-Garcia M. E., Galfalvy H., Goldberg P. H., Grunebaum M. F., Burke A. K., Mann J. J. (2007) Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study // Ibid. — 164: 134—141.

15. Simon G. E., Hunkeler E., Fireman B., Lee J. Y., Savarino J. (2007) Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorders // Bipolar disorders. — 9: 526—530.

16. Khalsa H. M. K., Salvatore P., Hennen J., Baethge C., Tohen M., Baldessarini R. J. (2008) Suicidal events and accidents in 216 first-episode bipolar I disorder patients: predictive factors // Journal of affective disorders. — 106: 179—184.

17. Meltzer H. Y. (2003) Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders // Journal of clinical psychiatry. — 64: 1122—1125.

18. Acosta F. J., Aguilar E. J., Cejas M. R., Gracia R., Caballero-Hidalgo A., Siris S. G. (2006) Are there subtypes of suicidal schizophrenia? A prospective study // Schizophrenia research. — 86: 215—220.

19. Siris S. G. (2001) Suicide and schizophrenia // Journal of psychopharmacology. — 15: 127—135.

20. Palmer B. A., Pankratz V. S., Bostwick J. M. (2005) The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination // Archives of general psychiatry. — 62, 247—253.

21. Hawton K., Sutton L., Haw C., Sinclair J., Deeks J. J. (2005) Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors // British journal of psychiatry. — 187: 9—20.

22. Joiner T. E., Brown J. S., Wingate L. R. (2005) The psychology and neurobiology of suicidal behavior // Annual review of psychology. — 56: 287—314.

23. Mamo D. (2007) Managing suicidality in schizophrenia // Canadian journal of psychiatry. — 52, 595—70S.

24. Sinclair J. M. A., Mullee M. A., King E. A., Baldwin D. S. (2004) Suicide in schizophrenia: a retrospective case-control study of 51 suicides // Schizophrenia bulletin. — 30: 803—811.

25. Limosin F., Loze J. — Y., Philippe A., Casadebaig F., Rouillon F. (2007) Ten-year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients // Schizophrenia research. — 94: 23—28.

26. Alaraisanen A., Heikkinen Z., Kianickova J., Miettunen J., Rasanen P., Isohanni M. K. (2008) Different pathways leading to suicide in schizophrenia // European psychiatry. — 23: S100.

Надійшла до редакції 16.12.2008 р.

А. Н. Бачериков, Э. Г. Матюзок, Е. В. Харина, Р. В. Лакинский
Факторы риска совершения завершённых
суицидальных попыток у психически больных
(Обзор литературы)

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

Данная статья представляет собой обзор литературы, посвященной проблеме суицидального поведения пациентов, страдающих депрессией и/или шизофренией. Наиболее часто совершали завершённые суицидальные попытки мужчины молодого возраста с небольшим стажем заболевания, употребляющие наркотики. У них и/или их родственников часто имели место суицидальные попытки в анамнезе. Для больных депрессией, кроме того, было характерно биполярное течение аффективного расстройства, коморбидные расстройства личности. Для больных шизофренией были характерны наличие коморбидной депрессии, полиморфная симптоматика, негативное восприятие собственной личности и недостаток социальной поддержки.

A. M. Bacherykov, E. G. Matuzok, K. V. Kharina, R. V. Lakyns'ky
Factors of risk of commitment suicidal attempts
by mentally ill persons
(The review of literature)

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)

This article is a review of literature, to devote to the problem of suicidal behavior of patients suffering with depression and schizophrenia. Most often committed the completed suicidal attempts of men of young age with short duration of illness, substance use disorders. For them and/or their relatives were often had place suicidal attempts in anamnesis. The patients with depression usually have the bipolar flow of affective disorder, comorbide disorders of personality. For patients with schizophrenia were characterize the presence of comorbide depression, polymorphic symptomatic, negative perception of own personality and lack of social support.