

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СУИЦИДНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Е. А. АКИМЕНКО

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR

Е. А. AKIMENKO

Областная психиатрическая больница № 1, с. Стрелечье, Харьковская область

Приведены результаты анализа распространенности суицидных попыток, совершенных психически больными, проходившими лечение в специализированной больнице. Показано, что у больных шизофренией на генетически измененном фоне проще формируется социальная дезадаптация, которая приводит к такому девиантному поведению, как самоубийство.

Ключевые слова: шизофрения, суицидное поведение, наследственность.

The findings of the analysis of suicide attempt prevalence in mental patients treated at a specialized hospital are reported. It was shown that social disadaptation is easily formed in patients with schizophrenia against a genetically changed background, which results in such deviant behavior as suicide.

Key words: schizophrenia, suicidal behavior, heredity.

Изучение патологических механизмов суицидных актов приобретает особое значение в связи с тем, что самоубийство, по данным ВОЗ, входит в число четырех важнейших причин смертности населения. Ежегодно в мире от самоубийства погибает более полумиллиона человек. Украина относится к числу стран с высоким уровнем суицидной активности. Согласно Европейской базе данных «Здоровье для всех» (Европейское региональное бюро ВОЗ, версия за январь 2006 г.) [1], в Украине с 2000 г. наметилась тенденция к снижению уровня суицидов. Тем не менее частота завершенных суицидов соответствует эпидемии — свыше 20 случаев на 100 тыс. населения. По данным Госкомстата, в 2005 г. в Украине покончили жизнь самоубийством 10 605 человек. Большинство авторов считает, что до 50% всех самоубийств совершается психически больными. Динамика количества суицидов среди психически больных далека от оптимистичной: рост суицидной активности среди этой категории населения продолжается. Многие суицидологи, изучавшие самоубийства при различных психических заболеваниях, считают, что одной из наиболее «суицидогенных» форм психической патологии является шизофрения [2]. Суицид — наиболее частая причина преждевременной смерти больных шизофренией [3]. Анализ суицидных попыток больных шизофренией в сравнении с парасуицидами практически здоровых лиц [4] показал, что степень суицидных интенций аутоагрессивных актов больных шизофренией значительно выше, чем в группе лиц без психических расстройств.

Суицидологическая практика свидетельствует о том, что 28–30% суицидентов повторяют

суицидные попытки в течение ближайшего года, причём среди лиц, госпитализированных в психиатрическую больницу в связи с покушением на самоубийство, около 60% совершают повторные суицидные действия в течение полугода после выписки из стационара, и подавляющее большинство этих больных имеют психические расстройства шизофренического и депрессивного круга. Наличие суицидных попыток в прошлом является обыденным явлением для жертв суицида, страдающих шизофренией (почти у 75% больных имеются указания на попытку суицида в анамнезе), и может быть предсказанием последующей гибели больного от самоубийства.

Настоящее исследование выполнено на базе областной психиатрической больницы № 1 (ОПБ № 1), Харьковская область, с. Стрелечье. В качестве объектов исследования избраны все психически больные пациенты, совершившие суицидные попытки и поступившие на лечение в 2003–2005 гг.

При анализе распространенности суицидных попыток, совершенных психически больными, проходившими стационарное лечение в ОПБ № 1 в 2003–2005 гг., установлено, что за три года в больницу поступило 270 суицидентов: в 2003 г. — 79 больных (45 мужчин и 34 женщины); в 2004 г. — 111 больных (62 мужчины и 49 женщин); в 2005 г. — 80 больных (46 мужчин и 34 женщины).

Из указанного в табл. 1 контингента суицидентов были выделены и детально обследованы две группы больных: основная — 77 (28,5%) больных параноидной формой шизофрении с непре-

Таблица 1

Диагностическая структура психически больных суицидентов, проходивших лечение в ОПБ № 1 за период 2003–2005 гг.

Диагноз	Число больных (муж/жен) по годам			
	2003	2004	2005	всего
Шизофрения	23 (7/16)	34 (15/19)	20 (9/11)	77(31/46)
Острое ситуационное расстройство	13 (9/4)	21 (11/10)	17 (8/9)	51(28/23)
Состояние отмены алкоголя	15 (12/3)	14 (13/1)	16 (14/2)	45(39/6)
Синдром алкогольной зависимости	10 (9/1)	5 (4/1)	8 (4/4)	23(17/6)
Расстройство личности	4 (3/1)	8 (4/4)	5 (5/0)	17(12/5)
Депрессивное расстройство	5 (0/5)	13 (5/8)	8 (1/7)	29(6/23)
Умственная отсталость	2 (2/0)	5 (3/2)	1 (1/0)	8(6/2)
Невротические расстройства	3 (2/1)	0	1 (1/0)	2(2/0)
Органическое поражение ЦНС	2 (0/2)	7 (5/2)	2 (1/1)	11(6/5)
Атеросклеротическая деменция	2 (1/1)	4 (2/2)	2 (2/0)	7(4/3)

рывным ее течением и контрольная – 51 (18,9%) больной с острым ситуационным расстройством. В основную группу больных шизофренией вошли 31 мужчина и 46 женщин (40,2 и 58,8% соответственно); в контрольную группу – 28 мужчин и 23 женщины (54,9 и 45,1%).

Возраст больных обеих групп на начало заболевания приведен в табл. 2.

Таблица 2

Возраст больных на момент манифеста психического расстройства

Возраст больных, лет	Группы больных			
	основная, n = 77		контрольная, n = 51	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
15–19	19	24,7	5	9,8
20–24	17	22,0	9	17,6
25–29	14	18,2	13	25,5
30–34	9	11,7	11	21,6
35–39	10	13	5	9,8
40–44	7	9,1	0	
45 и более	1	1,3	8	15,7

Суммарная частота манифеста шизофрении в возрастных интервалах от 15 до 29 лет в основной группе составила 64,9%, что на 12% больше, чем у больных контрольной группы (52,9%). Это различие объясняется тем, что в основной группе больных шизофренией частота случаев начала заболевания в интервале 15–19 лет (24,7%) значимо выше (на 14,9%), чем в контрольной.

Иная картина в анализируемых группах больных (табл. 2) в возрастном интервале 45 и более лет: манифестные проявления шизофрении в основной группе были выявлены в 1 (1,3%) случае, тогда как в контрольной группе первые признаки заболевания в этом возрасте проявились в 8 (15,7%) случаях.

Таким образом, более ранняя манифестация заболевания отмечается у больных шизофренией основной группы, по сравнению с контрольной. Кроме того, в основной группе существенно выше средняя длительность заболевания к моменту совершения суицидной попытки: у мужчин – 8,5 лет, у женщин – 12 лет, в контрольной группе – соответственно 0,6 и 0,2 года.

У больных шизофренией с суицидными попытками выявлен ряд особенностей суицидального поведения: частое повторение суицидных действий – 21 (27,3%) больной, более жестокие, бескомпромиссные и парадоксальные способы самоубийства (сочетание нескольких способов самоубийства, нанесение себе множественных ранений, вскрытие вен паха, стоп, энуклеация глаза, попытка умереть от обезвоживания, расширенная суицидная попытка с предшествующим гомицидным действием вплоть до убийства собственного ребенка). В отдельных случаях отмечалось импульсивное влечение к самоубийству – суицидомания. При внутрибольничном суициде часто наблюдаются индуцированные суицидные попытки у других больных шизофренией.

Полученные результаты подтверждают данные литературы [4, 5] о том, что больные параноидной формой шизофрении особенно склонны к совершению суицидов. Суицидное поведение у исследованных больных шизофренией было обусловлено преимущественно психогенными реакциями в ответ на неблагоприятные средовые воздействия; своеобразием личностных позиций и мировоззренческих установок больных – аутистически-пессимистическое мышление с отрывом от реальности и «первичной утратой смысла жизни»; психотическими расстройствами при острых аффективно-параноидных и галлюцинаторно-параноидных приступах с императивными вербальными галлюцинациями суицидного содержания.

Так, предикторами суицидного поведения в большинстве случаев были императивные галлюцинации и синдром Кандинского-Клерамбо на

ранних этапах параноидной шизофрении, а также постпсихотическая депрессия. Существенными прогностическими факторами самоубийства являлись: чувство безнадежности, одиночества, беспомощности с утратой смысла собственного существования, с характерным снижением уровня осознания смерти.

Клинико-психопатологический метод исследования больных применялся как для верификации диагноза шизофрении, так и для предварительной оценки степени суицидной интенции.

С помощью шкалы параноидного больного [5] в баллах (0, 1/+/+, 2/++/, 3/ +++/) определяли нарушения в следующих сферах: а) сознание; б) ощущения и восприятия; в) мышление; г) эмоции; д) эффекторно-волевая сфера; е) другие симптомы. Исследование проводилось в динамике — при госпитализации перед началом лечения и после курса лечения.

При шизофрении в *сфере сознания* наиболее типичными симптомами были: растерянность; деперсонализация (чувство, что лицо искривилось, голова ватная, мягкая на ощупь); дереализация (люди стали похожи на ведьм, чувство негативного влияния среды и угрозы, ощущение сексуального интереса к себе от своего пола);

в *сфере ощущения и восприятия*: зрительные галлюцинации (гипнопомпические — при пробуждении видел богиню, видела рядом родственников); вербальные псевдогаллюцинации (писк, музыка, песни, «мысленные озвученные диалоги», императивные, враждебного содержания, симптом открытости мыслей); тактильные галлюцинации (в тело вживили электроды, насиловали во сне);

в *сфере мышления*: остановка мышления, «обрывы мыслей»; непроизвольные наплывы мыслей и воспоминаний; звучание мыслей, чувство открытости; наплывы мыслей с чувством воздействия извне; бред физического, гипнотического воздействия;

в *сфере эмоций*: депрессия конкретного содержания, отчуждение и отгороженность, оппозиционность к болезни, амбивалентность, пассивность, вялость, падение психической активности, тревога, страх, беспокойство, аутизация;

в *эффекторно-волевой сфере*: малоподвижность, неинициативность, необходимость в по-

буждении, бездеятельность, нежелание вступать в контакт.

Карта параноидного больного имела диагностическое и прогностическое значение для больных шизофренией. У всех обследованных больных психопатологические симптомы имели тенденцию к ослабеванию или исчезновению, т. е. признак после лечения был слегка выражен или отсутствовал — в среднем при поступлении симптоматика оценивалась в 22–30 баллов, перед выпиской в 3–6 баллов, максимально в отдельных случаях — до 10 баллов.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что у больных шизофренией суицидные действия редко провоцируются стрессовыми ситуациями, употреблением алкоголя, социально-экономическим неблагополучием, т. е. внешними агентами, в отличие от больных контрольной группы, для которых эти факторы достаточно значимы.

Суицидные попытки у больных шизофренией предпринимались в ранние сроки от начала заболевания, иногда являлись составной частью манифеста параноидной шизофрении. У больных шизофренией суицидентов продуктивная симптоматика превалировала над негативной, наблюдались депрессивно-параноидные, галлюцинаторно-параноидные синдромы со стойким суицидным содержанием, отмечалось специфическое аутистически-пессимистическое мышление. В состоянии ремиссии эндогенного процесса предикторы суицидного поведения существенно не отличались от таковых в контрольной группе больных. Больные шизофренией чаще обнаруживали тенденции к повторности суицидов, в том числе вскоре после выписки из больницы, выбирали заведомо смертоносные или нелепые, парадоксальные способы самоубийства, у этих больных было извращено осознание смерти.

Таким образом, наличие психического заболевания в форме шизофрении является существенным фактором риска суицидного поведения. У данных больных на генетически измененном фоне легче формируется социальная дезадаптация, затрудняется ментальная пластичность, что дает предпосылки такому девиантному поведению, как самоубийство.

Литература

1. База данных «Здоровье для всех». Европейское региональное бюро ВОЗ (версия за январь 2006 г.). www.who.org.
2. Антохин Г. А. Сравнительный анализ суицидного поведения больных шизофренией // Актуальные проблемы суицидологии. МЗ РСФСР; НИИ психиатрии; Т. 82.— М., 1978.— С. 115–123.
3. Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenic spectrum disorders / W. C. Fenton, T. M. Mc Glashan, B. J. Victor, C. R. Blyler // Am. J. Psychiatry.— 1997.— Vol. 154, № 2.— P. 199–204.
4. Ласый Е. В., Евсегнеев Р. А. Оценка обстоятельств, способов и угрозы жизни суицидных попыток больных шизофренией в прогнозировании и профилактике суицидного риска // Социальная и клиническая психиатрия.— М., 2002.— Т. 9, вып. 2.— С. 14–17.
5. Бачериков А. Н. Эффективность терапии больных параноидной шизофренией с использованием краинocereбральной гипотермии (клинический и патогенетический анализ): Автореф. дис. ...д-ра мед. наук.— Харьков, 1994.— 38 с.

Поступила 05.02.2008