

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ,  
СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Торопова И.А.**

ФГБОУ ВО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России,  
Иваново, Россия

**Резюме:** В статье рассмотрены общие вопросы суицидального поведения больных шизофренией. Проблема суицида является комплексной, и требует специальных знаний и профессиональной настороженности врача. У данной категории пациентов необходимо учитывать клиническую форму эндогенного процесса, наличия суицидогенной продуктивной симптоматики, особенности социальной ситуации, при неблагоприятном течении – степень распада личности, при благоприятном – полноту критики к болезни. Кроме того, важное значение имеет депрессивная симптоматика, состояния с безнадежностью, усталостью, осознанием приближающегося «распада Я», неудовлетворением лечением и отчаянием. Данные факты требуют глубокого профессионального понимания проблемы, готовности врача-психиатра отследить суицидальные тенденции, своевременно принять меры. Необходимо учитывать совокупность всех факторов для того, чтобы своевременно была оказана помощь для предотвращения суицидального поведения у больных с шизофренией.

**Ключевые слова:** Шизофрения, суицидальное поведение

**SUICIDAL BEHAVIOR OF PATIENTS,  
SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA**

**Toropova I.A.**

Ivanovo state medical Academy, Ivanovo, Russia

Summary: In article general questions of suicide behavior of patients with schizophrenia are considered. The problem of a suicide is complex, and requires special knowledge and professional vigilance of the doctor. At this category of patients it is necessary to consider a clinical form of endogenous process, availability of suitsidogenny productive symptomatology, feature of a social situation, in case of an adverse current – extent of disintegration of the personality, in case of favorable – completeness of criticism to an illness. Besides, the depressive symptomatology, conditions with hopelessness, fatigue, understanding of the coming "disintegration I", dissatisfaction treatment and despair is important. These facts require deep professional understanding of a problem, readiness of the psychiatrist to monitor suicide trends, to timely take measures. It is necessary to consider set of all factors in order that help for prevention of suicide behavior at patients with schizophrenia has timely been given.

Keywords: Schizophrenia, suicide behavior

Проблема суицидов является крайне актуальной в наше время. Причем это проблема является не столько медицинской, сколько социальной. Медицинские её аспекты проявляются в высоком риске суицидальной готовности больных с психическими расстройствами. Этому способствуют как стрессогенные факторы, приводящие к развитию пограничных психических расстройств, так и течение самих расстройств психики, как тяжелых, так и нетяжелых (Любов Е.Б., Цупрун В.Е, 2013 [1], Дмитриева К.П., Руженская Е.В., 2016 [2]). Шизофрения – одно из самых распространенных заболеваний в практике врача-психиатра. Число людей, страдающих этим недугом, с годами неуклонно растет. Это патологическое состояние, которое характеризуется утратой координирования психических функций, нарушением мышления, эмоциональной неподвижностью и прогрессирующим ослаблением психической активности. Также это состояние характеризуется наличием сопутствующих симптомов: бред, галлюцинации, депрессивные и маниакальные психозы. (Цыганков, Б.Д., 2012 [3]). По данным ВОЗ, число

больных шизофрений по всему миру составляет 0,8%. Имеется определенная зависимость возраста и пола. Так в молодом возрасте (16-28 лет) страдают чаще мужчины, а начиная с 35 лет - преимущественно женщины. [3]

Р.М.Логутенко Р.М (2013, [4]) выделил три типа суицидального поведения больных шизофренией. Первый тип обозначается психогенными реакциями, встречающимися чаще после 2-3 госпитализаций у лиц с благоприятным течением процесса. Этот период суицидоопасный, потому что у пациента появляется критика к своему состоянию. Второй тип определяется своеобразным мировосприятием, направленность к нетрадиционным личностным особенностям. Третий тип характеризуется психопатическими расстройствами.

Так же он отмечал, что при шизофрении часты необдуманные суицидальные попытки. Необходимо отметить мотивы суицидального поведения, которые входят в структуру религиозного бреда: наказание себя. Принести себя в жертву Богу, таким образом, избавившись от постоянного чувства вины. Важно отметить, что среди социально-демографических факторов суицидального риска, таких как семейное положение, пол, возраст, религия является основным сдерживающим фактором.

К.А.Чистопольская, С.Н. Ениколопов, Л.Г. Магурдумова (2013, [5]) отмечают, что самоубийство больных шизофренией связывают с безнадежностью, усталостью, осознанием приближающегося «распада Я», неудовлетворением лечением и отчаянием. К факторам риска суицида пациентов с шизофренией: авторы относят молодой возраст; раннюю стадию заболевания; хороший преморбидный фон (успех в учебе и работе); интеллектуальные способности; частые эпизоды психозов. Л.Н Касимова, М.В Втюрина, М.В Святогор (2014, [6]) выделяют 2 группы признаков: суицидогенные и антисуицидальные. К суицидальным рискам относятся пациенты мужского пола, социально изолированные, страдающие параноидной формы шизофренией, пациенты с отягощенной наследственностью. Напротив, к антисуицидальным признакам относят наличие семьи, заботу о детях.

По мнению Е.В.Ласого и Р.А. Евсегнеева (1999, [7]), суицид – наиболее частая причина преждевременной смерти больных шизофренией. В 1997-1998 году были проведены исследования по поводу обстоятельств, способов и угрозы жизни суицидальных попыток больных шизофренией и были сделаны следующие выводы. Больные с шизофренией чаще используют «мягкие» способы суицидальных попыток, то есть предпочитают отравление психотропными средствами. Обычно отравления психотропными средствами выбирают пациенты, которые уже состоят на учете у психиатра, так как это способ обладает легкой доступностью препаратов, кажется наиболее простым и безболезненным.

В целом отравление психотропными средствами (в том числе и транквилизаторами) – достаточно частая причина смерти пациентов при суициде (Кравченко И.В, 2008, [8]). Был проведен анализ суицидальных отравлений психотропными препаратами на материале токсикологического отделения Городской больницы № 2 Владивостока за 2003- 2007 г. (718 случаев). Среди суицидентов преобладали женщины (73,8%) в возрасте 20-39 лет. Чаще всего с целью отравления использовались транквилизаторы, снотворные средства и антидепрессанты. Количество отравлений психотропными препаратами и их удельный вес среди всех суицидальных попыток (42%) оставались стабильными на протяжении всего анализируемого периода.

По мнению ученых ростовского государственного медицинского университета [7]), суициды больные шизофренией совершаются по таким же механизмам, как и у здоровых лиц.

Личностно – ситуационный механизм определяется потерей близкого человека, распада семьи, отвергнутой любовью. Если исчезает смысл их жизни, то теряется и смысл дальнейшего существования. Дезадапционный механизм - мотивами, которого может быть страх перед будущим и отказ от него. Негативно личностные механизмы

выражаются изменением личности. Неспособность прогнозирования последствий своих действий.

Ситуационная подгруппа характеризуется психоподобными изменениями личности. Выявляется диспропорция между характером, потребностями и мотивами действия. Продуктивно – психопатологический механизм характеризуется наибольшим вкладом продуктивной симптоматики в развитии суицидального поведения. [7]

В ремиссии основная часть суицидов больных шизофренией формируется на фоне негативных черт или следовой (скрытой) депрессии.

О.А Вишневецкая и Н.Н Петрова (2014,[9]), описывая суицидальное поведение больных в ремиссии шизофрении, выделяют два типа депрессивных расстройств.

Первый тип представлен классическим течением депрессии, то есть снижением настроения, утратой интересов, заниженной самооценкой, присутствием идей о суициде, мрачным представлением о будущем, расстройством сна и аппетита. Но при первом типе суицидальные мысли заканчивались только рассуждением о смысле жизни, пассивным желанием ухода из жизни.

Второй типа депрессивного состояния значительно отличается от первого, а именно преобладают раздражительность, апатия, расстройства мышления. Так же было выяснено что в формировании суицидальных склонностей играют важную роль биологические, психологические, и социальные факторы, соотношение которых определялось типом ремиссии. Так, например, женский пол и молодой возраст предрасполагают к депрессии в ремиссию шизофрении, и тем самым могут спровоцировать суицид.

Учеными Московского научно-исследовательского института психиатрии (Любов Е.Б., Цупрун В.Е., 2013, [10]), были выявлены факторы риска суицида больных шизофренией, которые были разделены на групповые и индивидуальные.

К групповым относятся социально – демографические: пол (больше риск у мужчин), возраст (наиболее «суицидоопасный» - 20-40 лет, образование (повышает риск суицида низкий уровень). К индивидуальным (клиническим) относят типы (с параноидным типом течения более склонны к суициду, нежели с классическим), длительность («стаж» более 15-20 лет отмечает риск в течение всего процесса), течение (частые обострения и госпитализации, высокие дозы антипсихотиков сопряжены с суицидом) шизофрении. Так же они выделили коморбидные расстройства и поведение. Злоупотребление психотропных веществ, соматические болезни, которые требуют длительного лечения и ограничивают нормальное функционирование являются риском суицидальных попыток. Так же следует обращать внимания на предупреждающие знаки, например, перед суицидом больные шизофренией напряжены, беспокойны, но при созревании плана о суициде они успокаиваются и замыкаются.

Данные факты требуют глубокого профессионального понимания проблемы, готовности врача-психиатра отследить суицидальные тенденции, своевременно принять меры. Изучение особенностей детского и подросткового суицидального поведения при манифестации эндогенных заболеваний (Куликов А.В., 2007, [11]), пациентов, совершивших общественно опасные деяния (Осколкова С.Н., Печенкина О.И., 2010, [12]), общая компетентность врачей при правовом решении вопросов суицидального риска больных, не желающих лечиться в добровольном порядке (Руженская Е.В., Карасёва Т.В, 2014 [13]). Кроме того, часть пациентов склонны диссимулировать свои намерения покончить с жизнью (Носачев Г.Н., Дальнова И.Г., Дальнов О.А. [14]).

Таким образом, проблема суицида является комплексной. При рассмотрении суицидального поведения больных в рамках шизофрении необходимо учитывать клиническую форму эндогенного процесса, наличия суицидогенной продуктивной симптоматики, особенности социальной ситуации, при неблагоприятном течении – степень распада личности, при благоприятном – полноту критики к болезни

Необходимо учитывать совокупность всех факторов для того, чтобы своевременно была оказана помощь для предотвращения суицидального поведения у больных с шизофренией. А закончить хотелось бы словами Е.Б Любова – доктора медицинских наук, профессора «диагноз шизофрении не предопределяет суицидальное поведение: большинство больных никогда не совершит суицид, а большинство суицидентов – не больные шизофренией».[5]

### Список литературы

1. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: эпидемиология и факторы риска // Суицидология. – 2013. – Т.4. № 1 (10). – С. 15-28.
2. Дмитриева К.П., Руженская Е.В. Уровень невротизации и психопатизации современного человека как важный аспект качества жизни. // В сборнике: Медико-биологические, клинические и социальные аспекты здоровья и патологии человека XII Областной фестиваль «Молодые ученые - развитию Ивановской области»: межрегиональная научная конференция студентов и молодых ученых с международным участием. Министерство здравоохранения РФ; Ивановская государственная медицинская академия. Иваново, 2016. С. 173-174.
3. Цыганков, Б.Д. Психиатрия: учебник / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 496 с.
4. Логутенко Р.М. Клинические особенности галлюцинаторно-параноидного синдрома и аутоагрессии на фоне религиозных бредовых идей при параноидной шизофрении // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. № 3 (46). – С. 61.
5. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Магурдумова Л.Г. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения // Суицидология. – 2013. – Т. 4. № 3 (12) – С. 26-36.
6. Касимова Л.Н., Втюрина М. В., Святогор М.В. Оценка факторов суицидального риска у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. – Т.24. № 1. – С. 10-13.
7. Ласый Е.В., Евсегнеев Р.А. Оценка обстоятельств, способов и угрозы жизни суицидальных попыток больных шизофренией в прогнозировании и профилактике суицидального риска // Социальная и клиническая психиатрия. –1999. – № 2. – С. 14-17.
8. Кравченко И.В. Суицидальные отравления психотропными препаратами // Тихоокеанский медицинский журнал. 2008. № 4. С. 51-53.
9. Вишневская О.А., Петрова Н.Н. Суицидальное поведение больных в ремиссии шизофрении // Суицидология. – 2014. – Т.5. № 1 (14) – С. 35-41.
10. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике // Суицидология. – 2013. – Т.4. № 3 (12). – С. 3-16.
11. Куликов А.В. Суицидальное поведение у детей и подростков с эндогенными заболеваниями // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. Т. 107. № 8. С. 15-23.
12. Осколкова С.Н., Печенкина О.И. К вопросу о суицидальном поведении больных шизофренией, совершивших агрессивные общественно опасные деяния // Российский психиатрический журнал. 2009. № 1. С. 10-15.
13. Руженская Е.В., Карасёва Т.В. Проблемы формирования компетентности персонала психиатрической службы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 4. С. 43-46.
14. Носачев Г.Н., Дальнова И.Г., Дальнов О.А. Диссимуляция незавершенных суицидов у больных параноидной шизофренией // Суицидология. 2010. Т. 1. № 1 (1). С. 40.

