

ВЫЯВЛЕНИЕ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КОМОРБИДНОЙ КАННАБИНОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

[И. Ю. Климова, А. А. Овчинников](#)

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Новосибирск)*

С целью выявления риска суицидального поведения были обследованы 84 пациента, разделенные на две группы по 42 человека (1-я группа — лица, страдающие шизофренией коморбидной каннабиноидной зависимостью, и 2-я группа — лица, страдающие только шизофренией). Исследование проводилось на этапе отсутствия острой психотической симптоматики более 1-го месяца. Использовались Tool for Assessment of Suicide Risk — TASR, Beck Depression Inventory. Было установлено, что лица, страдающие шизофренией, коморбидной, каннабиноидной зависимостью, склонны к проявлению тяжелой депрессивной симптоматики, все участники исследования имеют суицидальный риск.

Ключевые слова: шизофрения, коморбидность, каннабиноидная зависимость, оценка риска суицида, депрессия.

Климова Ирина Юрьевна — ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии факультета социальной работы и клинической психологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 241-99-18, e-mail: iri.c2012@yandex.ru

Овчинников Анатолий Александрович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии наркологии и психотерапии факультета социальной работы и клинической психологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 241-99-18, e-mail: anat1958@mail.ru

Актуальность. Частота самоубийств лиц, страдающих шизофренией, употребляющих различные психоактивные вещества (ПАВ), в 80 раз выше, чем среди населения в целом. При этом до 14 % пациентов с коморбидной патологией склонны к повторению суицидных попыток, из которых 8,5 % носят завершённый характер. Завершённые суициды

характерны для пациентов мужского пола. Женщины склонны к совершению парасуицидов [1, 5, 6].

Клинические и социальные последствия коморбидности шизофрении и каннабиноидной зависимости изучены недостаточно. Имеющиеся исследования не отражают всей полноты проблемы, многие ее аспекты трактуются противоречиво [1]. Многие аспекты изучения особенностей клинических проявлений и закономерностей формирования психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении каннабиноидами остаются дискуссионными [1-3].

Известно, что пациенты с двойным диагнозом имеют более низкий социально-экономический статус и хуже функционируют в психосоциальном отношении. Такие больные труднее вовлекаются в лечебные программы, отличаются большей суицидоопасностью [4, 6, 8]. Частота суицидальных действий у больных шизофренией с аддиктивными расстройствами, по данным различных авторов, неодинакова и колеблется в пределах от 4,1 до 96 % [1, 4]. Суицидальные тенденции представляют собой одну из наиболее актуальных проблем, вызывающих серьезную озабоченность ученых и клиницистов, вследствие устойчиво сохраняющейся тенденции к увеличению частоты, выраженности коморбидной патологии.

Цель исследования: оценить и верифицировать риск суицидального поведения у больных шизофренией коморбидной каннабиноидной зависимостью.

Материалы и методы. С учетом критериев отбора после рандомизации в исследование были включены 84 пациента. Все участники исследования были разделены на две группы. В основную группу (1-я группа) включено 42 респондента (21 жен., 21 муж.) с клинически установленным диагнозом «параноидная шизофрения» (F 20.0 по МКБ-10) коморбидной каннабиноидной зависимостью (F12.0 по МКБ-10).

Вторая группа состояла из 42-х респондентов (21 жен., 21 муж.) с клинически установленным диагнозом «параноидная шизофрения» (F 20.0 по МКБ-10). Использовалось информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Длительность заболевания в обеих группах составила более 3 лет. Все пациенты принимали адекватную психофармакотерапию. Доступность всех препаратов, включая атипичные нейролептики, была одинаковой. Возраст респондентов от 21 до 25 лет (средний возраст составил 23,19 ± 1,74 года, табл. 1).

Таблица 1

Количество пациентов, возраст

№ п/п	Возраст (лет)	Количество человек (n = 84)
1	21	17
2	22	10
3	23	19
4	24	21
5	25	17

Одиноки 94,04 % (79 человек) — холостые 81,1 %, разведенные 18,98 % ($p < 0,05$), лишь 5,95 % пациентов имели собственную семью. Большинство пациентов (79,76 %) оценили свои жилищные условия как достаточно благоприятные: в отдельных квартирах проживали 40,47 % респондентов, остальные проживали с родственниками или

родителями ($p < 0,001$).

На момент исследования все респонденты (100 %) не являлись инвалидами по какому-либо заболеванию, 90,5 % (76 человек) не трудоустроены ($p < 0,001$), что может свидетельствовать о выраженной степени трудовой дезадаптации. Все показали высокую степень критичности ($p < 0,01$) и практическое отсутствие дефицитарной симптоматики.

Исследование проводилось на этапе отсутствия острой психотической симптоматики (более 1-го месяца), отсутствия интоксикации, вызванной употреблением каннабиноидов, других ПАВ, отсутствия выраженного интеллектуально-мнестического снижения ($p < 0,01$), отсутствия суицидальных попыток в анамнезе. Использовалось структурированное психиатрическое интервью для оценки психического статуса пациентов, социодемографические и этнокультуральные сведения, клинико-катамнестический метод.

Для оценки суицидального риска были использованы шкала оценки суицидального риска (Tool for Assessment of Suicide Risk — TASR), тест-опросник депрессии (Beck Depression Inventory).

Шкала TASR состоит из трех блоков: профиль индивидуального риска, включающий социодемографические характеристики, профиль симптоматического риска и профиль риска на момент интервью. Суммарная оценка по данной шкале базируется на общем клиническом впечатлении в ходе обследования, в результате которого пациенты относятся к группам высокого, среднего и низкого суицидального риска [7].

Тест-опросник депрессии (Beck Depression Inventory), предложенный Аароном Т. Бекем в 1961 году, включает в себя 21 вопрос-утверждение наиболее часто встречаемых симптомов и жалоб, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента.

Результаты. В 1-й группе из 42-х респондентов 7 человек (16,6 %) набрали от 7-ми до 10-ти баллов, что говорит об очень высоком риске суицида ($p < 0,01$); из которых 5 муж. (71,4 %), 2 жен. (28,5 %); 12 человек (28,6 %) набрали 5–6 баллов (высокий риск суицида, $p < 0,001$); из которых 7 муж. (58,3 %), 5 жен. (41,6 %); 18 человек (42,8 %) набрали от 3-х до 4-х баллов (средний риск суицида, $p < 0,001$), из которых 11 муж. (61,1 %) и 7 жен. (38,8 %) и только 5 человек (11,9 %) показали низкий риск суицида ($p < 0,05$) 0–2 балла, из которых 4 муж. (80 %) и 1 жен. (20 %).

Во 2-й группе из 42-х респондентов 3 чел. (1,2 %) набрали от 7-ми до 10-ти баллов, что говорит об очень высоком риске суицида (все мужчины) ($p < 0,01$); 7 человек (16,6 %) набрали 5–6 баллов (высокий риск суицида ($p < 0,001$), из которых 4 муж. (57,14 %), 3 жен. (42,8 %); 18 (42,8 %) человек набрали 3–4 балла (средний риск суицида ($p < 0,05$), из которых 10 муж. (55,5 %), 8 жен. (44,4 %); 14 человек (33,3 %) набрали 0–2 балла (рис. 1).

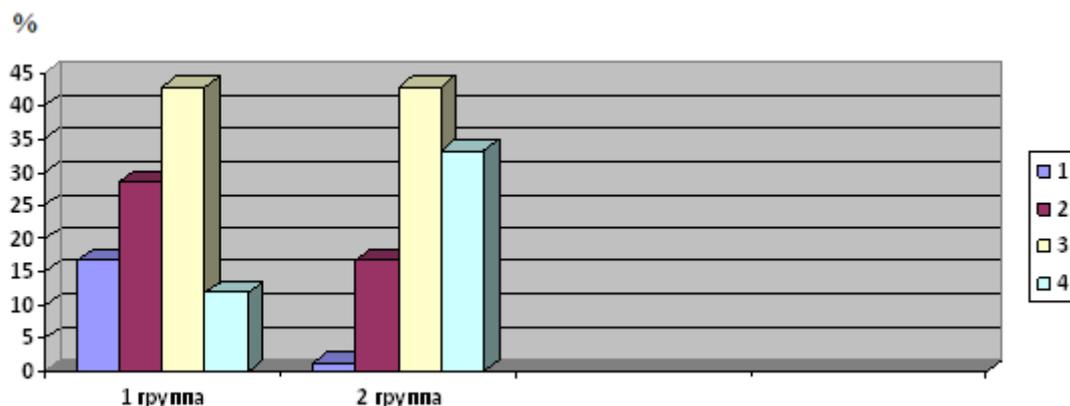


Рис. 1. Соотношение суицидального риска в обеих группах (%)

Таблица 2

Соотношение суицидального риска в обеих группах

Шкала TASR (суицидальный риск)	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Очень высокий риск суицида	7	16,6	3	1,2
Высокий риск суицида	12	28,6	7	16,6
Средний риск суицида	18	42,8	18	42,8
Низкий риск суицида	5	11,9	0	0

В 1-й группе, коморбидной каннабиноидной зависимостью, среди всей группы исследуемых выявлен риск суицида разной степени выраженности ($p < 0,05$). В обеих группах в равной степени выявлен средний риск суицида ($p < 0,001$).

Результаты по шкале депрессии Бека: все испытуемые в обеих группах набрали более 10-ти баллов, что свидетельствует о наличии депрессивной симптоматики ($p < 0,001$). Никто из испытуемых не набрал более 30-ти баллов, что говорит об отсутствии признаков тяжелой депрессии ($p < 0,01$).

В 1-й группе 23 человека (54,7 %) набрали от 10-ти до 15-ти баллов, что свидетельствует о наличии легкой депрессии ($p < 0,001$); 18 человек (42,8 %) набрали 16-19 баллов — умеренная депрессия ($p < 0,01$); 1 человек (муж.) (2,3 %) набрал 20-29 баллов — выраженная депрессия ($p < 0,05$). Во 2-й группе данных за выраженную депрессию нет, 37 человек (88,1 %) — легкая депрессия ($p < 0,01$), 5 человек (11,9 %) — умеренная депрессия ($p < 0,001$) (рис. 2). Среди всех участников был выявлен выраженный аффект тревоги ($p < 0,05$).

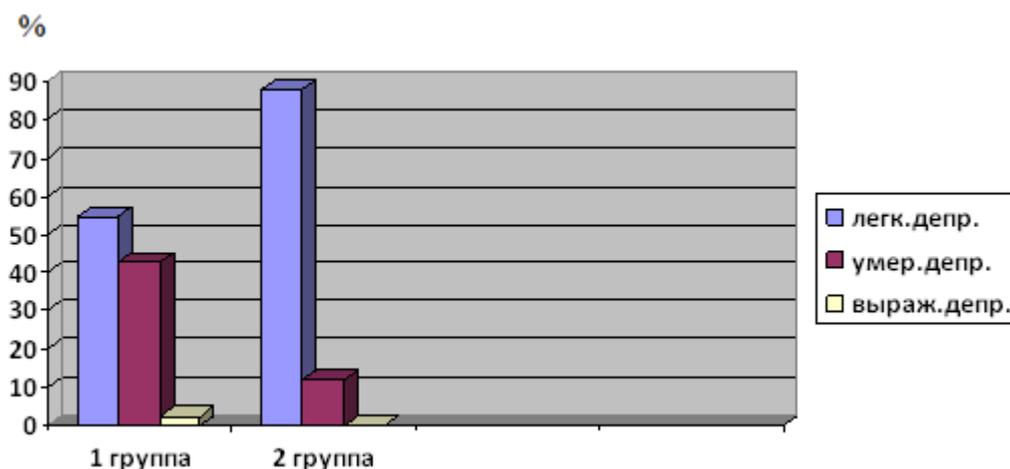


Рис. 2. Соотношение выраженности депрессивной симптоматики в обеих группах

Таблица 3

Соотношение выраженности депрессивной симптоматики в обеих группах

Шкала депрессии Бека, баллы	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
0-9 — отсутствие депрессивных симптомов	0	0	0	0
10-15 — легкая депрессия (субдепрессия)	23	54,7	37	88,1
16-19 — умеренная депрессия	18	42,8	5	11,9
20-29 — выраженная депрессия (средней тяжести)	1	2,3	0	0
30-63 — тяжёлая депрессия	0	0	0	0

Выводы. Таким образом, лица, страдающие шизофренией коморбидной каннабиноидной зависимостью, более склонны к проявлению тяжелой депрессивной симптоматики (в 1-й группе 42,8 % — признаки умеренной депрессии, во 2-й группе 11,9 % — признаки умеренной депрессии). Все участники исследования имеют суицидальный риск.

Список литературы

1. Говорин Н. В. Суицидальное поведение : типология и факторная обусловленность / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров. — Чита : Изд-во «Иван Федоров», 2008. — 178 с.
2. Лапицкий М. А. Суицидальное поведение / М. А. Лапицкий, С. В. Ваулин. — Смоленск : Изд-во СГМА МЗ РФ, 2000. — 156 с.
3. Дудин И. И. Зависимость от каннабиноидов в структуре сочетанной психической патологии по данным отдаленного катамнеза (клинический, клинко-эпидемиологический, социо-демографический аспекты) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / И. И. Дудин. — М., 2009. — 347 с.
4. Сливко К. Ю. Клиническая классификация нефатальных суицидентов : дис. ... канд. мед. наук / К. Ю. Сливко. — Владивосток, 2003. — 160 с.
5. Отравление опиатами (анализ секционного материала) / Е. В. Солохин [и др.] // Суд.-мед. экспертиза. — 2002. — № 2. — С. 32-35.
6. Шигеев С. В. Медико-социальные аспекты смертельных отравлений наркотическими веществами / С. В. Шигеев // Вопр. наркологии. — 2006. — № 2. — С. 68-72.
7. Kutcher S. Suicide risk management : A manual for health professionals / S. Kutcher, S. Chehil. — Malden, MA : Blackwell Publishing Ltd., 2007. — 243 p.

8. Stillion J. M. Suicide across the life span / J. M. Stillion, E. E. McDou-well. — Washington, Bristol, London : Taylor and Francis, 2006. — 349 p.

IDENTIFICATION OF RISK OF SUICIDAL BEHAVIOUR AT PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH COMORBIDE CANNABINOID ABUSE

[I. Y. Klimova, A. A. Ovchinnikov](#)

SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk)

84 patients divided into two groups on 42 persons (the 1st group — the persons suffering from schizophrenia with comorbidity Cannabinoid abuse, and the 2nd group — the persons suffering only from schizophrenia) were examined for the purpose of identification of risk of suicidal behavior. Research was conducted at a stage of lack of acute psychotic symptomatology more than 1 month. Tool for Assessment of Suicide Risk — TASR, by Beck Depression Inventory were used. It was established that the persons suffering from schizophrenia, comorbidity, Cannabinoid abuse are inclined to implication of serious depressive symptomatology, all participants of research have suicidal risk.

Keywords: schizophrenia, comorbidity, Cannabinoid abuse, assessment of suicide risk, depression.

About authors:

Klimova Irina Yurevna — assistant of psychiatry, addictology and psychotherapy chair of faculty of social work and clinical psychology at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 241-99-18, e-mail: iri.c2012@yandex.ru

Ovchinnikov Anatoliy Aleksandrovich — doctor of medical science, professor, head of psychiatry, addictology and psychotherapy chair of faculty of social work and clinical psychology at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 241-99-18, e-mail: anat1958@mail.ru

List of the Literature:

1. Govorin N. V. Suicidal behavior: typology and factorial conditionality / N. V. Govorin, A. V. Sakharov. — Chita: Publishing house «Ivan Fedorov», 2008. — 178 p.
2. Lapitsky M. A. Suicidal behavior / M. A. Lapitsky, S. V. Vaulin. — Smolensk : Publishing house of SSMA of MH of the Russian Federation, 2000. — 156 p.
3. Dudin I. I. Abuse from cannabinoids in structure of the combined mental pathology according to the remote catamnesis (clinical, clinicoepidemiological, socio-demographic aspects) : theses. ... Dr. of medical science / I. I. Dudin. — M., 2009. — 347 p.
4. Slivko K. Y. Clinical classification of nonfatal suicide : theses. ... cand. of medical science / K. Y. Slivko. — Vladivostok, 2003. — 160 p.
5. Poisoning with opiates (analysis of sectional material) / E. V. Solokhin [et al.] // *Medicolegal investigation*. — 2002. — N 2. — P. 32-35.
6. Shigeev S. V. Medico-social aspects of lethal poisonings with narcotic substances / S. V.

Shigeev // Issues of addictologies. — 2006. — N 2. — P. 68-72.

7. Kutcher S. Suicide risk management : A manual for health professionals / S. Kutcher, S. Chehil. — Malden, MA : Blackwell Publishing Ltd., 2007. — 243 p.
8. Stillion J. M. Suicide across the life span / J. M. Stillion, E. E. McDou-well. — Washington, Bristol, London : Taylor and Francis, 2006. — 349 p.