

ПРОБЛЕМА СУИЦИДА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: В ФОКУСЕ ВНИМАНИЯ СЕМЬЯ БОЛЬНОГО (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

О.Я. Симак

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Контактная информация:

Симак Ольга Яковлевна (SPIN-код: 7554-9259; Researcher ID: W-9069-2018; ORSID iD: 0000-0002-7918-0926). Место работы и должность: младший научный сотрудник, аспирант кафедры психиатрии и наркологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. Телефон: (909) 419-81-24, электронный адрес: amey88@mail.ru

В статье приведены современные данные о суицидальном риске при шизофрении с точки зрения теории биопсихосоциального подхода. Материалы были получены путём поиска в электронных базах данных: Pub Med, Scopus, Wiley Online Library, e-LIBRARY. Результаты: 44,3% пациентов с шизофренией имели хотя бы одну попытку самоубийства в течение жизни; до 4,9% погибают от суицида, при этом большая часть фатальных случаев приходится на первые годы болезни. Известно, что генетические факторы объясняют 43% суицидального поведения, остальные 57% – факторами окружающей среды. По данным 2005 г. достоверными факторами риска самоубийства при шизофрении являлись: депрессивные расстройства в анамнезе (Отношение шансов (ОШ)=3,03; 95% Доверительный интервал (ДИ) 2,06-4,46), попытки суицида в анамнезе (ОШ=4,09; 95% ДИ 2,79-6,01), злоупотребление наркотиками (ОШ=3,21; 95% ДИ 1,99-5,17), возбуждение или двигательное беспокойство (ОШ=2,61; 95% ДИ 1,54-4,41), страха психического распада (ОШ=12,1; 95% ДИ 1,89-81,3), плохое соблюдение режима лечения (ОШ=3,75; 95% ДИ 2,20-6,37) и недавние потери (ОШ=4,03; 95% ДИ 1,37-11,8). Интерес исследователей настоящего десятилетия посвящён влиянию осознания болезни, стигматизации, самостигматизации и качества жизни у пациентов с шизофренией на риск самоубийства. Регрессионный анализ показал, что осознание болезни при шизофрении объясняет 47,4% распределения депрессии и 32,2% распределения суицидальных мыслей. Опыт дискриминации у лиц с шизофренией и аффективными расстройствами привел 38% пациентов к суицидальным идеям, а 20% сообщили, что это способствовало совершению ими попытки самоубийства. Приведены исследования о семье пациента с шизофренией: 44,7% больных имеют собственные семьи, до 27% пациентов на момент самоубийства состояли в браке. Семья пациента с шизофренией рассмотрена в антисуицидальном и просуицидальном аспектах. Близкие родственники имели значительно больше сведений о признаках самоубийства суицидента, чем специалисты здравоохранения: 90,5% против 44,6%. Клеймо позора / стигма более остро воспринимается родственниками и друзьями тех, кто умер в результате самоубийства, чем тех, кто погиб от других причин внезапной естественной смерти (95% ДИ=2,13-2,90; $p < 0,001$) или внезапной неестественной смерти (95% ДИ=1,25-2,13; $p = 0,001$).

В целях предотвращения самоубийств при шизофрении необходимо обеспечивать социальную, психологическую и психотерапевтическую поддержку уязвимым лицам – пациентам, страдающим шизофренией, их семье и ближайшему окружению. Также необходимо участвовать в обеспечении лекарственной помощи пациентам и бороться со стигматизацией диагноза «шизофрения».

Ключевые слова: суицид, шизофрения, семья, биопсихосоциальный подход, факторы риска

Мировая статистика говорит о том, что ежегодно около 800 тысяч человек заканчивают жизнь самоубийством, и на каждого погибшего от самоубийства приходится свыше 20 человек, совершивших суицидальную попытку [1, 2]. В России по данным Федеральной службы государственной статистики коэффициент смертности от самоубийств на 100 тыс. населения трудоспособного возраста в 2018 г. составил 16,3 [3]. На момент совершения самоубийства около 98% лиц страдали психическими расстройствами [4]. Лидирующее место среди

суицидентов занимают лица, страдающие аффективными расстройствами – 20,8%, на втором месте стоит шизофрения – 19,9%.

Шизофрения в связи с достаточной распространённостью в популяции, и как заболевание с высоким суицидальным риском является объектом пристального внимания специалистов в области психического здоровья, в том числе и суицидологии.

Целью нашего исследования был обзор данных литературы о проблеме суицида при шизофрении.

Материал и методы: с целью получения современных данных по исследуемой проблеме нами были использованы доступные электронные базы данных: Pub Med, Scopus, Wiley Online Library, e-LIBRARY. Запрос осуществлялся по ключевым словам: шизофрения, суицид, самоубийство.

Результаты и обсуждение:

В Дании самоубийство является наиболее распространённой причиной смерти у пациентов с шизофренией и составляет 31,8% [5]. В течение жизни 44,3% пациентов с шизофренией имели хотя бы одну попытку самоубийства [6]. Среди больных шизофренией, совершивших убийство и находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа, фантазии о самоубийстве возникали у 75% пациентов, из них 62,5% пытались их реализовать. Основными механизмами аутоагрессии у данной выборки пациентов являлись демонстративно - шантажные, аффективно обусловленные и бредовые механизмы [7].

Однако при более широком рассмотрении проблемы группой исследователей В.А. Palmer и соавт. [8], было проанализировано 61 исследование больных шизофренией на разных стадиях заболевания и выявлено, что около 4,9% больных шизофренией совершают самоубийство в течение жизни, при этом большая часть фатальных случаев приходится на первые годы болезни. Распространённость суицида среди лиц пожилого возраста, страдающих шизофренией, которые находились под наблюдением с начала болезни, составила 5,6%.

Наивысший риск самоубийства среди пациентов с шизофренией приходится на молодое трудоспособное население. Так, в исследовании финской популяции пациентов с шизофренией в возрасте от 15 до 69 лет наибольший риск смерти от суицида при шизофрении был обнаружен среди лиц 15-29 лет [9]. В исследовании китайской популяции средний возраст на момент смерти от самоубийства у пациентов с шизофренией составил 31,3 года [10]. Жертвы самоубийств с шизофренией имеют более короткую продолжительность болезни и более высокий уровень образования по сравнению с теми, кто умер от других причин [11] и более низкий уровень образования, чем пациенты с суицидальными идеями или без суицидальной настроенности [12].

Джордж Энгель в 1980-х годах XX века подверг критике биомедицинскую модель болезни и её ограниченное представление о болезни как биологически укоренившейся [13]. С этого времени в англоязычной медицинской литературе появились исследования, рассматривавшие болезнь с точки зрения биопсихосоциального подхода. Здоровье и болезнь в рамках данной теории рассматриваются в контексте сложной иерархии «натуральных систем», где системы низших уровней являются составными частями систем высших уровней [13].

Наиболее актуальными для исследователей остаются попытки поиска биологической основы как шизофрении, так и суицидального поведения.

Биологические факторы суицида при шизофрении.

Согласно публикуемым данным генетические факторы объясняют 43% суицидального поведения, остальные 57% – факторами окружающей среды [14]. Большинство исследователей придерживается мнения, что чаще самоубийство совершают мужчины [15, 16], однако данные последних 5 лет говорят о том, что факторы риска самоубийства и попытки суицида связаны и с женским полом [17, 18].

У пациентов с шизофренией, совершивших суицидальную попытку, было обнаружено гипометилирование лейкоцитов – CpG участок cg19647197 в гене CCDC53 [19]. Количественный риск факторов суицидального поведения определяется интронными полиморфизмами (A218C или A779C) гена триптофановой гидроксилазы (TPH)1 [20], и геном TPH rs1800532 [21]; насильственные и повторные попытки самоубийства были связаны с полиморфизмом введения / делеции гена транспортера серотонина (5-HTTLPR) [20, 22], и, в частности, локуса SLC6A4 [21], а ген моноаминоксидазы-A (MAOA) имеет связь с насильственными методами самоубийства при наличии других факторов риска [20].

Следующим уровнем анализа суицидальности при шизофрении является морфологический. Повышенная уязвимость к суицидальной попытке отмечалась у лиц с низкой взаимосвязью между медиальной префронтальной корой (МПФК) и корой задней поясной извилины [23]. Суицидальное поведение в анамнезе было связано с относительно более высокой активацией дополнительной моторной области (ДМО) левого полушария, пре-ДМО, премо-

торной коры и дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПФК) [24].

Изменения проводящих путей головного мозга у пациентов с шизофренией и суицидальным поведением были оценены с помощью показателя фракционной анизотропии (ФА). ФА характеризует пространственную ориентацию волокон, отражая степень однонаправленности (целостности) трактов белого вещества [25]. У лиц с суицидальными попытками были выявлены высокие значения ФА в левом лучистом венце, верхнем продольном пучке, задней части лимба и ретролентикюлярной части внутренней капсулы, внешней капсуле, островке, задней таламической лучистости, ножках мозга, сагиттальном слое и белом веществе височной области. Установлена значительная положительная корреляция суицидального поведения и значений ФА правого лучистого венца, правого верхнего продольного пучка, тела мозолистого тела и левого лучистого венца. Эти данные свидетельствуют о том, что фронто-темпоро-лимбические цепи могут быть связаны главным образом с суицидальным поведением у людей с шизофренией или шизофреническим расстройством [26].

Использование магнитно-резонансной томографии широко используется для выявления морфологических коррелятов психических расстройств [27, 28]. При шизофрении у лиц, совершивших суицидальную попытку, было выражено истончение коры в правой дорсолатеральной префронтальной коре (ДЛПФК), в правой верхней и средней височной коре, височном полюсе (поле 38) и островковой коре [29]. Другими авторами приводятся данные об увеличении объема белого вещества в нижней фронтальной области лобно - височно - лимбических структур у пациентов с суицидальной попыткой в анамнезе [30].

Группой исследователей из США [31] было установлено, что при шизофрении низкий суицидальный риск сочетается с достоверным уменьшением левой краевой извилины, таламуса и правого островка по сравнению с лицами без суицидальных попыток. У лиц с высоким суицидальным риском обнаружено достоверное уменьшение объемов левой языковой извилины и правого клина. У лиц с суицидальной попыткой (СП) в анамнезе по сравнению с лицами без СП меньше объем серого вещества коры верхней и нижней височной области с обеих сторон, левой верхней теменной обла-

сти, таламуса, краевой извилины, правого островка, верхней фронтальной, ростральной части средней лобной извилины. Отделы мозга, в которых наблюдались различия, являются частью нейронных сетей, которые опосредуют торможение, импульсивность и эмоции, висцеральное, визуальное и слуховое восприятие. Также была установлена связь увеличения объема правой миндалины с попытками суицида и аутоагрессией при шизофрении [32]. Суицидальные идеи чаще встречались у больных шизофренией с более высоким свободным тироксином [33].

Психопатологические аспекты суицидального поведения при шизофрении.

Самоубийство может произойти в любой момент течения шизофрении. Периодами повышенного риска являются: ранняя фаза заболевания, активная фаза болезни, период рецидива или депрессивный эпизод [34]. Интересен тот факт, что негативная и дефицитарная симптоматика при шизофрении могут быть связана с низким риском суицида [11].

Систематический обзор, выполненный К. Навтон и соавт. [35], продемонстрировал 7 достоверных факторов риска самоубийства при шизофрении: депрессивные расстройства в анамнезе (Отношение шансов (ОШ) =3,03; 95%; Доверительный интервал (ДИ) 2,06-4,46), попытки суицида в анамнезе (ОШ=4,09; 95%; ДИ 2,79-6,01), злоупотребление наркотиками (ОШ=3,21; 95%; ДИ 1,99-5,17), возбуждение или двигательное беспокойство (ОШ=2,61; 95%; ДИ 1,54-4,41), страха психического распада (ОШ =12,1; 95%; ДИ 1,89-81,3), плохое соблюдение режима лечения (ОШ=3,75; 95%; ДИ 2,20-6,37) и недавние потери (ОШ=4,03; 95%; ДИ 1,37-11,8).

Исследования последующих лет подтвердили собранные авторами данные. Суицидальные идеи при шизофрении чаще выявлялись у лиц, уже совершавших суицидальные попытки в прошлом [36, 37]. Депрессивные симптомы [12, 17, 18, 37, 38], и, в частности, ангедония [11], тревожные [17] и психотические симптомы [36, 38], коррелируют с высоким суицидальным риском. «Галлюцинация-бред» – наиболее распространенный мотив и единственный фактор, значительно связанный с серьезностью метода попытки самоубийства [39]. Однако при наличии только галлюцинаций суицидальный риск снижается (ОШ =0,50; 95%; ДИ 0,35-0,71) [35].

При оценке состояния больного шизофренией с помощью PANSS важными в отношении суицида являются следующие показатели: расторможенность, уход, беспокойство и чувство вины, искажение реальности и дезорганизация [12].

Сравнивая пациентов с шизофренией между собой [40], можно понять, что лица с высокой импульсивностью имеют более высокие показатели суицидальных мыслей в настоящем и прошлом, и демонстрируют тенденцию к большему количеству суицидальных попыток в течение жизни, чем пациенты с низкой импульсивностью. Однако сравнивая пациентов с шизофренией и пациентов с другими психическими расстройствами [17], можно отметить, что самоубийства у лиц с шизофренией характеризуются более низкими показателями импульсивности. При этом самоубийства при шизофрении не отличаются по уровню насилия от самоубийств при других психических расстройствах.

Сочетание шизофрении и злоупотребления / зависимости от психоактивных веществ достоверно связано с попыткой самоубийства [18]. Риск повторных суицидальных попыток выше при курении и употреблении алкоголя [41].

Психологические аспекты суицидального поведения при шизофрении.

Опираясь на концепцию суицидального поведения, разработанную А.Г. Амбрумовой (1978), у всех суицидентов, независимо от их диагностической принадлежности, обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности. Дезадаптация личности не тождественна понятию болезни и может проявляться на двух уровнях: патологическом (нозологические единицы, состояния, реакции и фазы) и непатологическом (недостаточность социализации и нравственного воспитания, резкая смена условий существования и жизненных стереотипов, разрыв высоко значимых отношений и т.д.).

Важным в механизме возникновения и реализации суицидальных мыслей является понятие ранней психотравмы и её «консервации» до момента возникновения дезадаптации личности [43]. Fuller-Tompson E. и соавт. [18] было выявлено, что для пациентов с шизофренией история физического насилия в детстве была связана с попытками самоубийства в будущем. Однако по данным других исследователей ни-

какой связи между суицидальностью, детской травмой и нарушениями сна среди пациентов с шизофренией не обнаруживается [37].

Существует также понятие «семейной» передачи суицидального поведения в виде поведенческого эндофенотипа суицидента, что включает в себя импульсивно-агрессивные черты личности [43, 44], невротизм и тревожные черты, предположительно играющих роль в генезе суицидального поведения [44]. Немаловажным для суицидального поведения индивида представляется научение и имитация суицидального поведения близкими родственниками [14].

В исследовании J. Modestin и соавт. [45], авторы приводят два клинических типа шизофренического суицида. Суицид I типа характеризуется ранним началом болезни наряду с ранними трудностями психосоциальной адаптации. Суицид II типа характеризуется более поздним началом болезни, когда пациенты часто демонстрируют высокую преморбидную функциональную способность, однако из-за серьезности своего заболевания они испытывают ярко выраженную психосоциальную и профессиональную деградацию. Пациенты обоих типов способны к критической и реалистичной самооценке своих ограниченных жизненных перспектив. Пациенты I типа осознают свою несостоятельность по сравнению с достижениями сверстников, в то время как пациенты II типа не способны оправдать высоких ожиданий и чувствуют себя неадекватными по отношению к собственным целям [46]. В обоих случаях суицид, по-видимому, является результатом реалистичной оценки всей жизненной ситуации пациента, включая возможность недееспособности при этом заболевании и негативные психосоциальные последствия.

Лица молодого возраста с инициальными симптомами психотического расстройства или ранним вмешательством медицинских служб могут называть себя "психически больными". Самоклеимирование, социальная неприемлемость данного «ярлыка» для пациента, стыд психического заболевания и восприятие общественной стигмы независимо связаны с усилением дистресса от стигматизации (стигма-стресс) пациента. Большой стигма-стресс, в свою очередь, предсказывает снижение общего благополучия независимо от возраста, пола, симптомов и сопутствующей психиатрической патологии [47]. Таким образом, в результате

самоклеймирования пациент испытывает низкое субъективное психологическое качество жизни, что повышает риск суицида при шизофрении [36, 38].

В дальнейшем E. Patelaros и соавт. [48], показали, что осознание болезни при шизофрении объясняет 47,4% случаев депрессии и 32,2% случаев суицидальных мыслей. Более глубокое понимание шизофрении связано не только с самостигматизацией, но и с низкой самооценкой, снижением надежд пациента, снижением качества жизни и повышением суицидальности [49]. Связь между инсайтом и депрессией была более сильной среди пациентов с более низким социально-экономическим статусом, тяжелыми заболеваниями и плохим взаимодействием с медицинской помощью [50]. С другой стороны, отсутствие понимания болезни также является причиной деморализации, депрессии и риска суицида при шизофрении [51].

При сравнении случаев фатального суицида у лиц с шизофренией отмечались более высокие показатели безнадежности [17] и беспросветности [34], чем у лиц без психических расстройств. Появление суицидальных мыслей при шизофрении стимулировала не только стигматизация, но и восприятие когнитивной дисфункции [52].

Социальные аспекты суицида при шизофрении.

Стигматизация, особенно по отношению к психическим расстройствам и самоубийствам, приводит к тому, что многие люди не обращаются за необходимой помощью [1]. Опыт дискриминации у лиц с шизофренией и аффективными расстройствами привел 38% пациентов к суицидальным чувствам, а 20% сообщили, что это способствовало совершению ими попытки самоубийства. Ожидание негативного развития событий, лечения, а также ощущение отсутствия поддерживающих социальных сетей были причинами безнадежности и суицидальности [53].

В начале 90-х годов XX века около 30% лиц с суицидальным поведением или суицидом обращались за медико-психологической помощью в течение месяца до попытки самоубийства, и их суицидальные переживания не были распознаны [42]. Суициденты имели большее число госпитализаций, чем лица с суицидальными идеями и без суицидальной настроенности [12]. По сведениям A.L. Pitman

и соавт. [54], люди, потерявшие жизнь в результате самоубийства, реже получали неофициальную поддержку и чаще ощущали задержки с получением какой-либо поддержки, чем люди, потерявшие жизнь в результате других причин внезапной смерти.

На ранних стадиях шизофрении острое переживание дискриминации вследствие болезни воспринимается как стресс, превышающий ресурсы, необходимые для преодоления трудностей, что ведёт к негативной самооценке и снижению восприятия поддерживающих сетей / социальной структуры [53], неудовлетворённости социальными отношениями [38] и повышению риска суицида. В дальнейшем, с нарастанием негативной симптоматики происходит объективное оскудение социальных связей. Низкая социальная поддержка [17] и социальная изоляция у суицидентов с шизофренией выше, чем у суицидентов без психических расстройств, или чем у пациентов, умерших от других причин [11]. Однако, как указывается в отдельных исследованиях [18], и нахождение пациента с шизофренией в обществе может способствовать повышению риска попытки самоубийства.

Микросоциум и шизофрения: фактор риска или профилактики суицида?

Согласно данным различных авторов [10, 55, 56] от 2,6% до 44,7% пациентов с шизофренией имеют собственные семьи. Трудности в семейных отношениях и восприятие стигматизации из-за болезни – возможные факторы, способствующие суициду больных шизофренией [15]. Предоставление надлежащей информации для членов семьи пациента с целью уменьшения враждебности к пациенту способствует предотвращению самоубийств при шизофрении [15].

Специальное исследование осознания риска самоубийства провела группа В. Draper и соавт. [57]. Авторы провели психологическую аутопсию событий за месяц до совершения суицида и сравнили сведения, полученные от ближайших родственников и специалистов здравоохранения. Было выявлено, что близкие родственники имели значительно больше сведений о признаках самоубийства суицидента, чем специалисты здравоохранения (90,5% против 44,6%). Связь между близкими родственниками и специалистами здравоохранения чаще всего была инициирована семьей (29,4% против 5,9%). В ходе исследования были выяв-

лены пробелы в связи между специалистами здравоохранения и близкими родственниками суицидента, и подчеркивалась необходимость укрепления связей между этими двумя группами.

Шизофрения и микросоциум: фактор риска или профилактики суицида?

В клинической практике часто приходится сталкиваться с бременем шизофрении, которое несут партнеры больных и лица, ухаживающие за больными [58, 59, 60, 61]. В частности, диагноз «шизофрения» у близкого человека становится «ярлыком» не только для пациента, но и для родных. В сообществе к членам семьи пациентов с шизофренией относятся с предубеждением, поскольку они общаются со своими больными родственниками, меньше времени уделяют социальной активности, и у них ограничены возможности по трудоустройству.

По итогам обследования лиц, ухаживающих за пациентами с физическими и психическими отклонениями, 32,9% вероятно находились в депрессии, 37,6% вероятно имели психическое расстройство, а у 18,8% были выявлены суицидальные идеи (СИ). Уровень СИ был выше у лиц, впервые оказавшихся в роли опекунов, не имевших поддержки со стороны третьих лиц, ухаживающих за пациентами молодого возраста, либо за пациентами с неизлечимыми заболеваниями, а также для лиц, страдающих депрессией на момент ухода за пациентом [62].

Необходимо отметить тот факт, что члены семьи суицидента могут быть выбраны в качестве объекта наказания, манипулирования либо альтруистического освобождения [63].

Самоубийство часто становится неожиданностью как для родственников жертвы самоубийства, так и для тех, кто контактировал с этим лицом, даже в случае явного деструктивного поведения жертвы. Чувство беспокойства, вызываемое суицидентами у тех, с кем они контактируют, исчезает или отсутствует непосредственно перед самоубийством. Ringel E. [64] описал это состояние с помощью фразы «зловещая тишина». Это происходит потому, что после принятия окончательного решения о самоубийстве человек перестает посылать эмоциональные сообщения окружающим. Автор пишет, что «когда человек ненавидит только себя, тогда чья-то любовь и забота ему уже не мешают». Также отмечается, что

непосредственно перед самоубийством невозможно эмпатически понять суицидента [15].

Факт суицида становится содержанием психологического кризиса – острого эмоционального состояния, характеризующегося психическим напряжением, тревогой, нарушением познавательной и поведенческой активности – для ближайшего окружения суицидента [65, 66].

По данным A.L. Pitman и соавт. [67], клеймо позора / стигма более остро воспринимается родственниками и друзьями тех, кто умер в результате самоубийства, чем тех, кто погиб от других причин внезапной естественной смерти или внезапной неестественной смерти. Через 6 месяцев у лиц, продолжающих переживать утрату после суицида близкого человека, часто фиксировались реакции психологической защиты по типу отказа, соматические реакции, стигматизация, чувства ответственности и стыда при переживании горя [68]. Воспринимаемая стигматизация негативно ассоциировалась с обращением за неформальной помощью или помощью психотерапевта. Чувство позора является фактором риска приёма психотропных препаратов [69].

Группой исследователей M. Fenger-Grøn и соавт. [70], были изучены 207435 взрослых датчан, которые испытали серьёзную потерю в 1996-2013 годах. Через 6 месяцев после утраты были оценены показатели самоубийств, преднамеренных самоповреждений или госпитализаций в психиатрический стационар. Были получены данные о том, что раннее терапевтическое вмешательство в виде бесед с психологом связано с уменьшением долгосрочного риска серьёзных психических состояний у тяжело скорбящих людей (разница рисков (РР), -17,1; 95% Доверительный интервал (ДИ), от -30,7 до -3,5 на 1000 человек). Явной пользы или вреда от лечения антидепрессантами после утраты установлено не было, поскольку статистическая точность данных параметров была низкой (РР -8,6; 95% ДИ, от -62,6 до 45,4 на 1000 человек). Таким образом, члены семьи и другие лица, пережившие самоубийство близкого человека, нуждаются в поддержке и поощрении выражения скорби и своих чувств по поводу жертвы самоубийства [15].

Reynders A. и соавт. [69] в своём исследовании выявили, что в местности с низким уровнем самоубийств люди более позитивно

относятся к обращению за профессиональной или неформальной помощью, реже занимаются самостигматизацией и испытывают стыд из-за факта обращения за помощью. По данным W. Feigelman и соавт. [71], лица, склонные открыто обсуждать причину смерти близкого в результате суицида, переносят меньше страданий в связи с горем утраты и оценивают свое психическое здоровье лучше, чем те, кто стыдился и смущался обсуждать суицид. Регрессионный анализ показал, что тенденция открыто обсуждать смерть – единственный фактор, взаимосвязанный с вариациями проявлений и переживаний печали.

Заключение.

Рассматривая проблему предотвращения смертности от суицидов, учёными предпринимались попытки выявления групп факторов риска самоубийств, и основное внимание уделялось биомедицинской модели развития данного состояния, то есть поиска биологических факторов самоубийства. Однако преобладающими факторами для развития суицидального поведения остаются «факторы окружающей среды» [14]. Отечественными исследователями С.В. Бородиным и А.С. Михлиным [72], была предложена классификация мотивов и поводов суицидальных поступков. На первом месте в данной классификации стоят личностно-семейные конфликты, в том числе: несправедливое отношение (оскорбления, обвинения, унижения) со стороны родственников и окружающих; ревность, супружеская измена, развод; потеря значимого другого, болезнь и смерть близких; препятствия к удовлетворению актуальной потребности; неудовлетворенность поведением и личностными качествами значимых других; одиночество, изменение привычного стереотипа жизни, социальная изоляция; неудачная любовь; недостаток внимания, заботы со стороны окружающих; половая несостоятельность.

Попытки применения доказательной медицины к данному положению не привели к однозначному мнению о влиянии собственной семьи на суицидальный риск пациента с шизофренией. Согласно систематическому обзору К. Hawton и соавт. [35], те, кто состоял в браке или сожительстве подвергались несколько меньшему суицидальному риску, хотя этот вывод, основанный на 15 исследованиях, не был статистически значимым. В тоже время

факты отсутствия собственной семьи либо развода не влияли на суицидальный риск.

С точки зрения коллектива отечественных исследователей [73], наличие семьи и социальной поддержки, беспокойство о будущем детей, сформированность морально-этических норм и стремление к выживанию являлись основными факторами антисуицидального барьера среди больных шизофренией. Лица с психическими расстройствами, проживающие в семье, получают больше пристального внимания родственников, и в случае аутоагрессивного поведения у них больше шансов на своевременное оказание помощи и спасение жизни. Независимо от возраста пациент с суицидальной попыткой всегда должен быть мотивирован на вовлечение семьи в лечение. Терапевтическая интервенция в семьях лиц с шизофренией, направленная на снижение стигмы, связанной с психическими расстройствами и самоубийством, может способствовать снижению смертности от самоубийств [15].

С другой стороны, высокая эмоциональная экспрессивность в семье, постепенное исчезновение эмпатии у супругов, самостигматизация пациента и стигматизация его супруга ведут к повышению риска суицида как пациента, так и его партнёра. Большинство суицидальных пациентов имеют проблемы с отношениями, работой, школой и не имеют функционирующих социальных сетей, что требует психосоциального лечения и поддержки [74]. Раннее выявление внутренних и внешних форм суицидального поведения – важнейшее условие обеспечения необходимой помощи суицидентам и их ближайшему окружению [75].

Большое значение имеют психотерапевтические мероприятия, направленные на адаптацию микросоциальной среды к пациенту, страдающему эндогенным расстройством. Это связано с тем, что такой член семьи действительно привносит в жизнь своего окружения высокое эмоциональное напряжение, связанное как с реальной опасностью, так и с крайне трудным общением и совместным проживанием. Окружение такого пациента действительно нуждается в психотерапевтической помощи, что повышает его адаптивные возможности и улучшает общую жизненную ситуацию [28].

Выводы:

1. Пациенты с шизофренией занимают второе место (19,9%) в мировой статистике

завершённых суицидов среди лиц с психическими расстройствами.

2. Раннее выявление внутренних и внешних форм суицидального поведения – важнейшее условие обеспечения необходимой помощи суицидентам и их ближайшему окружению.

3. В целях предотвращения самоубийств при шизофрении необходимо обеспечивать социальную, психологическую и психотерапевтическую поддержку уязвимым лицам – пациентам, страдающим шизофренией, их се-

мье и ближайшему окружению, участвовать в последующем оказании помощи, бороться со стигматизацией диагноза «шизофрения».

4. Психологическая терапия, направленная на улучшение навыков преодоления трудностей у пациентов и меры по борьбе со стигматизацией среди населения, направленные на сокращение случаев дискриминации, могут обеспечить определённую защиту от самоубийств среди лиц с психическими расстройствами.

Литература:

1. Предотвращение суицидов. Глобальный императив. Всемирная Организация Здравоохранения, 2014. 97 с.
2. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/smert.htm
4. Bertolete J.M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry*. 2002; 1 (3): 181-185.
5. Castagnini A., Foldager L., Bertelsen A. Excess mortality of acute and transient psychotic disorders: comparison with bipolar affective disorder and schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2013; 128: 370-375. doi: 10.1111/acps.12077
6. Sağlam A. D., Civil A. F., Özkorumak K. E. et al. Current clinical variables in schizophrenia cases with suicide attempt history. *Türk psikiyatri dergisi*. 2017; 28 (3): 163-171. (In Turkish)
7. Солдаткин В.А., Бобков А.С., Анциборов А.В. О роли фантазий о смерти у больных шизофренией с гомицидным поведением. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (1): 26-27.
8. Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of general psychiatry*. 2005; 62 (3): 247-253. doi: 10.1001/archpsyc.62.3.247
9. Rantanen H., Koivisto A.M., Salokangas R.K. et al. Five-year mortality of Finnish schizophrenia patients in the era of deinstitutionalization. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009; 44 (2): 135-42. doi: 10.1007/s00127-008-0414-1
10. Cheng K., Leung C., Lo W. et al. Suicide Among Chinese Schizophrenics in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*. 1989; 154 (2): 243-246. doi:10.1192/bjp.154.2.243
11. Loas G., Azi A., Noisette C. et al. Fourteen-year prospective follow-up study of positive and negative symptoms in chronic schizophrenic patients dying from suicide compared to other causes of death. *Psychopathology*. 2009; 42 (3): 185-189. doi: 10.1159/000209331
12. Jovanović N., Podlesek A., Medved V. et al. Association between psychopathology and suicidal behavior in schizophrenia. A cross-sectional study of 509 participants. *Crisis*. 2013; 1; 34 (6): 374-381. doi: 10.1027/0227-5910/a000211
13. Фролова Ю.Г. Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологического здоровья. *Философия и социальные науки: научный журнал*. 2008; 4: 60-65.
14. Brent D.A., Mann J.J. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics part C Seminars in Medical Genetics*. 2005; 133C (1): 13-24. doi: 10.1002/ajmg.c.30042
15. Pompili M., Amador X.F., Girardi P. et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of general psychiatry*. 2007; 6 (10). doi:10.1186/1744-859X-6-10
16. Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П., Быкова А.А., Лончакова И.В. Завершённые суициды: соотношение мужчин и женщин. *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (3): 76-78.

References:

1. Predotvrashhenie suicidov. Global'nyj imperativ [Suicide prevention. The global imperative]. *Vsemirnaya Organizacija Zdravoohraneniya [WHO]*, 2014. 97 s. (In Russ)
2. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/smert.htm
4. Bertolete J.M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry*. 2002; 1 (3): 181-185.
5. Castagnini A., Foldager L., Bertelsen A. Excess mortality of acute and transient psychotic disorders: comparison with bipolar affective disorder and schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2013; 128: 370-375. doi: 10.1111/acps.12077
6. Sağlam A. D., Civil A. F., Özkorumak K. E. et al. Current clinical variables in schizophrenia cases with suicide attempt history. *Türk psikiyatri dergisi*. 2017; 28 (3): 163-171. (In Turkish)
7. Soldatkin V.A., Bobkov A.S., Antsiborov A.V. O roli fantaziy o smerti u bol'nykh shizofreniej s gomitsidnym povedeniem [On the role of fantasies of death in patients with schizophrenia with homicidal behavior]. *Tyumenskij meditsinskij zhurnal [Tyumen Medical Journal]*. 2013; 15 (1): 26-27. (In Russ)
8. Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of general psychiatry*. 2005; 62 (3): 247-253. doi: 10.1001/archpsyc.62.3.247
9. Rantanen H., Koivisto A.M., Salokangas R.K. et al. Five-year mortality of Finnish schizophrenia patients in the era of deinstitutionalization. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009; 44 (2): 135-42. doi: 10.1007/s00127-008-0414-1
10. Cheng K., Leung C., Lo W. et al. Suicide Among Chinese Schizophrenics in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*. 1989; 154 (2): 243-246. doi:10.1192/bjp.154.2.243
11. Loas G., Azi A., Noisette C. et al. Fourteen-year prospective follow-up study of positive and negative symptoms in chronic schizophrenic patients dying from suicide compared to other causes of death. *Psychopathology*. 2009; 42 (3): 185-189. doi: 10.1159/000209331
12. Jovanović N., Podlesek A., Medved V. et al. Association between psychopathology and suicidal behavior in schizophrenia. A cross-sectional study of 509 participants. *Crisis*. 2013; 1; 34 (6): 374-381. doi: 10.1027/0227-5910/a000211
13. Frolova Yu.G. Biopsichososotsial'naya model' kak kontseptual'naya osnova psikhologicheskogo zdorov'ya [Biopsychosocial model as a conceptual basis of psychological health] *Filosofiya i sotsial'nye nauki: nauchnyj zhurnal [Philosophy and social Sciences: scientific journal]*. 2008; 4: 60-65. (In Russ)
14. Brent D.A., Mann J.J. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics part C Seminars in Medical Genetics*. 2005; 133C (1): 13-24. doi: 10.1002/ajmg.c.30042
15. Pompili M., Amador X.F., Girardi P. et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of general psychiatry*. 2007; 6 (10). doi:10.1186/1744-859X-6-10
16. Umansky M.S., Khokhlov M.S., Zotov E.P., Bykova A.A., Ilonchakova V. Suicides: the ratio of men and women. *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (3): 76-78.

17. Lyu J., Zhang J. Characteristics of schizophrenia suicides compared with suicides by other diagnosed psychiatric disorders and those without a psychiatric disorder. *Schizophrenia research*. 2014; 155 (1-3): 59-65. doi: 10.1016/j.schres.2014.02.018
18. Fuller-Thomson E., Hollister B. Schizophrenia and suicide attempts: findings from a representative community-based Canadian sample. *Schizophrenia research and treatment*. 2016. doi: 10.1155/2016/3165243
19. Bani-Fatemi A., Jeremian R., Wang K.Z. et al. Epigenome-wide association study of suicide attempt in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*. 2018; 104: 192-197. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.07.011
20. Bondy B., Buettner A., Zill P. Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*. 2006; 11: 336-351. doi:10.1038/sj.mp.4001803
21. Clayden R.C., Zaruk A., Meyre D. et al. The association of attempted suicide with genetic variants in the SLC6A4 and TPH genes depends on the definition of suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*. 2012; 2 (10). doi:10.1038/tp.2012.96
22. de Medeiros A.V., Bezerra D.G., de Andrade T.G. et al. Genetic polymorphisms might predict suicide attempts in mental disorder patients: a systematic review and meta-analysis. *CNS & neurological disorders drug targets*. 2015; 14 (7): 820-827. doi:10.2174/1871527314666150713104619
23. Zhang H., Wei X., Tao H. et al. Opposite effective connectivity in the posterior cingulate and medial prefrontal cortex between first-episode schizophrenic patients with suicide risk and healthy controls. *Public Library of Science one*. 2013; 21:8 (5). doi: 10.1371/journal.pone.0063477. Print 2013
24. Minzenberg M.J., Lesh T., Niendam T. et al. Frontal motor cortex activity during reactive control is associated with past suicidal behavior in recent-onset schizophrenia. *Crisis*. 2015; 36 (5): 363-370. doi: 10.1027/0227-5910/a000335
25. Левашкина И.М., Серебрякова С.В., Ефимцев А.Ю. Диффузионно-тензорная МРТ – современный метод оценки микроструктурных изменений вещества головного мозга (обзор литературы). *Вестник Санкт-Петербургского университета*. 2016; 11 (4): 39-54.
26. Lee S.J., Kim B., Oh D. et al. White matter alterations associated with suicide in patients with schizophrenia or schizophreniform disorder. *Psychiatry research. Neuroimaging*. 2016; 248: 23-29. doi: 10.1016/j.pscychres.2016.01.011
27. Солдаткин В.А., Бухановский А.О., Калмыков А.Е. Нейровизуализационная характеристика головного мозга больных, страдающих игровой зависимостью. *Российский психиатрический журнал*. 2011; 1: 15-22.
28. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа в 2 т. Том II: Учебник / Под ред. В.А. Солдаткина. Ростов н/Д: Профпресс, 2018. 668 с.
29. Besteher B., Wagner G., Koch K. et al. Pronounced prefronto-temporal cortical thinning in schizophrenia: Neuroanatomical correlate of suicidal behavior? *Schizophrenia Research*. 2016; 176 (2-3): 151-157. doi: 10.1016/j.schres.2016.08.010
30. Rüsç N., Spoletini I., Wilke M. et al. Inferior frontal white matter volume and suicidality in schizophrenia. *Psychiatry research*. 2008; 164 (3): 206-214. doi: 10.1016/j.pscychres.2007.12.011
31. Giakoumatos C.I., Tandon N., Shah J. et al. Are structural brain abnormalities associated with suicidal behavior in patients with psychotic disorders? *Journal of psychiatric research*. 2013; 47 (10): 1389-1395. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.06.011
32. Spoletini I., Piras F., Fagioli S. et al. Suicidal attempts and increased right amygdala volume in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2011; 125 (1): 30-40. doi: 10.1016/j.schres.2010.08.023
33. Jose J., Nandeesh H., Kattimani S. et al. Association between prolactin and thyroid hormones with severity of psychopathology and suicide risk in drug free male schizophrenia. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*. 2015; 444: 78-
17. Lyu J., Zhang J. Characteristics of schizophrenia suicides compared with suicides by other diagnosed psychiatric disorders and those without a psychiatric disorder. *Schizophrenia research*. 2014; 155 (1-3): 59-65. doi: 10.1016/j.schres.2014.02.018
18. Fuller-Thomson E., Hollister B. Schizophrenia and suicide attempts: findings from a representative community-based Canadian sample. *Schizophrenia research and treatment*. 2016. doi: 10.1155/2016/3165243
19. Bani-Fatemi A., Jeremian R., Wang K.Z. et al. Epigenome-wide association study of suicide attempt in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*. 2018; 104: 192-197. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.07.011
20. Bondy B., Buettner A., Zill P. Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*. 2006; 11: 336-351. doi:10.1038/sj.mp.4001803
21. Clayden R.C., Zaruk A., Meyre D. et al. The association of attempted suicide with genetic variants in the SLC6A4 and TPH genes depends on the definition of suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*. 2012; 2 (10). doi:10.1038/tp.2012.96
22. de Medeiros A.V., Bezerra D.G., de Andrade T.G. et al. Genetic polymorphisms might predict suicide attempts in mental disorder patients: a systematic review and meta-analysis. *CNS & neurological disorders drug targets*. 2015; 14 (7): 820-827. doi: 10.2174/1871527314666150713104619
23. Zhang H., Wei X., Tao H. et al. Opposite effective connectivity in the posterior cingulate and medial prefrontal cortex between first-episode schizophrenic patients with suicide risk and healthy controls. *Public Library of Science one*. 2013; 21:8 (5). doi: 10.1371/journal.pone.0063477. Print 2013
24. Minzenberg M.J., Lesh T., Niendam T. et al. Frontal motor cortex activity during reactive control is associated with past suicidal behavior in recent-onset schizophrenia. *Crisis*. 2015; 36 (5): 363-370. doi: 10.1027/0227-5910/a000335
25. Levashkina I.M., Serebryakova S.V., Efimtsev A.YU. Диффузионно-тензорная МРТ – современный метод оценки микроструктурных изменений вещества головного мозга (обзор литературы) [Diffusion tensor MRI is a modern method for assessing microstructural changes in the brain substance (literature review)]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta [Bulletin of St. Petersburg University]*. 2016; 11 (4): 39-54. (In Russ)
26. Lee S.J., Kim B., Oh D. et al. White matter alterations associated with suicide in patients with schizophrenia or schizophreniform disorder. *Psychiatry research. Neuroimaging*. 2016; 248: 23-29. doi: 10.1016/j.pscychres.2016.01.011
27. Soldatkin V.A., Bukhanovskij A.O., Kalmykov A.E. Nejrovizualizatsionnaya kharakteristika golovnogogo mozga bol'nykh, stradayushhikh igrovoj zavisimost'yu [Neuroimaging characteristics of the brain of patients suffering from gambling addiction.]. *Rossiyskij psikhiatricheskij zhurnal [Russian journal of psychiatry]*. 2011; 1: 15-22. (In Russ)
28. Psikhatriya. Rostovskaya nauchno-pedagogicheskaya shkola v 2 t. Tom II: Uchebnik / Pod red. V.A. Soldatkina [Psychiatry. Rostov Scientific and Pedagogical School in 2 parts. Volume II: Textbook / Ed. V.A. Soldatkin]. Rostov n/D: Profpress, 2018. 668s. (In Russ)
29. Besteher B., Wagner G., Koch K. et al. Pronounced prefronto-temporal cortical thinning in schizophrenia: Neuroanatomical correlate of suicidal behavior? *Schizophrenia Research*. 2016; 176 (2-3): 151-157. doi: 10.1016/j.schres.2016.08.010
30. Rüsç N., Spoletini I., Wilke M. et al. Inferior frontal white matter volume and suicidality in schizophrenia. *Psychiatry research*. 2008; 164 (3): 206-214. doi: 10.1016/j.pscychres.2007.12.011
31. Giakoumatos C.I., Tandon N., Shah J. et al. Are structural brain abnormalities associated with suicidal behavior in patients with psychotic disorders? *Journal of psychiatric research*. 2013; 47 (10): 1389-1395. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.06.011
32. Spoletini I., Piras F., Fagioli S. et al. Suicidal attempts and increased right amygdala volume in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2011; 125 (1): 30-40. doi: 10.1016/j.schres.2010.08.023
33. Jose J., Nandeesh H., Kattimani S. et al. Association between prolactin and thyroid hormones with severity of psychopathology and suicide risk in drug free male schizophrenia. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*. 2015; 444: 78-

80. doi: 10.1016/j.cca.2015.02.003
34. Besnier N., Gavaudan G., Navez A., et al. Clinical features of suicide occurring in schizophrenia (I). Risk-factors identification. *Encephale*. 2009; 35 (2): 176-181. doi: 10.1016/j.encep.2008.02.009 (In French)
 35. Hawton K., Sutton L., Haw C. et al. Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*. 2005; 187 (1): 9-20. doi:10.1192/bjp.187.1.9
 36. Yan F., Xiang Y.T., Hou Y.Z. et al. Suicide attempt and suicidal ideation and their associations with demographic and clinical correlates and quality of life in Chinese schizophrenia patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013; 48 (3): 447-454. doi: 10.1007/s00127-012-0555-0
 37. Kilicaslan E.E., Esen A.T., Kasal M.I. et al. Childhood trauma, depression, and sleep quality and their association with psychotic symptoms and suicidality in schizophrenia. *Psychiatry research*. 2017; 258: 557-564. doi: 10.1016/j.psychres.2017.08.081
 38. Kao Y.C., Liu Y.P., Cheng T.H. et al. Subjective quality of life and suicidal behavior among Taiwanese schizophrenia patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012; 47 (4): 523-532. doi: 10.1007/s00127-011-0361-0
 39. Ishii T., Hashimoto E., Ukai W. et al. Characteristics of attempted suicide by patients with schizophrenia compared with those with mood disorders: a case-controlled study in Northern Japan. *Public Library of Science one*. 2014; 9 (5) doi: 10.1371/journal.pone.0096272
 40. Iancu I., Bodner E., Roitman S. et al. Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients. *Psychopathology*. 2010; 43 (4): 223-229. doi: 10.1159/000313520
 41. Goktekin M.C., Atescelik M., Gurger M. et al. Demographical characteristics of patients attempting suicide and factors having impact on recurrent suicide attempts. *Current Medicine Research and Practice*. 2018; 8 (5): 165-169. <https://doi.org/10.1016/j.cmrp.2018.09.004>
 42. Попов В.Ю., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб: СпецЛит, 2017. 366 с.
 43. Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of psychiatry and neuroscience*. 2005; 30 (6): 398-408.
 44. Baud P. Personality traits as intermediary phenotypes in suicidal behavior: genetic issues. *American journal of medical genetics. Part C, Seminars in medical genetics*. 2005; 133 C (1): 34-42. doi: 10.1002/ajmg.c.30044
 45. Modestin J., Zarro I., Waldvogel D. A study of suicide in schizophrenic in-patients. *British Journal of Psychiatry*. 1992; 160 (3): 398-401. doi:10.1192/bjp.160.3.398
 46. Drake R.E., Gates C., Cotton P.G. et al. Suicide among schizophrenics: Who is at risk? *The Journal of nervous and mental disease*. 1984; 172: 613-618.
 47. Rüsçh N., Corrigan P.W., Heekeren K. et al. Well-being among persons at risk of psychosis: the role of self-labeling, shame, and stigma stress. *Psychiatric services: a journal of the American Psychiatric Association*. 2014; 65 (4): 483-489. doi: 10.1176/appi.ps.201300169
 48. Patelaros E., Zournatzis E., Kontstantakopoulos G. Relationship of insight with depression and suicidal ideation in psychotic disorders. *Psychiatriki*. 2015; 25 (4): 265-72. (In Greek)
 49. Vrbova K., Prasko J., Ociskova M. et al. Insight in schizophrenia – a double-edged sword? *Neuro endocrinology letters*. 2017; 38 (7): 457-464.
 50. Belvederi M. M., Amore M., Calcagno P. et al. The "Insight paradox" in schizophrenia: magnitude, moderators and mediators of the association between insight and depression. *Schizophrenia bulletin*. 2016; 42 (5): 1225-1233. doi: 10.1093/schbul/sbw040
 51. Ouzir M., Azorin J.M., Adida M. et al. Insight in schizophrenia: from conceptualization to neuroscience. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2012; 66 (3): 167-179. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02325. x
 52. Stip E., Caron J., Tousignant M. et al. Suicidal ideation and schizophrenia: contribution of appraisal, stigmatization, and cognition. *Canadian journal of psychiatry*. 2017; 62 (10): 726-734. doi: 10.1177/0706743717715207
 53. Farrelly S., Jeffery D., Rüsçh N. et al. The link between mental
 80. doi: 10.1016/j.cca.2015.02.003
 34. Besnier N., Gavaudan G., Navez A., et al. Clinical features of suicide occurring in schizophrenia (I). Risk-factors identification. *Encephale*. 2009; 35 (2): 176-181. doi: 10.1016/j.encep.2008.02.009 (In French)
 35. Hawton K., Sutton L., Haw C. et al. Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*. 2005; 187 (1): 9-20. doi:10.1192/bjp.187.1.9
 36. Yan F., Xiang Y.T., Hou Y.Z. et al. Suicide attempt and suicidal ideation and their associations with demographic and clinical correlates and quality of life in Chinese schizophrenia patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013; 48 (3): 447-454. doi: 10.1007/s00127-012-0555-0
 37. Kilicaslan E.E., Esen A.T., Kasal M.I. et al. Childhood trauma, depression, and sleep quality and their association with psychotic symptoms and suicidality in schizophrenia. *Psychiatry research*. 2017; 258: 557-564. doi: 10.1016/j.psychres.2017.08.081
 38. Kao Y.C., Liu Y.P., Cheng T.H. et al. Subjective quality of life and suicidal behavior among Taiwanese schizophrenia patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012; 47 (4): 523-532. doi: 10.1007/s00127-011-0361-0
 39. Ishii T., Hashimoto E., Ukai W. et al. Characteristics of attempted suicide by patients with schizophrenia compared with those with mood disorders: a case-controlled study in Northern Japan. *Public Library of Science one*. 2014; 9 (5) doi: 10.1371/journal.pone.0096272
 40. Iancu I., Bodner E., Roitman S. et al. Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients. *Psychopathology*. 2010; 43 (4): 223-229. doi: 10.1159/000313520
 41. Goktekin M.C., Atescelik M., Gurger M. et al. Demographical characteristics of patients attempting suicide and factors having impact on recurrent suicide attempts. *Current Medicine Research and Practice*. 2018; 8 (5): 165-169. <https://doi.org/10.1016/j.cmrp.2018.09.004>
 42. Попов В.Ю., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб: СпецЛит, 2017. 366 с.
 43. Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of psychiatry and neuroscience*. 2005; 30 (6): 398-408.
 44. Baud P. Personality traits as intermediary phenotypes in suicidal behavior: genetic issues. *American journal of medical genetics. Part C, Seminars in medical genetics*. 2005; 133 C (1): 34-42. doi: 10.1002/ajmg.c.30044
 45. Modestin J., Zarro I., Waldvogel D. A study of suicide in schizophrenic in-patients. *British Journal of Psychiatry*. 1992; 160 (3): 398-401. doi:10.1192/bjp.160.3.398
 46. Drake R.E., Gates C., Cotton P.G. et al. Suicide among schizophrenics: Who is at risk? *The Journal of nervous and mental disease*. 1984; 172: 613-618.
 47. Rüsçh N., Corrigan P.W., Heekeren K. et al. Well-being among persons at risk of psychosis: the role of self-labeling, shame, and stigma stress. *Psychiatric services: a journal of the American Psychiatric Association*. 2014; 65 (4): 483-489. doi: 10.1176/appi.ps.201300169
 48. Patelaros E., Zournatzis E., Kontstantakopoulos G. Relationship of insight with depression and suicidal ideation in psychotic disorders. *Psychiatriki*. 2015; 25 (4): 265-72. (In Greek)
 49. Vrbova K., Prasko J., Ociskova M. et al. Insight in schizophrenia – a double-edged sword? *Neuro endocrinology letters*. 2017; 38 (7): 457-464.
 50. Belvederi M. M., Amore M., Calcagno P. et al. The "Insight paradox" in schizophrenia: magnitude, moderators and mediators of the association between insight and depression. *Schizophrenia bulletin*. 2016; 42 (5): 1225-1233. doi: 10.1093/schbul/sbw040
 51. Ouzir M., Azorin J.M., Adida M. et al. Insight in schizophrenia: from conceptualization to neuroscience. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2012; 66 (3): 167-179. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02325. x
 52. Stip E., Caron J., Tousignant M. et al. Suicidal ideation and schizophrenia: contribution of appraisal, stigmatization, and cognition. *Canadian journal of psychiatry*. 2017; 62 (10): 726-734. doi: 10.1177/0706743717715207
 53. Farrelly S., Jeffery D., Rüsçh N. et al. The link between mental

- health-related discrimination and suicidality: service user perspectives. *Psychological medicine*. 2015; 45 (10): 2013-2022. doi: 10.1017/S0033291714003158
54. Pitman A.L., Rantell K., Moran P. et al. Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*. 2017; 7 (5). doi: 10.1136/bmjopen-2016-014487
55. Гаврилова Е.К., Шевченко В.А., Загиев В.В. и соавт. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2006; 4: 10-14.
56. Rafrafi R., Zaghdoudi L., Mahbouli M. et al. Social outcome of schizophrenics in Tunisia: a transversal study of 60 patients. *Encephale*. 2009; 35 (3): 234-240. doi: 10.1016/j.encep.2008.05.001 (In French)
57. Draper B., Krysinska K., Snowdon J. et al. Awareness of suicide risk and communication between health care professionals and next of kin of suicides in the month before suicide. *Suicide and life-threatening behavior*. 2018; 48 (4): 449-458. doi: https://doi.org/10.1111/sltb.12365
58. Mory C., Jungbauer J., Bischof J. et al. Financial burden on spouses of patients suffering from schizophrenia, depression or anxiety disorder. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. 2002; 70(2): 71-77. (In German)
59. Awad A.G., Voruganti L.N. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*. 2008; 26 (2): 149-62.
60. Корман Т.А., Боcharov В.В., Масловский С.Ю. Бремя, которое несут члены семей больных шизофренией («семейное бремя»). *Журнал неврологии и психиатрии*. 2012; 12: 80-85.
61. Krupchanka D., Kruk N., Sartorius N. et al. Experience of stigma in the public life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2017; 52(4): 493-501. doi: https://doi.org/10.1007/s00127-017-1365-1
62. Huang Y.-C., Hsu S.-T., Hung C.-F. et al. Mental health of caregivers of individuals with disabilities: relation to suicidal ideation. *Comprehensive Psychiatry*. 2018; 81: 22-27. doi: https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.11.003
63. Зотов П.Б. Психотерапия при суицидальном поведении: теоретические и клинические предпосылки. *Суицидология*. 2017; 8 (3): 53-61.
64. Ringel E. The Presuicidal Syndrome. *Suicide Life. Threat Behav.* 1976; 6: 131-149.
65. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: «Когито-центр», 2018. 336 с.
66. Образцова А.С. О группе поддержки переживающих суицид близкого. *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (3): 72-74.
67. Pitman A.L., Osborn D.P.J., Rantell K. et al. The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of psychosomatic research*. 2016; 87: 22-29. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.009
68. Kølves K., Zhao Q., Ross V. et al. Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: An analysis of grief reactions six-months after death. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 243 (15): 96-102. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.018
69. Reynders A., Kerkhof A.J.F.M., Molenberghs G. et al. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2014; 49 (2): 231-239. doi: 10.1007/s00127-013-0745-4
70. Fenger-Grøn M., Kjaersgaard M.I.S., Parner E.T. et al. Early treatment with talk therapy or antidepressants in severely bereaved people and risk of suicidal behavior and psychiatric illness: an instrumental variable analysis. *Clinical Epidemiology*. 2018; 10:1013-1026. doi: 10.2147/CLEP.S157996
- health-related discrimination and suicidality: service user perspectives. *Psychological medicine*. 2015; 45 (10): 2013-2022. doi: 10.1017/S0033291714003158
54. Pitman A.L., Rantell K., Moran P. et al. Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*. 2017; 7 (5). doi: 10.1136/bmjopen-2016-014487
55. Gavrilova E.K., Shevchenko V.A., Zagiev V.V. i soavt. Kliniko-sotsial'nye kharakteristiki bol'nykh shizofreniei i rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra i zadachi po ikh psikhosotsial'noj terapii i reabilitatsii [Clinical and social characteristics of patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders and tasks for their psychosocial therapy and rehabilitation]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2006; 4: 10-14. (In Russ)
56. Rafrafi R., Zaghdoudi L., Mahbouli M. et al. Social outcome of schizophrenics in Tunisia: a transversal study of 60 patients. *Encephale*. 2009; 35 (3): 234-240. doi: 10.1016/j.encep.2008.05.001 (In French)
57. Draper B., Krysinska K., Snowdon J. et al. Awareness of suicide risk and communication between health care professionals and next of kin of suicides in the month before suicide. *Suicide and life-threatening behavior*. 2018; 48 (4): 449-458. doi: https://doi.org/10.1111/sltb.12365
58. Mory C., Jungbauer J., Bischof J. et al. Financial burden on spouses of patients suffering from schizophrenia, depression or anxiety disorder. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. 2002; 70(2): 71-77. (In German)
59. Awad A.G., Voruganti L.N. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*. 2008; 26 (2): 149-62.
60. Korman T.A., Bocharov V.V., Maslovskij S.Yu. Bremya, kotoroe nesut chleny semej bol'nykh shizofreniej («semejnoe bremya») [The burden borne by family members of schizophrenic patients ("family burden")]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii* [Journal of neurology and psychiatry]. 2012; 12: 80-85. (In Russ)
61. Krupchanka D., Kruk N., Sartorius N. et al. Experience of stigma in the public life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2017; 52(4): 493-501. doi: https://doi.org/10.1007/s00127-017-1365-1
62. Huang Y.-C., Hsu S.-T., Hung C.-F. et al. Mental health of caregivers of individuals with disabilities: relation to suicidal ideation. *Comprehensive Psychiatry*. 2018; 81: 22-27. doi: https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.11.003
63. Zotov P.B. Psychotherapy of suicidal behavior: theoretical and clinical premises. *Suicidology*. 2017; 8 (3): 53-61. (In Russ)
64. Ringel E. The Presuicidal Syndrome. *Suicide Life. Threat Behav.* 1976; 6: 131-149.
65. Starshenbaum G.V. Suitsidologiya i krizisnaya psikhoterapiya [Suicidology and crisis psychotherapy]. М.: «Kogito-tsentr», 2018. 336 s. (In Russ)
66. Obratsova A.S. About support group for the people enduring a suicide of close: experience of creation, complexity and advantage. *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (3): 72-74.
67. Pitman A.L., Osborn D.P.J., Rantell K. et al. The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of psychosomatic research*. 2016; 87: 22-29. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.009
68. Kølves K., Zhao Q., Ross V. et al. Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: An analysis of grief reactions six-months after death. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 243 (15): 96-102. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.018
69. Reynders A., Kerkhof A.J.F.M., Molenberghs G. et al. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2014; 49 (2): 231-239. doi: 10.1007/s00127-013-0745-4
70. Fenger-Grøn M., Kjaersgaard M.I.S., Parner E.T. et al. Early treatment with talk therapy or antidepressants in severely bereaved people and risk of suicidal behavior and psychiatric illness: an instrumental variable analysis. *Clinical Epidemiology*. 2018; 10:1013-1026. doi: 10.2147/CLEP.S157996

71. Feigelman W., Cerel J., Sanford R. Disclosure in traumatic deaths as correlates of differential mental health outcomes. *Death Studies*. 2018; 42: 456-462. doi: 10.1080/07481187.2017.1372533
72. Бородин С.В., Михлин А.С. Мотивы и причины самоубийств. *Актуальные проблемы суицидологии*. М., 1978: 28-43.
73. Касимова Л.Н., Втюрина М.В., Святогор М.В. Оценка факторов суицидального риска у больных шизофренией. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014; 24 (1): 10-13.
74. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2012; 27 (2): 129-141. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003
75. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Петров И.М., Жмуров В.А., Шнейдер В.Э., Безнососов Е.В., Севастьянов А.А. Регистрация и учёт суицидального поведения. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 104-110.
71. Feigelman W., Cerel J., Sanford R. Disclosure in traumatic deaths as correlates of differential mental health outcomes. *Death Studies*. 2018; 42: 456-462. doi: 10.1080/07481187.2017.1372533
72. Borodin S.V., Mikhlin A.S. Motivy i prichiny samoubijstv [The motives and causes of suicide]. *Aktual'nye problemy suitsidologii [Actual problems of suicide]*. M., 1978: 28-43. (In Russ)
73. Kasimova L.N., Vtyurina M.V., Svyatogor M.V. Otsenka faktorov suitsidal'nogo riska u bol'nykh shizofreniej [Assessment of suicidal risk factors in patients with schizophrenia]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya [Social and clinical psychiatry]*. 2014; 24 (1): 10-13. (In Russ)
74. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2012; 27 (2): 129-141. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003
75. Zotov P.B., Rodyashin E.V., Petrov I.M., Zhmurov V.A., Shneider V.E., Beznosov E.V., Sevastianov A.A. Registration and account of suicidal behavior. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 104-110. (In Russ)

THE PROBLEM OF SUICIDE IN SCHIZOPHRENIA: THE FAMILY OF THE PATIENT IS IN FOCUS (LITERATURE REVIEW)

O.Ya. Simak

The Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; amey88@mail.ru

Abstract:

The article contains current data on suicidal risk in schizophrenia using the theory of biopsychosocial approach. Methods: Studies were obtained by searching in electronic databases: Pub Med, Scopus, Wiley Online Library, e-LIBRARY. Results. During the lifetime, 44.3% of patients with schizophrenia had at least one suicide attempt. About 4.9% of patients with schizophrenia commit suicide during their lifetime, most of the fatal cases occur in the first years of the disease. Genetic factors account for 43% of suicidal behavior, the remaining 57% are environmental factors. According to 2005 data, the suicide risk factors among patient diagnosed with schizophrenia included: previous depressive disorders (Odds ratio (OR)=3.03, 95% Confidence Interval (CI) 2.06-4.46), previous suicide attempts (OR=4.09; 95%; CI 2.79-6.01), drug misuse (OR=3.21; 95%; CI 1.99-5.17), agitation or motor restlessness (OR=2.61; 95%; CI 1.54-4.41), fear of mental disintegration (OR=12.1; 95%; CI 1.89-81.3), poor adherence to treatment (OR=3.75; 95%; CI 2.20-6.37) and recent loss (OR=4.03; 95%; CI 1.37-11.8). In the last 10 years, there has been growing interest in research regarding awareness of the disease, stigmatization, quality of life of patients with schizophrenia and the risk of suicide. The regression analysis showed that insight of the disease in schizophrenia explains 47.4% of the variance of depression and 32.2% of the variance of suicidal ideation. The experience of discrimination in people with schizophrenia and affective disorders led 38% of patients to suicidal feelings, and 20% reported that this contributed to their suicide attempts. Studies show: up to 44.7% of patients had their own families, up to 27% of patients were married at the time of suicide. The family itself could be viewed both as a pro-suicide risk, and as an anti-suicidal factor. The next-of-kin had much more information about the signs of suicide than the health care professionals: 90.5% versus 44.6%. People bereaved by suicide (n=614) had higher stigma scores than people bereaved by sudden natural death (n=2106; adjusted coefficient =2.52; 95%; CI=2.13-2.90; p<0.001) and people bereaved by sudden unnatural death (n=712; adjusted coefficient =1.69; 95%; CI=1.25-2.13; p<0.001). Conclusions. In order to reduce the risk of suicide in patients with schizophrenia, it is important to provide patients, their families and friends with psychological and psychotherapeutic support. Reduction of stigmatization and continuity of care are important factors in prevention of suicide in schizophrenia.

Keywords: suicide, schizophrenia, family, biopsychosocial approach, risk factors

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Симак О.Я. Проблема суицида при шизофрении: в фокусе внимания семья больного (обзор литературы). *Суицидология*. 2018; 9 (4): 17-28. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-17-28

For citation: Simak O.Ya. The problem of suicide in schizophrenia: the family of the patient is in focus (literature review). *Suicidology*. 2018; 9 (4): 17-28. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-17-28