

СВЯЗЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И БЕЗНАДЕЖНОСТИ С АКАТИЗИЕЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.Г. Корнетова, А.А. Гончарова, А.Н. Корнетов, А.А. Давыдов, В.В. Дубровская, А.В. Семке, Н.А. Бохан

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»
НИИ психического здоровья, г. Томск, Россия
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия

Контактная информация:

Корнетова Елена Георгиевна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 6490-8758; Researcher ID: R-6811-2016; ORCID iD: 0000-0002-5179-9727). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения эндогенных расстройств Научно-исследовательского института психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, консультант психиатр клиники ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. НИИ психического здоровья. Телефон: (3822) 72-43-79, электронный адрес: kornetova@sibmail.com

Гончарова Анастасия Александровна (SPIN-код: 7137-5705; Researcher ID: H-2679-2018; ORCID iD: 0000-0001-5260-5245). Место работы и должность: аспирант отделения эндогенных расстройств Научно-исследовательского института психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. НИИ психического здоровья. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: goncharanastasya@gmail.com

Корнетов Александр Николаевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4779-3620; Researcher ID: J-9919-2015; ORCID iD: 0000-0002-2342-7504). Место работы и должность: заведующий кафедрой фундаментальной психологии и поведенческой медицины ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Телефон: (3822) 90-11-01, доб. 1812. Электронный адрес: kornetov@mail.tomsknet.ru

Давыдов Артём Александрович (SPIN-код: 7806-0003; Researcher ID: M-6450-2018; ORCID iD: 0000-0001-7663-3961). Место работы и должность: ассистент кафедры фундаментальной психологии и поведенческой медицины ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Телефон: (3822) 90-11-01, доб. 1812. Электронный адрес: kaf.del.st.lab@mail.ru

Дубровская Виктория Владимировна (SPIN-код: 9945-1760, Researcher ID: S-4555-2016, ORCID iD: 0000-0002-1001-5869). Место работы и должность: младший научный сотрудник отделения эндогенных расстройств Научно-исследовательского института психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. НИИ психического здоровья. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: vika.dubrovskaya.vd@gmail.com

Семке Аркадий Валентинович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5623-2895; Researcher ID: B-1714-2016; ORCID iD: 0000-0002-8698-0251). Место работы и должность: заместитель директора по научной и лечебной работе Научно-исследовательского института психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук. Профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. НИИ психического здоровья. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: asemke@mail.ru

Бохан Николай Александрович – академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Место работы и должность: руководитель отделения аддиктивных состояний, директор Научно-исследовательского института психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук. Заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. НИИ психического здоровья. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: bna909@gmail.com

Высокий риск суицидального поведения у больных шизофренией обусловлен не только проявлениями самого расстройства, сопутствующей депрессией, но и рядом неблагоприятных эффектов антипсихотической терапии. Цель исследования: Выявление связи между парасуицидами в анамнезе, безнадёжностью, акатизией и ключевыми клинико-динамическими показателями у больных шизофренией. Материалы. Обследован 71 пациент с шизофренией с помощью шкал оценки акатизии Барнса, безнадёжности Бека, PANSS и SASS. Результаты. Распространенность парасуицидов в анамнезе составила 36,6%. Установлено, что у лиц с более ранним началом шизофрении достоверно чаще происходят парасуициды ($p=0,0056$). Аналогичные результаты получены в зависимости от наличия или отсутствия акатизии ($p=0,022$). Не выявлено связей безнадёжности и парасуицидов в анамнезе с акатизией. Выводы. Полученные данные говорят о большем вкладе в генез суицидального поведения у больных шизофренией клинико-динамических показателей по сравнению с ятрогенными.

Ключевые слова: шизофрения, акатизия, парасуицид, безнадёжность, адаптация

Распространённость суицидального поведения среди больных шизофренией может достигать 50%, причём предыдущие попытки повышают риск самоубийства [1-2]. Среди всех причин летальных исходов у этих пациентов случаи добровольного ухода из жизни составляют 6% [3]. Известны несколько подходов к описанию суицидального поведения при шизофрении. Так, Р.М. Логутенко [4] выделил три типа суицидального поведения у пациентов с этим расстройством. Первый тип он связывает с появлением критики к перенесённым психотическим переживаниям, что наблюдается чаще после двух госпитализаций и сопровождается реактивными переживаниями. Второй тип обусловлен появлением своеобразного мировосприятия и изменениями личности. Третий тип связан с формированием поведенческих нарушений. Л.Н. Касимова и др. [5] также выделили ряд суицидогенных и антисуицидальных признаков у больных шизофренией. В частности, мужской пол, одиночество, нарастание социальной изоляции и наличие позитивной симптоматики, депрессивного аффекта и предшествующие суицидальные попытки, являются суицидогенными признаками, а наследственная отягощённость, аддиктивное поведение выступают факторами, сопряжёнными с высоким риском суицида. В то же время, наличие семьи и социальной поддержки, стремление к выживанию выступают в качестве защитных агентов. Следует отметить, что авторами рассмотрены в основном клинко-динамические и социальные аспекты проблемы формирования суицидального поведения при шизофрении и не учитывается многообразие ятрогенных факторов, включая нежелательные явления в процессе антипсихотической терапии.

Наиболее высокий риск суицидального поведения у больных шизофренией отмечается в начале заболевания [6], хотя и продолжает иметь место в последующие годы болезни. Определённую роль вносят: депрессия, безнадёжность и сниженная приверженность к лечению [7-8], злоупотребление психоактивными веществами [9]. При этом особое значение в возникновении суицидального поведения у этих пациентов придаётся наличию дистресса, вызванного нежелательными явлениями антипсихотической терапии [10]. К примеру, установлено, что увеличение риска появления всех звеньев суицидального поведения у больных шизофренией связано с развитием лекарственно-индуцированных экстрапирамидных расстройств, а именно акатизии [11]. Также более

частое возникновение суицидальных мыслей и увеличение риска суицидальных попыток могут быть обусловлены чувствами безысходности и безнадёжности, развившихся в виде реакции на длительность, интенсивность и стойкость побочных эффектов антипсихотической терапии [12]. В отношении принимаемого базисного лечения и распространённости суицидального поведения была доказана эффективность атипичных антипсихотиков. Так, приём клозапина сопряжён с более низким риском самоубийства [13].

С учётом сказанного, оценка суицидального риска при шизофрении является важнейшей задачей клинической психиатрии. Применение стандартизированных психометрических инструментов позволяет объективизировать такой риск и проводить динамическую оценку на протяжении всего периода наблюдения. В частности, шкала безнадёжности Бека показала свою чувствительность и специфичность в плане выявления суицидального риска у больных шизофренией у 211 пациентов, которые были обследованы с помощью двух вариаций шкалы: полномасштабной 20-позиционной и сокращённой 4-позиционной версий [14], что подтвердилось диагностикой с помощью пунктов модуля Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) Suicidality [15]. В современной литературе также представлены данные, связывающие увеличение уровня безнадёжности и повышения суицидальной настроенности у больных шизофренией [16].

Целью исследования являлось выявление связи между парасуицидами в анамнезе, безнадёжностью, акатизией и ключевыми клинко-динамическими показателями у больных шизофренией.

Материалы и методы.

В исследовании приняли участие пациенты с установленным диагнозом шизофрении (в соответствии с критериями МКБ-10, рубрики F20), способные дать письменное информированное согласие. Критерием невключения являлось наличие тяжелой соматической патологии. При проведении исследования были соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации. Исследование было одобрено локальным независимым этическим комитетом НИИ психического здоровья (протокол этического комитета НИИ психического здоровья Томского НИМЦ № 103 от 23 октября 2017 г., дело № 103/1.2017).

Было проведено обследование пациентов, поступивших на стационарное лечение в 2017

г., на базе второго клинического психиатрического отделения НИИ психического здоровья Томского НИМЦ и ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница». Набор пациентов осуществлялся сплошным методом. Был обследован 71 пациент с установленным диагнозом шизофрении, из них 37 (52,1%) мужчин и 34 (47,9%) женщины, получавшие базисную антипсихотическую терапию на момент включения в исследование, в возрасте $35,7 \pm 11,5$ лет, с длительностью заболевания $9,7 \pm 8,8$ года. Клинические данные формализованы согласно «Базисной карте формализованных социально-демографических и клинико-динамических признаков для больных шизофренией» [17].

На основании полученных анамнестических сведений и медицинской документации пациенты были разделены на две группы: с парасуицидом в анамнезе – 26 пациентов (36,6%) и без такового – 45 (63,4%). В первой группе средний возраст составил $32,9 \pm 12,1$, во второй – $37,4 \pm 10,9$ ($p=0,052$). Мужчин в группе с парасуицидами в анамнезе оказалось 16 (61,5%), женщин – 10 (38,5%); в группе без суицидального поведения мужчин было – 21 (46,7%), женщин – 24 (53,3%). Несмотря на то, что в одном из последних мета-анализов, посвящённых проблеме суицидального поведения у больных шизофренией, было обнаружено увеличение суицидального риска у мужчин [16], в исследуемых группах статистических различий по полу не выявлено ($p=0,159$). В обеих группах незначительно преобладали лица, имеющие инвалидность по основному заболеванию – 16 (61,5%) и 24 (53,3%) соответственно, со средним уровнем образования: в группе с парасуицидом – 15 (57,7%) и те, кто не совершали – 33 (73,3%). По данным характеристикам группы не имели достоверных статистических различий (фэмп=0,674; $p>0,05$ и фэмп=0,344; $p>0,05$ соответственно).

Наличие суицидального риска было оценено с использованием шкалы безнадёжности Бека (BHI) [18]. Уровень субъективной оценки качества жизни и социального функционирования, был оценён с использованием шкалы самооценки социальной адаптации (SSAS) [19]. Для объективизации оценки психического состояния пациентов была использована шкала PANSS «Шкалы позитивных и негативных синдромов» [20].

Диагностику акатизии проводили с использованием шкалы оценки акатизии Барнса (BAS) [21], значение последнего пункта шкалы использовалось для разделения пациентов по

наличию или отсутствию акатизии. Таким образом, её распространённость в изучаемой выборке составила 38,1% ($n=27$), что не противоречит другим подобным исследованиям [22].

Средний возраст лиц с акатизией составил $32,7 \pm 10,1$ года. В отношении распределения по полу среди больных шизофренией с акатизией преобладали мужчины – 17 (63,0%), по сравнению с женщинами 10 (37,0%). Большинство имели инвалидность по основному заболеванию – 18 (66,7%), и средний уровень образования – 18 (66,7%). Конвенциональный нейролептик получали 11 больных (40,7%), атипичные антипсихотики – 16 (59,3%).

Статистический анализ выполнен с использованием пакета программ Statistica for Windows (V.7.0). Статистическую значимость различий между группами определяли по U-критерию Манна-Уитни (для двух независимых выборок). Для оценки частот в двух анализируемых группах использован критерий χ^2 Пирсона, в том числе с учётом поправки Йейтса. Для сравнения малых выборок был использован точный критерий Фишера. Уровень достоверности соответствовал $p<0,05$.

Результаты и обсуждение.

Ретроспективно мы изучили развитие суицидального поведения в исследуемой выборке. На начальных стадиях заболевания пациенты переживали значимый для себя эмоциональный стресс, и аутоагрессивные тенденции у них имели психологически выводимый характер. Некоторые из таких больных попадали в поле зрения психиатров именно после парасуицида. У ряда пациентов были значительно выражены поведенческие нарушения, отмечались неадекватные ситуации поступки, brutальные выходы и негативизм по отношению к окружающим. По мере развития болезни триггером суицидального поведения чаще выступали эмоционально-волевые и когнитивные нарушения, отмечались парасуициды на фоне аутистических бредоподобных фантазий и галлюцинаторно-бредовой симптоматики. Наиболее потенциально опасные аутоагрессивные действия были вызваны переживанием чувства «шизофренической катастрофы». Такие пациенты совершали попытки падения под транспорт или падения с высоты, самопорезы, самоповешения. Состояние большинства пациентов этой группы, согласно ретроспективному анализу, наряду с основной шизофренической симптоматикой включало в себя депрессивные проявления. Кроме того, среди таких лиц чаще отмечались повторные суицидальные действия.

Различий по полу у лиц с акатизией в зависимости от наличия или отсутствия суицидального поведения в анамнезе установлено не было (табл. 1).

Таблица 1

Распределение по полу у пациентов с акатизией в исследуемых группах

Парасуицид в анамнезе n=10 (37,1%)	Не совершали n=17 (62,9%)	P
М, n=8 (80,0%)	М n=9 (53,0%)	0,160
Ж, n=2 (20,0%)	Ж n=8 (47,0%)	

Как представлено в других исследованиях [23-24], наличие аддиктивного поведения – курение, потребление алкоголя и других психоактивных веществ довольно часто встречается среди больных шизофренией, чему есть ряд причин, и ряд теорий, дающих объяснение данному феномену [25]. Несмотря на то, что ранее установлена взаимосвязь увеличения распространённости суицидального поведения не только с потреблением алкоголя, но и рядом других психоактивных веществ [26], в настоящем исследовании не было обнаружено значимых различий по наличию алкогольной зависимости ($p=0,242$) и табакокурению ($p=0,898$) (табл. 2). О неоднозначности связи курения с риском суицидального поведения при шизофрении указывали R. Schennach-Wolffet и соавт. [27]. В отношении потребления алкоголя и табакокурения у пациентов акатизией не было установлено статистически значимых различий ($p=0,964$ и $p=0,636$) в зависимости от суицидального поведения.

Известно, что возраст манифестации и длительность заболевания являются важными прогностическими факторами течения шизофрении в целом [28]. Нами предпринята по-

пытка связать их с риском суицидального поведения. В результате были установлены значимые различия ($p=0,0056$) по возрасту манифестации (табл. 3). Хотя, имеются данные, что не только молодой возраст, но и небольшая длительность заболевания являются предикторами повышенного риска суицидального поведения [29], установить различия в двух группах в связи с длительностью заболевания нам не удалось ($p=0,256$).

Данные параметры также были оценены в группе пациентов с акатизией и без. В отношении возраста манифестации были получены различия у больных с акатизией и без акатизии с учётом парасуицида в анамнезе ($p=0,022$). Так, лица с акатизией и парасуицидом, имели более молодой возраст ($20,9\pm 5,6$ лет), по сравнению с пациентами, не совершившими попытки суицида ($27,8\pm 6,9$ лет), что, вероятно, может быть связано с выраженной аффективной насыщенностью в первые годы заболевания, и также непосредственными тягостными переживаниями, связанными с наличием побочных действий от принимаемой терапии, что, возможно, в совокупности приводит к нарастанию самостигматизации, социальному дрейфу и, как следствию – к аутоагрессивным тенденциям.

Основные показатели психического состояния по PANSS представлены в таблице 4. Как следует из полученных результатов не было выявлено различий у пациентов парасуицидами и без, хотя есть данные о связи увеличения риска суицидального поведения и нарастания как позитивной, так и негативной симптоматики [16]. Можно утверждать, что в выборку для настоящего исследования с учётом сплошного метода включались в основном лица без активных антивитальных переживаний.

Таблица 2

Аддиктивное поведение у пациентов с шизофренией в исследуемых группах

Показатели	Парасуицид в анамнезе n=26 (36,6%)	Не совершали n=45 (63,4%)	P
Алкогольная зависимость	Да, n=9 (34,6%)	Да, n=22 (48,9%)	0,242
	Нет, n=17 (65,4%)	Нет, n=23 (51,1%)	
Курение	Да, n=16 (61,5%)	Да, n=27 (60,0%)	0,898
	Нет, n=10 (38,5%)	Нет, n=18 (40,0%)	

Таблица 3

Клинико-динамические показатели у пациентов с шизофренией в исследуемых группах

Показатели	Парасуицид в анамнезе n=26 (36,6%)	Не совершали n=45 (63,4%)	P
Возраст манифестации	22,1±5,6	28,1±9,6	0,0056
Длительность заболевания	10,9±8,9	9,1±8,8	0,256

Таблица 4

Показатели шкалы PANSS у пациентов с шизофренией в исследуемых группах

Шкала PANSS	Группа	N	Min	Max	Me	M	m	P
Позитивные симптомы	С парасуицидом	26	19	38	25	25,2	4,1	0,966
	Не совершали	45	18	33	25	24,8	3,4	
Негативные симптомы	С парасуицидом	26	16	36	21,5	22,3	4,1	0,427
	Не совершали	45	17	36	22	23,1	4,0	
Общесихопатологические симптомы	С парасуицидом	26	38	70	51	52,3	6,6	0,530
	Не совершали	45	43	69	53	53,0	4,8	
Общий показатель	С парасуицидом	26	77	131	99	99,8	11,1	0,481
	Не совершали	45	87	132	102	101,2	9,3	

Также данные показатели были оценены у группы пациентов с акатизией, при этом значимых различий установлено не было.

Некоторые исследования, посвящённые проблеме суицидального риска у больных шизофренией, свидетельствуют о том, что приём атипичных антипсихотиков, сопряжён с более низким уровнем суицидального поведения, по сравнению с конвенциональными нейролептиками [30, 31]. Можно предположить, что данные выводы связаны, в том числе, с мнением о лучшей переносимости и меньшей выраженности побочных эффектов, включая экстрапирамидные расстройства при приёме препаратов второй генерации, однако существует и обратная точка зрения [32].

Несмотря на то, что в литературе представлены данные о повышении риска суицидального поведения у больных шизофренией с акатизией, которая способна актуализировать суицидальные мысли как неадаптивный способ совладания с тягостными субъективными переживаниями моторного беспокойства и усиливать дисфорические реакции [11, 33], нам не удалось установить значимых различий (табл. 5).

Таблица 5

Распространённость акатизии в исследуемых группах

Показатель	Парасуицид в анамнезе n=26 (36,6%)		Не совершали n=45 (63,4%)		P
	n	%	n	%	
С акатизией	10	37,0	17	63,0	0,954
Без акатизии	16	36,4	28	63,6	

К появлению суицидальных мыслей и намерений у больных шизофренией в 50% слу-

чаев приводят сниженное настроение, апатия и подавленность [34]. Поэтому представляется важной оценка такого параметра как выраженность негативного отношения к собственному будущему, что может приводить к суицидальной настроенности и являться индикатором суицидальных мыслей, и, возможно, намерений. Для этого нами проанализированы показатели шкалы безнадёжности Бека у больных шизофренией во взаимосвязи с парасуицидами в анамнезе, в особенности у пациентов с акатизией.

Результаты, полученные по шкале безнадёжности Бека, в двух группах оказались близкими друг к другу. У пациентов с парасуицидом в анамнезе – $6,4 \pm 4,3$, у лиц, не совершавших суицидальные попытки – $5,7 \pm 2,9$. Статистически значимых различий не установлено ($p=0,698$). В целом это характеризует две группы как имеющие лёгкий уровень безнадёжности.

Уровень баллов по шкале безнадёжности Бека у пациентов с акатизией составил $6,2 \pm 3,0$. У больных шизофренией с акатизией и парасуицидом в анамнезе показатели уровня безнадёжности – $6,7 \pm 3,3$, в группе, не совершавших парасуициды – $5,9 \pm 2,9$ ($p=0,451$), что также демонстрирует в обеих группах наличие лёгкой степени выраженности негативной оценки своего будущего.

Уровень баллов по шкале безнадёжности Бека у пациентов без акатизии ($5,8 \pm 3,7$), статистически не отличался ($p=0,368$) от пациентов с акатизией ($6,2 \pm 3,0$). В целом уровень негативного восприятия собственного будущего в двух группах характеризуется легкой безнадёжностью. Вероятно, полученный результат можно объяснить тем, что постоянное или перио-

дическое чувство внутреннего двигательного беспокойства лишь ухудшает состояние пациента, но не оказывает значимого влияния на уровень его адаптационных возможностей и выраженное негативное отношение к собственному будущему.

Показатели уровня социальной адаптации у больных шизофренией состоят из субъективной оценки качества и удовлетворённости сферами жизнедеятельности. Наличие суицидальных попыток в анамнезе у больных шизофренией традиционно рассматривается как один из критериев низкой социальной адаптации больных [35]. У пациентов с парасуицидами в анамнезе в исследуемой выборке средний суммарный показатель SASS был $35,0 \pm 7,7$. И, как бы парадоксально это не характеризовало данную группу пациентов, но они имели высокую субъективную оценку качества жизни и, следовательно, имели нормальную социальную адаптацию, также как и пациенты, не имеющие в прошлом суицидальных попыток – $37,3 \pm 7,0$. Статистические различия по этому показателю между группами отсутствовали ($p=0,290$).

У пациентов с акатизией выявлены хорошая социальная адаптация и высокий уровень социального функционирования. При этом в зависимости от наличия ($34,5 \pm 5,6$) или отсутствия суицидального поведения ($37,1 \pm 6,2$) в анамнезе показатели статистически не различались ($p=0,303$). Средний суммарный уровень баллов по SASS составил $36,1 \pm 6,0$.

Обобщая полученные результаты, следует подчеркнуть, что распространённость суицидального поведения среди больных шизофренией остаётся достаточно высокой, выявление и поиск факторов риска, связанных с формированием суицидальных тенденций, наряду с разработкой технологий профилактики, является приоритетным, особенно в случае неблагоприятных эффектов антипсихотической терапии, в частности, акатизии, усугубляющих состояние пациентов. Решение данной пробле-

мы требует постоянного динамического наблюдения больных, разработки лечебно-реабилитационных подходов, направленных на повышение их адаптационных возможностей и своевременную коррекцию нежелательных побочных действий проводимой терапии. Применение шкалы безнадежности Бека у больных шизофренией с целью выявления суицидального риска в рутинной психиатрической практике как валидного и экономичного инструмента, имеющего значения нормы, позволит объективизировать суицидальный риск у данной категории пациентов.

Выводы.

Распространённость суицидального поведения в анамнезе среди больных шизофренией в исследованной выборке составила 36,6%, однако установить связь между парасуицидами в прошлом, безнадежностью и акатизией на момент обследования не удалось. Было выявлено влияние более раннего возраста манифестации заболевания на суицидальное поведение у пациентов с шизофренией, включая лиц с акатизией. В отношении формирования тенденций к негативному представлению о собственном будущем и наличии суицидальных попыток в анамнезе не было получено достоверных различий. В целом, сниженный уровень социального функционирования у пациентов с суицидальным поведением говорит о низких адаптационных возможностях, но не различим с группой пациентов, не предпринимавших попытки к самоубийству. Полученные данные говорят о большем вкладе в генез суицидального поведения у больных шизофренией клинико-динамических показателей по сравнению с ятрогенными. Вместе с тем, необходимы дальнейшие исследования на других выборках, в частности, на более дискретных с оценкой влияния отдельных антипсихотических препаратов, а также при других нежелательных явлениях.

Литература:

1. Лутова Н.Б. Суицидальные тенденции и комплаентность больных эндогенными расстройствами. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (3): 8-10.
2. Meltzer H.Y. Treatment of suicidality in schizophrenia. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001; 932: 44-58.
3. Nordentoft M., Mortensen P.B., Pedersen C.B. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 68 (10): 1058-64.
4. Логутенко Р.М. Клинические особенности галлюцинаторно-параноидного синдрома и аутоагрессии на фоне религиозных бредовых идей при параноидной шизофрении. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 9 (3): 59-61.

References:

1. Lutova N.B. Suicidal tendencies and compliance of patients with endogenous disorders. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 15 (3): 8-10. (In Russ)
2. Meltzer H.Y. Treatment of suicidality in schizophrenia. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001; 932: 44-58.
3. Nordentoft M., Mortensen P.B., Pedersen C.B. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 68 (10): 1058-64.
4. Logutenko R.M. Clinical features of hallucinatory paranoid syndrome and autoaggression against the background of religious delusional ideas in paranoid schizophrenia. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (3): 59-61. (In Russ)

5. Касимова Л.Н., Втюрина М. В., Святогор М.В. Оценка факторов суицидального риска у больных шизофренией. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014; 24 (1): 10-3.
5. Kasimova L.N., Vtjurina M.V., Svjatogor M.V. Ocenka faktorov suicidal'nogo riska u bol'nyh shizofreniej [Assessment of suicide risk factors in patients with schizophrenia]. *Social'naja i klinicheskaja psixiatrija [Social and clinical psychiatry]*. 2014. Vol. 24, № 1. P. 10-3. (In Russ)
6. Pompili M., Serafini G., Innamorati M., et al. Suicide risk in first episode psychosis: a selective review of the current literature. *Schizophrenia Research*. 2011; 129 (1): 1-11.
6. Pompili M., Serafini G., Innamorati M., et al. Suicide risk in first episode psychosis: a selective review of the current literature. *Schizophrenia Research*. 2011; 129 (1): 1-11.
7. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: эпидемиология и факторы риска. *Суицидология*. 2013; 4 (1): 15-28.
7. Lyubov E.B., Tsuprun V.M. Suicide and schizophrenia: rates and risk factors. *Suicodology*. 2013; 4 (1): 15-28. (In Russ)
8. Reutfors J., Brandt L., Ekblom A., et al. Suicide and hospitalization for mental disorders in Sweden: a population-based case-control study. *Schizophrenia Research*. 2010; 44 (12): 741-7.
8. Reutfors J., Brandt L., Ekblom A., et al. Suicide and hospitalization for mental disorders in Sweden: a population-based case-control study. *Schizophrenia Research*. 2010; 44 (12): 741-7.
9. Tandon R., Fleischhacker W.W. Comparative efficacy of antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a critical assessment. *Schizophrenia Research*. 2005; 79 (2-3): 145-55.
9. Tandon R., Fleischhacker W.W. Comparative efficacy of antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a critical assessment. *Schizophrenia Research*. 2005; 79 (2-3): 145-55.
10. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике. *Суицидология*. 2013; 4 (3): 3-16.
10. Lyubov E.B., Tsuprun V.E. Suicidal behaviour and schizophrenia: promising preventative and curative biopsychosocial interventions. *Suicodology*. 2013; 4 (3): 3-16. (In Russ)
11. Seemüller F., Lewitzka U., Bauer M. et al. The relationship of Akathisia with treatment emergent suicidality among patients with first-episode schizophrenia treated with haloperidol or risperidone. *Pharmacopsychiatry*. 2012; 45 (7): 292-6.
11. Seemüller F., Lewitzka U., Bauer M. et al. The relationship of Akathisia with treatment emergent suicidality among patients with first-episode schizophrenia treated with haloperidol or risperidone. *Pharmacopsychiatry*. 2012; 45 (7): 292-6.
12. Togay B., Noyan H. et al. Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode. *Schizophrenia Research*. 2015; 229 (1-2): 252-6.
12. Togay B., Noyan H. et al. Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode. *Schizophrenia Research*. 2015; 229 (1-2): 252-6.
13. Strom B.L., Eng S.M., Faich G., et al. Comparative mortality associated with ziprasidone and olanzapine in real-world use among 18 154 patients with schizophrenia: the Ziprasidone Observational Study of Cardiac Outcomes (ZODIAC). *The American Journal of Psychiatry*. 2011; 168 (2): 193-201.
13. Strom B.L., Eng S.M., Faich G., et al. Comparative mortality associated with ziprasidone and olanzapine in real-world use among 18 154 patients with schizophrenia: the Ziprasidone Observational Study of Cardiac Outcomes (ZODIAC). *The American Journal of Psychiatry*. 2011; 168 (2): 193-201.
14. Aloba O., Esan O., Alimi T. Adaptation of the Beck Hopelessness Scale as a suicide risk screening tool among Nigerian patients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2017; 22 (1): 19-24.
14. Aloba O., Esan O., Alimi T. Adaptation of the Beck Hopelessness Scale as a suicide risk screening tool among Nigerian patients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2017; 22 (1): 19-24.
15. Sheehan D.V., Lecruibier Y., Harnett-Sheehan K. The mini international neuropsychiatric interview. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1998; 59: 22-3.
15. Sheehan D.V., Lecruibier Y., Harnett-Sheehan K. The mini international neuropsychiatric interview. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1998; 59: 22-3.
16. Cassidy R.M., Yang F., et al. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2017; 44 (4): 787-97.
16. Cassidy R.M., Yang F., et al. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2017; 44 (4): 787-97.
17. Корнетова Е.Г. Шизофрения с преобладанием негативных нарушений: клинико-конституциональные закономерности, адаптация, терапия: дис. ... докт. мед. наук. Томск, 2016. 447 с.
17. Kornetova E.G. Schizophrenia with predominance of negative disorders: clinical-constitutional patterns, adaptation, therapy. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis. Tomsk, 2016, 447 p. (In Russ)
18. Beck A. T., Weissman A., et al. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1974; 42 (6): 861-5.
18. Beck A. T., Weissman A., et al. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1974; 42 (6): 861-5.
19. Bosc M., Dubini A., Polin V. The Social Adaptation Self-Evaluation Scal (SASS). *European Neuropsychopharmacology*. 1997; 7 (1): 57-70.
19. Bosc M., Dubini A., Polin V. The Social Adaptation Self-Evaluation Scal (SASS). *European Neuropsychopharmacology*. 1997; 7 (1): 57-70.
20. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987; 13 (2): 261-76.
20. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987; 13 (2): 261-76.
21. Barnes T. R. A rating scale for drug-induced akathisia. *The British Journal of Psychiatry*. 1989; 154 (5): 672-6.
21. Barnes T. R. A rating scale for drug-induced akathisia. *The British Journal of Psychiatry*. 1989; 154 (5): 672-6.
22. Lohr J.B., Eidt C. A. et al. The clinical challenges of akathisia. *CNS Spectrums*. 2005; 20 (1): 1-16.
22. Lohr J.B., Eidt C. A. et al. The clinical challenges of akathisia. *CNS Spectrums*. 2005; 20 (1): 1-16.
23. Гогман А.Г. Алкоголизм, сочетающийся с шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра. *Вопросы наркологии*. 2014; 3: 127-36.
23. Gogman A.G. Alkogolizm, sochetajushhij s shizofreniej i zabojevanijami shizofrenicheskogo spectra [Alcoholism combined with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders]. *Voprosy narkologii [Narcology issues]*. 2014; 3: 127-36. (In Russ)
24. Hartz S.M., Pato C.N., Medeiros H., et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry*. 2014; 71 (3): 248-254.
24. Hartz S.M., Pato C.N., Medeiros H., et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry*. 2014; 71 (3): 248-254.
25. Khokhar J.Y., Dwiell L.L., Henricks A.M., et al. The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophrenia Research*. 2017; 194: 78-85.
25. Khokhar J.Y., Dwiell L.L., Henricks A.M., et al. The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophrenia Research*. 2017; 194: 78-85.
26. Østergaard M.L.D., Nordentoft M., Hjorthøj C. Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bi-
26. Østergaard M.L.D., Nordentoft M., Hjorthøj C. Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bi-

- polar disorder, unipolar depression or personality disorder. *Addiction*. 2017; 112(7): 1250-9.
27. Schennach-Wolff R., Jäger M., Seemüller F. et al. Outcome of suicidal patients with schizophrenia: results from a naturalistic study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010; 121 (5): 359-70.
 28. Gupta S.K., Jiloha R.C., Yadav A. Onset of schizophrenia at 100 years of age. *Indian Journal of Psychiatry*. 2014; 56 (1): 82-3.
 29. Bertelsen M., Jeppesen P., Petersen L. et al. Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. *The British Journal of Psychiatry*. Suppl. 2007; 51: 140-6.
 30. Reutfors J., Brandt L., Jönsson E.G. et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population based case-control study. *Schizophrenia Research*. 2009; 108 (1-3): 231-7.
 31. Leucht S., Cipriani A., Spineli L. et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple treatments meta-analysis. *The Lancet*. 2013; 382 (9896): 951-62.
 32. Kasckow J., Felmet K., Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS Drugs*. 2011; 25 (2): 129-43.
 33. Leong G.B., Silva J.A. Neuroleptic-induced akathisia and violence: a review. *Journal of Forensic Sciences*. 2003; 48 (1): 187-9.
 34. Moller H.J. Occurrence and treatment of depressive comorbidity / cosyndromality in schizophrenic psychoses: conceptual and treatment issues. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2005; 6 (4): 247-63.
 35. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов Н.А. Клинико-генетико-антропометрические данные и факторы экзогенной ритмики при шизофрении. Киев: Здоровье, 1984. 158 с.
- polar disorder, unipolar depression or personality disorder. *Addiction*. 2017; 112(7): 1250-9.
27. Schennach-Wolff R., Jäger M., Seemüller F. et al. Outcome of suicidal patients with schizophrenia: results from a naturalistic study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010; 121 (5): 359-70.
 28. Gupta S.K., Jiloha R.C., Yadav A. Onset of schizophrenia at 100 years of age. *Indian Journal of Psychiatry*. 2014; 56 (1): 82-3.
 29. Bertelsen M., Jeppesen P., Petersen L. et al. Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. *The British Journal of Psychiatry*. Suppl. 2007; 51: 140-6.
 30. Reutfors J., Brandt L., Jönsson E.G. et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population based case-control study. *Schizophrenia Research*. 2009; 108 (1-3): 231-7.
 31. Leucht S., Cipriani A., Spineli L. et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple treatments meta-analysis. *The Lancet*. 2013; 382 (9896): 951-62.
 32. Kasckow J., Felmet K., Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS Drugs*. 2011; 25 (2): 129-43.
 33. Leong G.B., Silva J.A. Neuroleptic-induced akathisia and violence: a review. *Journal of Forensic Sciences*. 2003; 48 (1): 187-9.
 34. Moller H.J. Occurrence and treatment of depressive comorbidity / cosyndromality in schizophrenic psychoses: conceptual and treatment issues. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2005; 6 (4): 247-63.
 35. Kornetov A.N., Samohvalov V.P., Kornetov N.A. Kliniko-genetiko-antropometricheskie dannye i faktory jekzogennoy ritmiki pri shizoprenii [Clinical, genetic and anthropometric data and factors of exogenous rhythm in schizophrenia]. Kiev: Zdorov'e, 1984. 158 s. (In Russ)

CONNECTION OF SUICIDAL BEHAVIOR AND HOPELESSNESS WITH AKATHISIA IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

E.G. Kornetova^{1,2}, A.A. Goncharova¹, A.N. Kornetov², A.A. Davydov², V.V. Dubrovskaya¹, A.V. Semke^{1,2}, N.A. Bohan^{1,2}

¹Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia, mental@tnimc.ru

²Siberian State Medical University, Tomsk, Russia, kornetova@sibmail.com

Abstract:

The high risk of suicidal behavior in patients with schizophrenia is caused not only by the manifestations of the disorder itself, concomitant depression, but also by a number of adverse effects of antipsychotic therapy. Objective: To identify the relationship between parasuicides in history, hopelessness, akathisia and key clinical and dynamic indicators in patients with schizophrenia. Materials: A total of 71 patients with schizophrenia were examined using the Barnes akathisia scores, Beck Hopelessness Inventory, PANSS and SASS. Results: The prevalence of parasuicides in history was 36.6%. It has been established that in patients with an earlier onset of schizophrenia, parasuicides occur significantly more often ($p=0.0056$). Similar results were obtained depending on the presence or absence of akathisia ($p=0.022$). There were no associations between hopelessness and parasuicides in history with akathisia. Conclusions: The obtained data suggest a greater contribution to the genesis of suicidal behavior in schizophrenic patients with clinical and dynamic indicators compared to iatrogenic ones.

Keywords: schizophrenia, akathisia, parasuicide, hopelessness, adaptation

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Корнетова Е.Г., Гончарова А.А., Корнетов А.Н., Давыдов А.А., Дубровская В.В., Семке А.В., Бохан Н.А. Связь суицидального поведения и безнадежности с акатизией у больных шизофренией. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 63-70. doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-63-70](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-63-70)

For citation: Kornetova E.G., Goncharova A.A., Kornetov A.N., Davydov A.A., Dubrovskaya V.V., Semke A.V., Bohan N.A. Connection of suicidal behavior and hopelessness with akathisia in patients with schizophrenia. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 63-70. (In Russ) doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-63-70](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-63-70)