

УДК: 616.89-008.441.44

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ШИЗОФРЕНИЯ: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ

Е.Б. Любов, В.Е. Цупрун

ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий отделом суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ.

Адрес: г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

Цупрун Виталий Евсеевич – научный сотрудник отдела суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ.

Адрес: г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72

Обзор литературы касается диагностики, научно доказательно эффективного биопсихосоциального лечения и профилактики суицидального поведения больных шизофренией. Указана важность целевой психосоциальной работы с пациентами и их близкими, обучение персонала, организация суицидологической службы в психиатрических учреждениях.

Ключевые слова: шизофрения, суицидальный риск, лечение, профилактика.

Многосторонняя оценка суицидального риска больных шизофренией (БШ) включает психиатрический, сомато - неврологический, социальный аспекты. Полезно начать беседу с пациентом с выявления «главной жалобы». Важно оценить симптомы, связанные с суицидальным риском, спросить о вызывающих наибольший дистресс побочных действиях лекарств (препятствующих, по мнению пациента, «нормальной» жизни, лично значимых), часто не различаемых пациентом (и порой его врачом) от проявлений болезни; прицельно и тщательно выявить депрессивные (смешанные), тревожные симптомы, особо отчаяние и безнадежность [42] и злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ), возможно как средство самолечения, обостренное чувство самостигматизации, страха возврата «безумия» (свойственно шизоаффективным больным).

Типовые вопросы следует задавать при готовности БШ к содержательной беседе. Обычно ремиттированные БШ с суицидальными мыслями открыты обсуждению проблем при эмпатической связи с врачом. Большинство пациентов амбивалентно к суициду и чувствует облегчение, если врач обсуждает их проблемы [68]. Предпочтительны прямые вопросы о суицидальных мыслях и попытках суицида в прошлом. Важно отношение к ним пациента

(настораживают легковесная критика, сожаление о «неудаче»). Полагает ли БШ себя калеккой, изгоем, бременем семьи? Жизнь утомительно бессмысленна? Хочется ли начинать день? Важно отличать антивитальное (депрессивное) настроение от депрессии с суицидальными мыслями и намерениями. Некоторые БШ непрямо говорят о суицидальных намерениях («С меня достаточно»), что требует уточнения [85].

Следует оценить выраженность суицидальных мыслей. Большинство БШ с суицидальными мыслями не совершит суицид, но такие мысли следует активно выявлять и контролировать. Лучший путь профилактики – задавать особые вопросы: – Порой в депрессии, в тяготе жизни люди думают о самоубийстве. А Вы? Давно ли появились эти мысли? Как часто думаете о смерти? Какие события, обстоятельства обостряют мысли (одиночество)? Что приносит облегчение (близкие, прием ПАВ)? Насколько Вы контролируете суицидальные мысли (способность отстранения)? Подавлять их или привлекать что-то (кого-то) в помощь? Что Вас удерживает в жизни (семья, религия, страх боли)? Если пациент сообщит о суицидальных мыслях, с близкими или значимым для него лицом следует связаться (с согласия пациента) и побеседовать совместно (пациент с мимолетными мыслями о суициде не обязательно требует подключения близких).

Так как БШ может скрыть симптомы депрессии или злоупотребления ПАВ, его семью следует расспросить прицельно. Врачу следует расспросить близких БШ, не заявлял ли тот прямо или косвенно о суициде.

Предстоит выяснить готовность и работанность планов и смертельности намерений: планирует ли БШ суицид, каковы детали, есть ли доступ к средству суицида (под рукой оружие, накопленно снотворное, выписываемое щедрой рукой амбулаторным врачом); уточнить узловые моменты относительно симптомов, поведения со значимыми для пациента лицами. Планирует ли пациент убить себя (выбраны способ, время, когда дома никого не будет)? Представляет ли похороны, как люди воспримут его смерть? «Тренируется» ли в суициде (прикладывал дуло ко лбу, как бедный Вертер, стоит, «примериваясь», у края перрона, моста)? Заверил (изменил) завещание, оформил страховку? Подготовил прощальную записку (сообщил о решении на веб-форуме).

Близкие БШ не должны пропустить (их нужно этому обучить) угрожающие признаки: выражение безнадежности, малоценности и ненужности (словами, записями); приказывающие «голоса», ужасающие зрительные галлюцинации; планирование суицида на словах или на бумаге; пациенты чаще сообщают о своих планах близким, чем активно делятся с врачом [32, 33]; избавление от дорогих сердцу вещей; резкий спад (перепады) настроения; агрессивность, упреки; отказ от лечения (в случае фармакозависимой ремиссии грозящей рецидивом). Ранним проявлением грядущего рецидива может быть суицидальное (самоповреждающее) поведение.

Факторы риска суицида. Чем более факторов выявлено – тем выше реальный риск суицида [78]. Важно учесть кумуляцию ряда факторов [17]: клинических (приказывающие «голоса», депрессивные симптомы, злоупотребление ПАВ), социально-демографических (одинокий молодой инвалид) и актуального психосоциального дистресса (лично значимого для больного). Последний может стать триггером суицидального поведения ремитированного БШ или очередного рецидива (обострения) психоза как фактора риска самоповреждающего поведения [1].

Суицидальное (самоповреждающее) поведение может быть ранним признаком манифестации психоза. В группе повышенного риска находятся БШ в ремиссии, особенно при невы-

явленной и неадекватно леченной постпсихотической депрессии [6-9]. Трудность прогноза суицида связана с относительно редкой (к счастью) его частотой, связанной с ложнопозитивным прогнозом (но лучше перестраховаться, чем отвечать за небрежность), факторы риска отражают более хронический риск и относятся более к группам БШ, чем к отдельному пациенту [44]. Краткосрочный (24-48 час.) прогноз риска суицида более реален. Стандарт помощи суицидальному БШ основан на концепции «предсказуемости», включающей детальный психиатрический анамнез, факторы риска и план лечения, препятствующий суициду [56]. Суицид предотвратим, если предсказуем, но предсказуемость не однозначна предотвратимости. Суицид можно предотвратить в последний миг (незавершенный суицид), но он не всегда предсказуем [17].¹

Определяя риск суицида, в истории болезни следует обосновать саму оценку и терапевтический план для минимизации риска [111]. Если в документации упомянуты суицидальные высказывания БШ, но не описан план помощи или он слишком краток. Видимо, в таких случаях психиатры оценивают риск как минимальный. Но необходимо четко обосновать такую уверенность. Риск суицида (несуицидального самоповреждающего поведения) чаще оценивается при поступлении пациента в отделение (при первичном осмотре), но начальная оценка редко пересматривается в ходе лечения. Встречается замечание о том, что пациент может причинить себе вред, но в доказательство не приводятся необходимые факты. Еще реже доказательные описания снижения или устранения риска самоповреждающего поведения.

Выбор безопасных условий лечения опирается на данные о плане суицида, доступе к средству суицида, возможности социальной поддержки и критики БШ. Суицидальная попытка в анамнезе лучше всего прогнозирует суицид в дальнейшем [66, 96], но ни один фактор риска в отдельности не может быть значим для точного прогноза [17]. И анамнез сам по

¹ Последние годы жизни Эрнест Хемингуэй страдал депрессией, совершил несколько попыток самоубийства и говорил о тщете жизни старика. Писатель лечился ЭСТ и выписан незадолго до трагедии. Хемингуэй застрелился (как и его отец), пока жена еще спала, из двустволки, отложенной женой в шкаф, но не запертой во избежание «нарушения права хозяина дома».

себе не может быть использован для определения пациента, совершившего суицид. Безопасность дома, общественная или больничная среда без доступа к орудиям самоповреждения – необходимая тактика предупреждения суицида. Любой терапевтический план: назначение лекарств, госпитализация и выписка пациента следует соотносить с возможным риском [107]. Следует обобщить данные и разработать совместно с пациентом и / или его близкими индивидуальный план лечения и условий безопасной среды как, например, при госпитализации (еще не гарантирующей жизнь), вызов близких [56] и социальной реабилитации.

Риск суицида БШ поднимает вопрос об организации психиатрического лечения. Следует рассмотреть ряд возможностей лечения, включая ограничение доступа к орудиям самоповреждения [69, 70]. Нет четких критериев в выборе больничного или внебольничного лечения. Врачу следует оценить уровень контроля импульсивности БШ, критику и степень социальной поддержки.

Внебольничное лечение. У БШ вскоре после выписки из психиатрической больницы или при смене амбулаторного врача риск суицида особо высок. При становлении ремиссии происходит травматическое приспособление к болезни и восстановление в той или иной мере когнитивного и эмоционального функционирования. Подписанный или согласованный вербально «контракт безопасности», не имеющий юридической силы, порой укрепляет терапевтический союз [86]: БШ «соглашается» не причинять себе вреда 24-48 часа (возобновляется по истечению оговоренного времени) и сотрудничать с врачом. Контракт указывает частоту визитов к врачу (осмотра врача на дому) или связь по телефону (Интернету) при резких клинических изменениях. Семью БШ следует подключить к формулировке и выполнению контракта. Близкие должны убрать возможные средства суицида, обеспечить круглосуточный контроль за близким «в стационаре на дому». Понимание БШ сути и возможности выполнения контракта сомнительны в остром психозе и / или выраженной депрессии, интоксикации ПАВ, недавней серьезной суицидальной попытке, препятствующими пониманию содержания контракта. Недобровольная госпитализация обоснована опасностью для себя и окружающих (суицидальное поведение может быть сопряжено с агрессивным) и неспособностью

поддерживать жизнедеятельность (сюда можно отнести отказ от еды и питья, жизненно важных для него лекарств). Семьям следует объяснить необходимость госпитализации. Пациент не должен оставаться один до помещения в психиатрическую больницу. Если врач не уверен в своих шагах, следует проконсультироваться с коллегами кризисного стационара (кабинета психолого-социальной поддержки).

Госпитализация. БШ в интоксикации, не знакомый врачу и с суицидальным риском должен быть госпитализирован. При госпитализации агрессивных и импульсивных пациентов привлекается полиция. Одиноким БШ с планом, доступом, актуальными социальным психосоциальным дистрессом и острыми психотическими или депрессивными симптомами следует госпитализировать немедленно, как и требующих детальной оценки и сочетанного лечения, не возможных дома¹.

Врачебная небрежность подтверждена тремя требованиями [72]:

- 1) несоблюдение осторожности («не навреди»);
- 2) несоблюдение стандарта медицинской помощи (рекомендованной клинической практики при его отсутствии) для выполнения этой обязанности;
- 3) в результате причинен вред и / или нанесен предсказуемый и предотвратимый вред пациенту (суицидальная смертность – принципиально предотвратима, как и суицидальные попытки и их медицинские последствия).

¹ 71-летний инженер, упрямый, жесткий, работал до последнего времени по профессии, невзирая на неоднократные госпитализации в психиатрическую больницу в связи с аффективно-бредовыми приступами в прошлом и тяжелый полиартрит и сахарный диабет (регулярно принимает обезболивающие, избирательно – лишь снотворные их схемы, предложенной амбулаторным психиатром), многие годы эпизодически злоупотребляет спиртным «для разрядки», потерял жену, моложе на 20 лет (пошла в аптеку за его лекарствами и была сбита автомобилем). Не проронил слезинки на похоронах: «был как камень». Категорически отказался перебраться к взрослым детям и пустить их в дом. Написал заявление об увольнении и завещание. Пил ежедневно в одиночестве, прекратил прием лекарств. Был агрессивен к близким при их увещаниях, стереотипно повторяя: «Моя постылая жизнь на финише», корил себя за смерть жены. Впервые на памяти детей плакал, резко одряхлел.

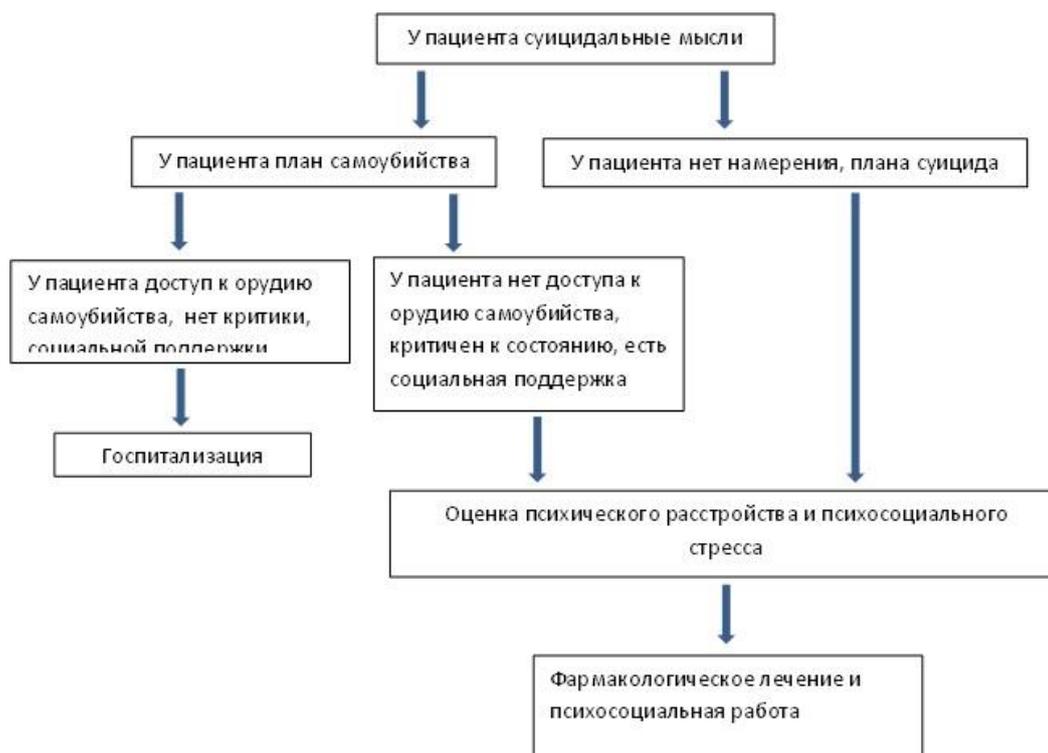


Рис. 1. Алгоритм оценки суицидального риска и выбора условий лечения БШ (по J. Kasckow et al., 2011).

Следует иметь в виду ущерб (психотравма, потеря кормильца, соучастие в лечении последствий парасуицида) для близких суицидента.

Типы клинических ошибок [72] при ведении БШ:

- диагностические: ошибочная или запоздалая оценка факторов суицидального риска, включая выявление симптомов депрессии или игнорирование дистресса нежелательных действий терапии;

- лечебные (самая частые, но и наиболее предотвратимые): а) ошибка в процессе лечения (недоучет несоблюдения лекарственного режима); б) откладывание начала лечения (не путать с «бдительным ожиданием» в безопасных условиях);

- превентивные: а) отсутствие профилактического лечения; б) ненадлежащее наблюдение;

- другие: отсутствие коммуникации (связей специалистов, звеньев стационарной и внебольничной помощи).

Отсюда ошибки психиатра возможны при планировании действий или при выполнении их [75]. Личностный объяснительный подход сосредоточен на ошибках отдельного человека: его обвинят в невнимательности, профессио-

нальной несостоятельности. Системный подход позволит понять происхождение ошибки и предотвратить ее впредь или смягчить их последствия. Первый подход доминирует, и лечебные учреждения с трудом преодолевают соблазн обвинить определенного сотрудника или выгородить его без усилия всестороннего анализа ошибки.

В случае предсказуемого, но непредвиденного самоубийства полагается, что неправильна оценка врачом риска суицида. При предсказуемом, но не предотвращенном самоубийстве БШ врача обвинят в отсутствии должного надзора и / или мер стеснения БШ с установленным риском самоубийства. Преждевременная или небрежная выписка, неоправданная свобода передвижения (скорый вывод из надзорной палаты) могут быть основаниями предсказуемого, но непредвиденного самоубийства.

При защите против обвинений в самоубийстве пациента как врачебной небрежности [72] предстоит доказать следующее [86]: врач действовал согласно рекомендованной клинической практике (заменяющей стандарты психиатрической помощи), отсутствие данных о суицидальном риске БШ объяснимо (например, неотложной госпитализации

ей в первом эпизоде психоза); свобода передвижения была оправданной (пациент обоснованно выведен на прогулку, выписан с обеспечением преемственности контроля и помощи); решение врача в отношении диагноза (актуальности суицидального риска) и / или курса лечения обосновано; чрезвычайные обстоятельства не позволили соблюсти надлежащие меры предосторожности или применить меры стеснения.

Лечение и профилактика суицидального поведения БШ

Цели лечения следующие:

- 1) создание и контроль безопасной терапевтической среды;
- 2) послабление симптомов психоза (достижение глубокой и стойкой ремиссии при эпизодических формах);
- 3) облегчение депрессивных (особенно чувства безнадежности и отчаяния) и тревожных симптомов;
- 4) злоупотребление ПАВ (интоксикация, абстинентный синдром);
- 5) коррекция и профилактика нежелательных действий терапии;
- 6) дезактуализация психосоциального дистресса.

Биологические методы: медикаментозные и немедикаментозные виды биологической терапии, направленные на коррекцию и профилактику суицидальной активности [10]. Характер фармакотерапии зависит от причин (наличие соматической и / или психической патологии) суицидогенеза или последствий суицидальных действий.

Психотропные препараты. Систематическая психофармакотерапия способствует снижению риска суицида БШ [16]. Психологическая аутопсия популяционной выборки жертв суицида в Финляндии указала антисуицидальный эффект ТН [41] от обратного: большинство суицидентов получали неадекватные дозы антипсихотиков или уклонялись от лечения [41]. Проспективное исследование случай-контроль [46] указало на повышение риска самоповреждений при обрыве терапии ТН, за счет антипсихотического эффекта и возможного стрессозащитного – вследствие эмоциональной индифферентности, но уровни суицидов в 1975 и 1992 г. мало изменились при росте назначений ТН [14]. Антисуицидальный эффект ТН полагается сомнительным

[57] или умеренным [21, 109, 110]; противоречия связаны с рядом методологических погрешностей: ретроспективным дизайном большинства исследований, отсутствием рандомизации, недооценкой коморбидности, полифармации [35, 58-61], а также несоблюдения режима лечения. Кроме того, в работах не разделяется суицидальное и несуйцидальное (самоповреждающее) поведение БШ. Не ясно, насколько дозозависим эффект ТН. Так, нет разницы в дневных дозах между БШ совершивших и не совершивших суицид [25]. Подавляющее большинство исследований не отмечает разницу риска суицидального поведения БШ, леченых малыми или высокими дозами ТН [23, 77, 94, 104]. Высокие дозы ТН косвенно указывают на тяжесть состояния, терапевтическую резистентность как факторы риска суицида БШ. Более тяжелые БШ могут выявлять более выраженные дозозависимые нежелательные действия лечения, в свою очередь, способствующие риску суицида. Так, экстрапирамидные расстройства связаны с дисфорией, дистрессом, ажитацией и суицидальным поведением [22, 103]. Акатизия, отмечаемая, обычно, ранее терапевтического эффекта, снижает качество жизни и повышает риск суицида [80].

Атипичные антипсихотики (АА) – особенно прототип группы, клозапин (см. ниже), – в сравнении с ТН, возможно, эффективнее снижают суицидальный риск БШ. Малое ретроспективное исследование указывает, что попытки суицида БШ совершают реже при выборе АА, а не ТН [12]. Пятилетнее ретроспективное исследование случай-контроль показал снижение риска суицидальных попыток на фоне АА [16] и делает вывод о защитном эффекте АА с соотношением шансов 3,54. Возможно, у всех АА нового поколения сходный эффект [100], на что указывают метаанализы [51, 93]. Однако обычно РКИ краткосрочны; пациенты с высоким риском суицида, как правило, исключены из них, а вошедшие – существенно отличаются от таковых в повседневной практике, но также получают монотерапию.

Рекомендации выбора ТН для некомплаентных суицидальных БШ [13] касались только нуждающихся в депонированных формах до появления пролонгированных форм АА. На фоне двухлетнего лечения БШ инъекционной пролонгированной формы рисперидона риско-

лепт конста, по данным международного проспективного наблюдательного изучения e-STAR [6]. Риск агрессии, суицидального поведения и / или самоповреждений существенно снижен: суицидальные намерения к третьему месяцу лечения отмечены у 4 пациентов против 233 в начале лечения и у единственного – через год терапии. Антисуицидальный (антиагрессивный) эффект пролонгированных форм АА требует уточнения и должен быть учтен при многоаспектном постмаркетинговом анализе.

Клозапин – первый антипсихотик с доказанным долгосрочным (1-2 года) антисуицидальным эффектом (снижение суицидальных попыток, агрессивности, импульсивности) в группе БШ (в т.ч. и терапевтически резистентных) и шизоаффективным расстройством [58, 60, 91] и в большей мере, чем ТН. Ретроспективный анализ > 67000 леченных клозапином пациентов отметил 83% снижение суицидальной смертности [104]. Риск суицида растет после прекращения лечения, но на фоне клозапина составляет 0,0157% в год [76] против 0,4-0,8% при лечении ТН [21]. Лишь одно неконтролируемое исследование не указывает антисуицидальный эффект клозапина, но не отрицает тренд [84]. При этом треть пациентов получала клозапин < 6 месяцев. Международное многоцентровое проспективное исследование InterSePT [62] отметило больший антисуицидальный эффект (суицидальные попытки и суициды или госпитализации, им препятствующие); двухлетнего лечения клозапином (300-900 мг/день; n=479), чем оланзапином (10-20 мг/день; n=477) в группе высокого риска попыток суицида, мыслей БШ и шизоаффективным расстройством. Хотя пациенты в группе оланзапина принимали более антидепрессанты и противотревожные лекарства, лечение клозапином способствовало снижению попыток и «предупредительных» госпитализаций на 26%. Число требующих лечение (количество пациентов, которых необходимо лечить для достижения запланированного результата) – 12 – в пользу клозапина. Экстрапирамидные действия – важный фактор суицидального поведения в когорте [74]. Зеркальное ретроспективное исследование больничных БШ показало 88% снижение риска суицида и 12-кратное снижение риска суицидального поведения при длительном лечении клозапином [65]. У прекративших лечение БШ риск суицидального поведения увеличен. Мета-анализ 6 РКИ указал

снижение риска суицидальных попыток (соотношение рисков 3,3, для суицидов – 2,9) при лечении клозапином по сравнению с другими антипсихотиками [42]. 11-летний (1996-2006 гг.) катамнез 66881 больных шизофренией в Финляндии [98, 99] показал, что длительное (7–11 лет) антипсихотическое лечение, особенно клозапином, связано со снижением риска суицидальной смертности. В исследовании ряд методологических проблем [29]: 1) неполные данные; 2) выбор групп лечения и их сравнение; 3) неконтролируемые вмешивающиеся факторы; 4) исключение смертей (64%) в течение госпитализации. Необходимы специальные проспективные исследования, прямо оценивающие антисуицидальный эффект клозапина. Однако клинические руководства, основанные на доказательствах, рекомендуют клозапин при суицидальном поведении БШ [13, 50, 59, 64]. Невзирая на доказательства эффекта, клозапин недостаточно использован. Помимо клинического эффекта на фоне клозапина меньше риск экстрапирамидных расстройств и отставленной дискинезии по сравнению с любыми антипсихотиками. Курабельный при ранней диагностике агранулоцитоз отмечен у одного из 10000 леченных клозапином БШ [58], тогда как среди БШ с высоким риском суицида погибает каждый 10-20 [60].

Лечение депрессивных симптомов БШ важно, так как депрессия, выявляемая на различных фазах процесса у 40-60% БШ – фактор риска суицида [40, 47]. АА блокируют серотониновые рецепторы, способствуя увеличению содержания дофамина в лобной коре. В этой связи возможен первичный антидепрессивный эффект некоторых АА [37], но монотерапия АА депрессивных симптомов БШ не показана [27]. Депрессия, как правило, купируется антипсихотиками лишь при тесном сочетании с психотической симптоматикой, в рамках, например, свойственного более шизоаффективному расстройству, депрессивно - параноидного синдрома.

Длительные депрессивные симптомы у относительно стабилизированных после острой фазы БШ (постшизофреническая депрессия по МКБ-10) – основание назначения антидепрессантов. Применение антидепрессантов в острой фазе может утяжелить психотические симптомы, особенно при субоптимальном антипсихотическом лечении. Для ряда БШ депрессия отражает кульминацию средовых дистрессов, включая потерю близкого, стигмати-

зацию и самостигматизацию, вынужденную незанятость. В ходе патокинеза депрессия выступает на передний план на фоне ослабления психотической симптоматики. При оценке депрессии следует помнить о принципиально курабельных причинах как злоупотребление или отказ от ПАВ, дисфорию или акатизию как нежелательные действия антипсихотиков [57], присоединение физической болезни. Важно подготовить пациентов и их близких к возможному отставленному антидепрессивному эффекту и указать на его начальный эффект (улучшение сна, облегчение тревоги как облегчение факторов суицида). Улучшение состояния может парадоксально привести к увеличению риска суицида при появлении энергии на фоне сохраняющихся безнадежности и отчаяния. Увеличение риска суицидального поведения отмечено у молодых до 25 лет на фоне лечения антидепрессантами [92]. Выявлена обратная взаимосвязь между продажами антидепрессантов у мужчин [52], но тренд не очевиден для женщин со значительно меньшим изначальным уровнем суицида. В группе лиц с попытками суицида при назначении антидепрессантов суицидальная смертность снижена на 39% [38].

Антидепрессанты улучшают чувство благополучия [32], уменьшают риск агрессии [97, 106], но исследования малы, антисуицидальный эффект прямо не указан. Мета-анализы – слабое доказательство эффективности антидепрессантов при лечении БШ [63, 108]. В масштабном РКИ показан возможный антисуицидальный эффект (облегчение мыслей) циталопрама у БШ и шизоаффективным расстройством и депрессивными симптомами [112]. Международное исследование [87] показало, что антидепрессанты назначены 30% больничным, 43% амбулаторным БШ с депрессивными симптомами как аугментация антипсихотической терапии. В РФ ситуация противоположна: 60% больничных и лишь 30% амбулаторных БШ получают антидепрессанты [3]. Хотя четверть зарубежных психиатров редко или никогда не назначают антидепрессанты БШ [87-89], опасаясь усиления психотических симптомов или в связи с неясным соотношением риск / польза комбинированной терапии. Руководство по лечению депрессии БШ [13, 54] рекомендует антидепрессанты при выраженных симптомах депрессии, вызывающей значительный дистресс и нарушающей функ-

ционирование, и при шизоаффективном расстройстве. При постпсихотической депрессии рекомендованы СИОЗС как препараты первого ряда [101] и сочетание АА + СИОЗС, хотя такое сочетание более показано при выраженных симптомах депрессии у БШ (эпизодическая шизофрения) [48], оспаривается [11, 18] или признается умеренным у хронических больных [90]. СИОЗС, менее токсичные при намеренной передозировке, облегчают лечение депрессии БШ [48, 49]. ТЦА следует избегать в связи с тяжелыми медицинскими последствиями намеренной передозировки [107], но имипрамин – возможная опция при лечении постпсихотической депрессии [88, 89]. Препараты должны выписываться малыми порциями и храниться у обученных близких. Они же контролируют прием лекарств БШ во внебольничных условиях. Важны терапевтические дозы антидепрессантов (подбор доз антидепрессантов нового поколения облегчен) и длительный курс, как при депрессивном расстройстве (не менее шести месяцев). Врачу надо быть остороже относительно межлекарственного взаимодействия как при сочетании клозапина и флювоксамина [57].

Стабилизаторы настроения. Долгосрочное лечение литием эффективно в предупреждении суицидального поведения при депрессивном и биполярном расстройстве [24, 112], но мало доказательств успешного применения препарата при шизофрении или снижении суицидального поведения у БШ [55].

Бензодиазепины имеют относительно (по сравнению с люминалсодержащими препаратами) низкий потенциал летальности при передозировке, если не принимаются в сочетании с другими депрессантами ЦНС как алкоголь. Строгий контроль, двух-трехдневное обеспечение бензодиазепинами или иными анксиолитиками или гипнотиками. СИОЗС могут на начальных этапах лечения усиливать (вызывать) тревогу, бессонницу, в связи с чем, показаны снотворные на 3-7 дней.

Немедикаментозные методы. Показаны безопасность и эффективность ЭСТ у подростков, молодых [18], но нет особых данных об эффекте при суицидальном поведении. ЭСТ рекомендована БШ с коморбидными депрессивными симптомами [27] и, видимо, больным шизоаффективным расстройством, когда опасно ждать 4-6 недель до эффекта медикаментозного лечения по аналогии с лечением острой

суицидальной угрозы у тяжелых депрессивных больных [107]. В группе у БШ, детей и подростков (обычно единичные наблюдения), эффективность ЭСТ достигает 42% [77].

Психосоциальная работа способствует у суицидальных БШ [31] стабилизации симптомов [5, 20, 53, 54, 69], но необходимо дальнейшее изучение.

Результаты психотерапии обнадеживают, но строго не доказаны [107]. Ограниченные данные поддерживают ценность психосоциального и лекарственного подходов [69]. Мета-анализ 15 РКИ [79] не подтвердил и не опроверг эффективность любых профилактических вмешательств в связи с методическими ограничениями и непоследовательностью результатов, но возможна антисуицидальная эффективность у молодых когнитивно - поведенческой терапии (КПТ) [12, 72, 73, 95, 102]. Роль когнитивной составляющей депрессии более мощный предиктор суицида, чем общие ее симптомы [17], подчеркивая роль когнитивной терапии в кризисных состояниях. Отсюда КПТ полезна при депрессии БШ. БШ из группы суицидального риска особо нуждаются в эмпатической психотерапевтической поддержке [33]. Обращенная к реальности психотерапия – оптимальный подход [67] при продолжающемся обсуждении меры вмешательства терапевта в кризисную ситуацию [39]. Важно понимание отчаяния пациента, его потерь и тягот повседневной жизни, отсутствие реальных целей, социальной изоляции, бедности и стигмы [28, 34, 71, 80] и понимания путей их преодоления как факторов риска суицида [17, 26, 69]. Обсуждение индивидуальной переносимости и эффекта лекарств, необходимости приверженности режиму лечения как средству достижения выявленных лично значимых жизненных целей, понимание отчаяния, беспомощности [34, 82] как обратимых и преходящих проявлений депрессии у БШ входит в модули группового обучения управления болезнью, одной из целей которого служит вселение надежды [57]. Показаны КПТ, интерперсональная и семейная терапия. Реабилитация, социальная поддержка и трудоустройство уменьшают деморализацию БШ. Обучение навыкам преодоления типовых житейских и социальных проблем БШ способствуют контролю и профилактике депрессий БШ и надежде на выздоровление [27]. Депрессивные симптомы БШ облегчены вероятнее при подключении психосоциального вмешательства

[20, 48]. Психосоциальная работа включает поддерживающую занятость и обучение, семейное вмешательство, психообразование, обучение социальным навыкам. Так, взрослых близких суицидента следует контролировать и мотивировать приверженность к лечению [15, 83]. Так, несоблюдение лекарственного режима – фактор риска суицидов [40, 105]: соотношение шансов риска суицида 0,68 при следовании режиму терапии АА против несоблюдения [105]. Большинству суицидентов предстоит восстановить (сплести заново) сети формальной и неформальной поддержки [107]. Любые изменения в жизни БШ, как лиц с низкой стрессоустойчивостью, могут привести к обострению состояния и суицидального поведения БШ [9]. БШ и их близкие привлечены к индивидуальной и семейной терапии, особенно если личностные факторы, стрессы и напряжение в семейных отношениях провоцируют суицидальное поведение и препятствуют лечению основного или сопутствующего (физическая болезнь) расстройства. Важно обеспечить сеть социальной поддержки и обучить позитивным навыкам совладания.

Интегративный биопсихосоциальный подход, включающий оптимизированную фармакотерапию и модули эффективной психосоциальной работы – стандартная практика ведения БШ [19, 45, 53, 54] и особенно БШ с хроническим суицидальным риском [107]. Многодисциплинарная мобильная бригада настойчивой помощи, включающая психиатра, психолога, социального работника, специалиста по занятости [107] как стационарзамещающая форма и соответствует модели интегративного лечения наиболее тяжелых БШ.

Обучение персонала [4, 48, 107]. Много БШ осмотрено врачами первичной сети в течение нескольких месяцев до смерти в связи с суицидом [48]. Улучшение выявления депрессии и тревоги в общемедицинской и психиатрической сети и качества (соответствия рекомендованным образцам) лечения шизофрении – одно из условий снижения риска суицидов БШ. Пренебрежение риском суицида БШ распространено у медработников и персонала психиатрических учреждений в частности. Знания о самоповреждающем поведении БШ недостаточны даже у опытного врача [69]. Так, многие врачи не интересуются мыслями и намерениями БШ, были ли суицидальные попытки ранее [68]. Часто интернист фокусирован на физическом, а не психическом рас-

стройстве [32, 68]. В этой связи целевое обучение врачей общей практики [4, 107] и сотрудников психиатрических служб [107] актуально. Важно обучить медперсонал надзору и обращению с суицидальными БШ. Факторы риска самоубийства включают напряженные отношения с персоналом и трудности привыкания к среде палаты, отделения [11]. Важным условием формирования лечебной среды становится готовность персонала иметь дело с тревогой и отчаянием пациента. Замкнутые, напряженно-злобные, диссимилирующие бредовые БШ относятся к группе повышенного риска суицида. Суицидальные БШ чрезмерно требовательны к персоналу [9], тяготятся пребыванием в жестко структурированных условиях, но боятся возвращения домой, не уверены и нуждаются в особой эмпатической поддержке. «Конечное болезненное отчуждение» суицидального пациента - критикана ведет к отчуждению от персонала, в конечном итоге и к отказу от жизни БШ. Важно понимание персоналом роли бредовой проекции как прогностических факторов риска суицида БШ [81]. Необходимы акцент на возможных самоубийствах пациентов при обучении и стажировке психиатров [36], их осведомленность о ресурсах формальной и неформальной поддержки.

Суицид больничного пациента. Важно сохранить «боевой дух» психиатрического персонала [30, 43, 81]. Влияние на психологический климат отделения (учреждения) и душевное состояние персонала, самоубийства (суицидальной попытки) БШ могут быть выраженными, длительными и глубокими (следует отличать от естественной эмоциональной реакции на смерть подопечного), сказываются на личной и профессиональной жизни профессионалов, что подчеркивает необходимость учебных программ и формальных систем поддержки. Большинство респондентов - психиатров психиатрических больниц считает целевое обучение суицидологии полезным [10, 36]. Следует предупредить новые трагедии по механизму «точечных» кластерных суицидов.

Перечень действий после самоубийства в ПБ следующий: изолировать тело (но не трогать его); вызов полиции; сообщение и соболезнование членам семьи и встреча с ними (по их желанию); документация обстоятельств самоубийства; информирование персонала; информирование руководства больницы; собрание пациентов для информирования; ин-

формирование районного прокурора; готовность поддержки коллегам или получения ее от них; изучение возможности просветительской работы [45]:

1) социально-демографическая характеристика жертвы;

2) самоубийство: время, место и способ (летальность, подготовленность), кто обнаружил тело;

3) психиатрический анамнез: попытки суицида или самоповреждений, диагноз (с указанием коморбидных расстройств) и лечение (адекватность, переносимость, эффективность, комплаенс); отягощенность семьи психическими расстройствами, суициды / парасуициды близких;

4) личность и образ жизни жертвы;

5) типичные реакции на психосоциальный дистресс; актуальная стрессовая ситуация или важные жизненные события;

6) злоупотребление ПАВ;

7) межличностные отношения: источники социальной и неформальной поддержки;

8) суицидальные мысли: когда и как часто высказывались;

9) ухудшение или улучшение психического состояния перед смертью: поведение, настроение, вегетативные симптомы;

10) пределы резервов жизнестойкости: основания продолжения жизни, делился ли пациент планами на будущее;

11); влияние на персонал, членов семьи, других пациентов (предстоит совместная беседа). Конференцию следует проводить «на холоду», не ранее, чем через месяц после инцидента. Она должна представлять взвешенный анализ происшедшего во избежание повторения трагедии, а не судилище. Важны создание реестра суицидальных попыток и суицидов в медицинских (психиатрических) учреждениях, унифицированная система отчета об ошибках, более открытая и подотчетная работа позволит обсуждать их; широкое признание ценности системного подхода в предупреждении, анализе ошибок и извлечение урока из них.

Заключение.

Ведение суицидального БШ вызывает ряд взаимосвязанных организационных, клинических и лечебно-профилактических проблем. Диагноз шизофрении не предопределяет суицидальное поведение: большинство больных никогда не совершит суицид, а большинство суицидентов – не больные шизофренией (БШ).

Групповой краткосрочный прогноз риска суицида надежнее долговременного и индивидуального. Рутинный осмотр БШ включает многостороннюю оценку риска суицидального поведения и динамический контроль комплаенса. В связи с изменчивостью суицидального риска необходима динамическая оценка БШ при каждом осмотре. Ведение суицидального БШ включает целостную оценку факторов риска, формулировку и выполнение плана биопсихосоциальных мероприятий, касающихся пациента и его окружения. Обученные семьи БШ составляют интегральную часть лечебного плана. Важна целевая лечебно-профилактическая помощь в частично пересекающихся группах БШ (миксты, часто госпитализируемые, не соблюдающие режим лечения, молодые инвалиды, одинокие) с высоким риском суицидального поведения в связи с сочетанными клиническими - социальными проблемами. Возможно, ТН и АА (особенно клозапин) играют защитную антисуицидальную роль, но при выборе клозапина следует учитывать соотношение риск (бремя нежелательных действий) / польза лечения. Депрессивные симптомы – фактор риска суицидов, особенно в ремиссионном состоянии, и присоединение антидепрессантов показано. ЭСТ сохраняет позиции при необходимости быстрого терапевтического эффекта. Долговременные психосоциальные реабилитационные программы становятся частью дальнейшего внебольничного лечения на фоне оптимизированной фармакотерапии шизофрении, желательна, при полипрофессиональном бригадном подходе. В рутину психиатрических учреждений и новых форм лечебно-реабилитационной помощи как клиник первого эпизода болезни [2] или бригад внебольничного настойчивого лечения следует внедрить антисуицидальные обучающие модули для БШ и их близких, вписанные в более широкие программы психосоциальной работы как «Обучение управления болезнью». В структуре психиатрических учреждений следует развивать суицидологическую службу [1, 4]; необходимо целевое непрерывное обучение персонала основам суицидологии. Важна преемственность психиатрической помощи БШ на последовательных ее этапах.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Профилактика суицидального поведения. Методические рекомендации. – М., 1980. – 24 с.
2. Былим И.А., Любов Е.Б. Первый эпизод шизофрении: клиническо-социальный и экономический эффекты целевой психосоциальной помощи // Психическое здоровье. – 2011. – № 1 (56). – С. 60-65.
3. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика, 2003. – 264 с.
4. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 11–12.
5. Левина Н.Б., Любов Е.Б., Русакова Г.А. Труд и тяжелое психическое расстройство. Часть. I // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Том 20. – Вып. 1. – С. 91-99.
6. Любов Е.Б. Многосторонний анализ эффективности длительного лечения шизофрении рисопептом конста в повседневной психиатрической практике (данные 12 месяцев лечения пациентов российской когорты международного исследования e-STAR) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Том 11. – Вып. 3. – С. 66-73.
7. Любов Е.Б. и группа исследователей. Оценка больничными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Том 22. – Вып. 4. – С. 51-56.
8. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: Эпидемиология и факторы риска // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1 (10). – С. 15-28.
9. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19).
10. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. Глоссарий суицидологических терминов. – Киев, 1999.
11. Altamura A.C., Bassetti R., Bignotti S. et al. Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study // Schizophr. Res. – 2003. – Vol. 60. – P. 47-55.
12. American Psychiatric Association practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160, Suppl. 11. – P. 1-60.
13. Appleby L., Shaw J., Amos T. et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey // BMJ. – 1999. – Vol. 318. – P. 1235-1239.
14. Axelsson R., Lagerkvist-Briggs M. Factors predicting suicide in psychotic patients // Eur. Arch.

- Psychiatry Clin. Neurosci. – 1992. – Vol. 241. – P. 259-266.
15. Barak Y., Mirecki I., Knobler H.Y. et al. Suicidality and second generation antipsychotics in schizophrenia patients: a case-controlled retrospective study during a 5-year period // *Psychopharmacol. (Berl)*. – 2004. – Vol. 175. – P. 215-219.
 16. Bateman K., Hansen L., Turkington D. et al. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2007. – Vol. 37. – P. 284-290.
 17. Bloch Y., Levcovitch Y., Bloch A.M. et al. Electroconvulsive therapy in adolescents: similarities to and differences from adults // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 40. – P. 1332-1336.
 18. Buchanan R.W., Kirkpatrick B., Bryant N. et al. Fluoxetine augmentation of clozapine treatment in patients with schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153. – P. 1625-1627.
 19. Bustillo J., Lauriello J., Horan W. et al. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158. – P. 163-175.
 20. Caldwell C.B., Gottesman I.I. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide // *Schizophr. Bull.* – 1990. – Vol. 16. – P. 571-589.
 21. Cem Atbaşoglu E., Schultz S.K., Andreasen N.C. The relationship of akathisia with suicidality and depersonalization among patients with schizophrenia // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2001. – Vol. 13. – P. 336-341.
 22. Cheng K.K., Leung C.M., Lo W. et al. Risk factors of suicide among schizophrenics // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1990. – Vol. 81. – P. 220-224.
 23. Cipriani A., Pretty H., Hawton K. et al. Lithium in the prevention of suicidal behaviour and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials // *Am. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162. – P. 1805-1819.
 24. Cohen L.J., Test M.A., Brown R.L. Suicide and schizophrenia: data from a prospective community treatment study // *Am. J. Psychiatry.* – 1990. – Vol. 147. – P. 602-607.
 25. Cohen S., Leonard C.V., Farberow N.L. et al. Tranquilizers and suicide in the schizophrenic patient // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1964. – № 11. – P. 312-321.
 26. Cooper S.J., Kelly C.B., McClelland R.J. Affective disorders: 3. Electroconvulsive therapy / *Seminars in Clinical Psychopharmacology*. ed. D. J. King. London: Gaskell, 1995. – P. 224-258.
 27. Cotton P.G., Drake R.E., Gates C. Critical treatment issues in suicide among schizophrenics // *Hosp. Comm. Psychiatry.* – 1985. – Vol. 36. – P. 534-536.
 28. Crammer J.L. The special characteristics of suicide in hospital in-patients // *Br. J. Psychiatry.* – 1984. – Vol. 145. – P. 460-463.
 29. De Leo D., Spathonis K. Do psychosocial and pharmacological interventions reduce suicide in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders? // *Arch. Suicide Res.* – 2003. – Vol. 7. – P. 353-374.
 30. Deary I., Agius R., Sadler A. Personality and stress in consultant psychiatrists // *Int. J. Soc. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 42. – P. 112-123.
 31. Doyle B.B. Crisis management of the suicidal patient / Blumenthal S.J., Kupfer D.J., eds. *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1990. – P. 381-423.
 32. Drake R.E., Bartels S.J., Torrey W.C. Suicide in schizophrenia: clinical approaches / Williams R., Dalby J.T., eds. *Depression in schizophrenia*. – NY: Plenum Press; 1989. – P. 153-169.
 33. Drake R.E., Cotton P.G. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* – 1986. – Vol. 148. – P. 554-559.
 34. Ernst C.L., Goldberg J.F. Antisucide properties of psychotropic drugs: a critical review // *Harv. Rev. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 12. – P. 14-41.
 35. Foley S.R., Kelly B.D. When a patient dies by suicide: incidence, implications and coping strategies // *Adv. Psychiatr. Treat.* – 2007. – Vol. 13. – P. 134-138.
 36. Furtado V.A., Srihari V., Kumar A. Atypical antipsychotics for people with both schizophrenia and depression // *Schizophr. Bull.* – 2009. – Vol. 35. – P. 297-298.
 37. Goh S.E., Salmons P.H., Whittington R.M. Hospital suicides: are there preventable factors? Profile of psychiatric hospital suicide // *Br. J. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 154. – P. 247-249.
 38. Gould M.S., Wallenstein S., Davidson L. Suicide clusters: A critical review // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 1989. – Vol. 19. – P. 17-29.
 39. Grawe R.W., Falloon I.R., Widen J.H. et al. Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomised controlled study // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2006. – Vol. 114. – P. 328-336.
 40. Haghghat R. A discourse for hope: on defenses against suicide in people with schizophrenia. – NY: Nova Science Publishers, 2007. – P. 189-213.
 41. Harkavy-Friedman J.M., Nelson E.A. Assessment and intervention for the suicidal patient with schizophrenia // *Psychiatr Q.* – 1997. – Vol. 68. – P. 361-375.
 42. Hawton K., Sutton L., Haw C. et al. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors // *Br. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 187. – P. 9-20.
 43. Hennen J., Baldessarini R.J. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 73. – P. 139-145.

44. Hirschfeld R.M., Russell J.M. Assessment and treatment of suicidal patients // *N. Engl. J. Med.* – 1997. – Vol. 337. – P. 910-915.
45. Hodelet N., Hughson M. What to do when a patient commits suicide // *Psychiatrist.* – 2001. – Vol. 25. – P. 43-45.
46. Johnson D.A., Pasterski G., Ludlow J.M. et al. The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983. – Vol. 67. – P. 339-352.
47. Kasckow J., Fellows I., Golshan S. et al. Treatment of sub-syndromal depressive symptoms in middle-age and older patients with schizophrenia: effect of age on response // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 18. – P. 853-857.
48. Kasckow J., Felmet K., Zisook S. Managing Suicide Risk in Patients with Schizophrenia // *CNS Drugs.* – 2011. – Vol. 25, № 2. – P. 129-143.
49. Kasckow J.W., Zisook S. Co-occurring depressive symptoms in the older patient with schizophrenia // *Drugs Aging.* 2008. – Vol. 25. – P. 631-647.
50. Kerwin R. Preventing suicide [letter] // *Br. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 182. – P. 366.
51. Khan A., Khan S.R., Leventhal R.M. et al. Symptom reduction and suicide risk among patients treated with placebo in antipsychotic clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158. – P. 1449-1454.
52. Korkeila J., Salminen J., Hiekkanen H., Salokangas R.K.R. A pharmaco-epidemiological study of sale of antidepressants and suicide in Finland // *J. Clin. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 68. – P. 505-511.
53. Lauriello J., Lenroot R., Bustillo J.R. Maximizing the synergy between pharmacotherapy and psychosocial therapies for schizophrenia // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 2003. – Vol. 26. – P. 191-211.
54. Lehman A.F., Lieberman J.A., Dixon L.B. et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition // *Am. J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 161. – Suppl. 2. – P. 1-56.
55. Leucht S., Kissling W., McGrath J. Lithium for schizophrenia // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2007. – Vol. 3. – P. 34-38.
56. Malone K.M. Pharmacotherapy of affectively ill suicidal patients // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 1997. – Vol. 20. – №6. – P. 13-24.
57. Mamo D. Caring for the suicidal patient: an evidence-based approach // *Can. J. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 52. – Suppl. 1. – P. 59-70.
58. Meltzer H.Y. Treatment of suicidality in schizophrenia // *Ann NY Acad. Sci.* – 2001. – Vol. 932. – P. 44-58.
59. Meltzer H. Suicide in schizophrenia: clozapine, the adoption of evidence-based medicine [commentary] // *J. Clin. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 66. – P. 4.
60. Meltzer H.Y., Alphas L., Green A.I. et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT) // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 60. – P. 82-91.
61. Meltzer H.Y., Baldessarini R.J. Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 64. – P. 1122-1129.
62. Meltzer H.Y., Conley R.R., De Leo D. et al. Intervention strategies for suicidality [audiograph] // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 6. – P. 1-16.
63. Micallef J., Fakra E., Blin O. Use of antidepressant drugs in schizophrenic patients with depression // *Encephale.* – 2006. – Vol. 32. – P. 263-269.
64. Miller A.L., Hall C.S., Buchanan R.W. et al. The Texas medication algorithm project antipsychotic algorithm for schizophrenia: 2003 update // *J. Clin. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 65. – P. 500-508.
65. Modestin J., Dal Pian D., Agarwalla P. Clozapine diminishes suicidal behavior: a retrospective evaluation of clinical records // *J. Clin. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 66. – P. 534-538.
66. Moscicki E.K. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 1997. – Vol. 20. – P. 499-517.
67. Mueser K.T., Berenbaum H. Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future? // *Psychol. Med.* – 1990. – Vol. 20. – P. 253-262.
68. Murphy G.E. The physician's responsibility for suicide. II. Errors of omission // *Ann. Intern. Med.* – 1975. – Vol. 82. – P. 305-309.
69. Nordentoft M., Jeppesen P., Abel M. et al. OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis: one-year follow-up of a randomised controlled trial // *Br. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 43. – Suppl. – P. 98-106.
70. Nordentoft M., Laursen T.M., Agerbo E. et al. Change in suicide rates for patients with schizophrenia from 1981 to 1997. A nested case-control study // *Ugeskr Laeger.* – 2004. – Vol. 166. – P. 4602-4606.
71. Nyman A.K., Jonsson H. Patterns of self-destructive behaviour in schizophrenia // *Acta Psychiatr Scand.* – 1986. – Vol. 73. – P. 252-262.
72. Oyebo F. Clinical errors and medical negligence // *Adv. Psychiatr. Treat.* – 2006. – Vol. 12. – P. 221-227.
73. Ponizovsky A.M., Grinshpoon A., Levav I. et al. Life satisfaction and suicidal attempts among persons with schizophrenia // *Compr. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 44. – P. 442-447.
74. Potkin S.G., Alphas L., Hsu C. et al. Predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective

- patients in a prospective two-year trial // *Biol. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 54. – P. 444-452.
75. Reason J. Human error: models and management // *BMJ*. – 2000. – Vol. 320. – № 7. – P. 768-770.
 76. Reid W.H., Mason M., Hogan T. Suicide prevention effects associated with clozapine therapy in schizophrenia and schizoaffective disorder // *Psychiatr. Serv.* – 1998. – Vol. 49. – P. 1029-1033.
 77. Rey J.M., Walter G. Half a century of ECT use in young people // *Am. J. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 154. – P. 595-602.
 78. Rich C.L., Young D., Fowler R.C. San Diego suicide study. I. Young vs old subjects // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1986. – Vol. 43. – P. 577-582.
 79. Robinson J., Hetrick S.E., Martin C. Preventing suicide in young people: systematic review // *Aust. NZ. J. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 45. – P. 3-26.
 80. Roy A, Pompili M. Management of schizophrenia with suicide risk // *Psychiatr. Clin. N. Am.* – 2009. – Vol. 32. – P. 863-883.
 81. Saarinen P., Hintikka J., Lehtonen J. Somatic symptoms and risk of suicide // *Nord. J. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 52. – P. 311-317.
 82. Sahoo S., Mohapatra P.K. Demoralization syndrome: a conceptualization // *Orissa J. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 16. – P. 18-20.
 83. Schooler N.R. Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 67. – Suppl. 5. – P. 19-23.
 84. Sernyak M., Desai R., Stolar M. et al. Impact of clozapine on completed suicide // *Am. J. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158. – P. 931-937.
 85. Shea S.C. *Psychiatric interviewing: the art of understanding*. Philadelphia: Saunders, 1988.
 86. Simon R.I. *Psychiatry and law for clinicians*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.
 87. Siris S.G., Addington D., Azorin J.M. et al. Depression in schizophrenia: recognition and management in the USA // *Schizophr Res.* – 2001. – Vol. 47. – P. 185-197.
 88. Siris S.G., Bermanzohn P., Mason S.E. et al. Maintenance imipramine therapy for secondary depression in schizophrenia: a controlled trial // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1994. – Vol. 51. – P. 109-115.
 89. Siris S.G., Morgan V., Fagerstrom R. et al. Adjunctive imipramine in the treatment of postpsychotic depression: a controlled trial // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1987. – Vol. 44. – P. 533-539.
 90. Spina E., De Domenico P., Ruello C. et al. Adjunctive fluoxetine in the treatment of negative symptoms in chronic schizophrenia patients // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 1994. – Vol. 9. – P. 281-285.
 91. Spivak B., Roitman S., Vered Y. et al. Diminished suicidal and aggressive behavior, high plasma norepinephrine levels, and serum triglyceride levels in chronic neuroleptic-resistant schizophrenic patients maintained on clozapine // *Clin. Neuropharmacol.* – 1998. – Vol. 21. – P. 245-250.
 92. Stone M., Laughren T., Jones M.L. et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration // *BMJ*. – 2009. – Vol. 339. – P. b2880.
 93. Storosum J.G., van Zwieten B.J., Wohlfarth T. et al. Suicide risk in placebo vs active treatment in placebo-controlled trials for schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 60. – P. 365-368.
 94. Taiminen T.J., Kujari H. Antipsychotic medication and suicide risk among schizophrenic and paranoid inpatients: a controlled retrospective study // *Acta Psychiatr Scand.* – 1994. – Vol. 90. – P. 247-251.
 95. Tarrier N., Haddock G., Lewis S. et al. Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: the effects of CBT // *Schizophr. Res.* – 2006. – Vol. 83. – P. 15-27.
 96. Tidemalm D., Langstrom N., Lichtenstein P., Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long-term follow-up // *BMJ*. – 2008. – Vol. 337. – P. 2205.
 97. Tiihonen J., Lönnqvist J., Wahlbeck K. et al. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 63. – P. 1358-1367.
 98. Tiihonen T., Lönnqvist J., Wahlbeck K. et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study) // *Lancet*. – 2009. – Vol. 374. – P. 620-627.
 99. Tiihonen J., Lönnqvist J., Wahlbeck K. et al. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 63. – P. 1358-1367.
 100. Tollefson G.D., Sanger T.M., Lu Y., Thieme M.E. Depressive signs and symptoms in schizophrenia: a prospective blinded trial of olanzapine and haloperidol // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 55. – P. 250-258.
 101. Treatment of schizophrenia 1999: the expert consensus guideline series // *J. Clin. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 60. – Suppl. 11. – P. 3-80.
 102. Turkington D., Kingdon D., Turner T. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia // *Br. J. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 180. – P. 523-527.
 103. Van Putten T., May R.P. Akinetic depression in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1978. – Vol. 35. – P. 1101-1107.
 104. Walker A.M., Lanza L.L., Arellano F. et al. Mortality in current and former users of clozapine // *Epidemiology*. – 1997. – Vol. 8. – P. 671-677.

105. Ward A., Ishak K., Proskorovsky I. et al. Compliance with refilling prescriptions for atypical antipsychotic agents and its association with the risks for hospitalization, suicide, and death in patients with schizophrenia in Quebec and Saskatchewan: a retrospective database study // *Clin. Ther.* – 2006. – Vol. 28. – P. 1912-1921.
106. Vartiainen H., Tiihonen J., Putkonen A. et al. Citalopram, a selective serotonin reuptake inhibitor, in the treatment of aggression in schizophrenia // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1995. – Vol. 91. – P. 348-351.
107. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention // *Eur. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 27, № 2. – P. 129-141.
108. Whitehead C., Moss S., Cardno A., Lewis G. Antidepressants for the treatment of depression in people with schizophrenia: a systematic review // *Psychol. Med.* – 2003. – Vol. 33. – P. 589-599.
109. Wilkinson G., Bacon N.A. A clinical and epidemiological survey of parasuicide and suicide in Edinburgh schizophrenics // *Psychol. Med.* – 1984. – Vol. 14. – P. 899-912.
110. Winokur G., Tsuang M. The Iowa 500: suicide in mania, depression, and schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1975. – Vol. 132. – P. 650-651.
111. Zigmond A.S. Learning from adverse events // *Adv. Psychiatric Treatment.* – 1998. – Vol. 1.4. – P. 263-269.
112. Zisook S., Kasckow J.W., Lanouette N.M. et al. Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial // *J. Clin. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 71. – P. 915-922.

Транслитерация:

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Profilaktičeskaja suīdāl'nogo povedenija. Metodičeskie rekomendacii. – M., 1980. – 24 s.
2. Bylim I.A., Ljubov E.B. Pervyj jepizod šizofrenii: kliniko-social'nyj i jekonomičeskij jefekty celevoj psihosocial'noj po-moshhi // *Psihičeskoe zdorov'e.* – 2011. – № 1 (56). – S. 60-65.
3. Gurovich I.Ja., Ljubov E.B. Farmakojepidemiologija i farmakojekonomika v psihiatrii. – M.: Medpraktika, 2003. – 264 s.
4. Kornetov N.A. Mul'tiaspektnaja model' profilaktiki suīdov // *Tjumenskij medicinskij žurnal.* – 2013. – Tom 15, № 1. – S. 11-12.
5. Levina, N.B., Ljubov E.B., Rusakova G.A. Trud i tjazheloe psihičeskoe rasstrojstvo. Chast' I // *Social'naja i kliničeskaja psihiatrija.* – 2010. – Tom 20. – Vyp. 1. – S. 91-99.

6. Ljubov E.B. Mnogostoronnij analiz jeffektivnosti dlitel'nogo lečeniija šizofrenii ris-poleptom konsta v povsednevnoj psihiatricheskoj praktike (dannye 12 mesjacev lečeniija pacientov rossijskoj kogorty mezhdunarodnogo issledovanija e-STAR) // *Social'naja i kliničeskaja psihiatrija.* – 2011. – Tom 11. – Vyp. 3. – S. 66-73.
7. Ljubov E.B. i grupa issledovatelej. Ocenka bol'nichnymi pacientami svoih potrebnostej i udovletvorennosti psihiatricheskoj pomošh'ju // *Social'naja i kliničeskaja psihiatrija.* – 2012. – Tom 22. – Vyp. 4. – S. 51-56.
8. Ljubov E.B., Cuprun V.E. Suīdāl'noe pove-denie pri šizofrenii. Chast' I: Jepidemiologija i faktory riska // *Suīdologija.* – 2013. – Tom 4, № 1 (10). – S. 15-28.
9. Ljubov E.B., Cuprun V.E. Vek, vremja i mesto professora Ambrumovoj v otečestvennoj suīdologii [Jelektronnyj resurs] // *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. žurn.* – 2013. – № 2 (19).
10. Chuprikov A.P., Piljagina G.Ja., Vojceh V.F. Glossarij suīdologičeskikh terminov. – Kiev, 1999.

SUICIDAL BEHAVIOUR AND SCHIZOPHRENIA:
PROMISING PREVENTATIVE AND CURATIVE
BIOPSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS

E.B. Ljubov, V.E. Tsuprun

The Moscow Institute of Psychiatry, Russia

This article reviews the literature dealing with the treatment of at-risk patients with schizophrenia and suicidal behaviour. With the purpose of assisting mental health professionals to better understand some of the treatment challenges. The treatment of suicidal patients with a diagnosis of schizophrenia involves careful assessment of risk factors and formulation of a comprehensive safety plan involving biopsychosocial interventions. Although there is at least modest evidence suggesting that antipsychotic medications protect against suicidal risk, the evidence appears to be most favourable for second-generation antipsychotics, particularly clozapine. In addition, treating depressive symptoms in patients with schizophrenia is an important component of suicide risk reduction. This includes building patients' social support networks and teaching positive coping skills. Furthermore, both psychosocial and pharmacological approaches applied in the long term should help minimize the risk of suicide. Further research is needed to more effectively personalize the treatment of suicidal thoughts and behaviours and the prevention of suicide in patients with schizophrenia.

Key words: schizophrenia, suicidal risk, treatment, prevention.