

ДИНАМИКА УРОВНЕЙ СУИЦИДАЛЬНОЙ УГРОЗЫ И ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ С ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

С. В. Харитонов

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Распространенность суицидальных попыток и угроза суицида очень высоки среди пациентов с личностными расстройствами [1]. Актуализация суицидального риска значительно влияет на динамику терапии и порой требует прервать основной психотерапевтический процесс [2] и далее руководствоваться правилами и принципами кризисного вмешательства, что затягивает сроки терапии и усложняет ее. Таким образом, исследование динамической связи между выраженностью симптомов личностного расстройства и уровнем суицидальной угрозы пациентов крайне важны для построения эффективной тактики терапии [3]. Ситуация усугубляется еще и тем, что в связи с особенностями психотерапевтического метода существует риск болезненных психических реакций при попытках осознания или изменения дезадаптивных поведенческих паттернов [4, 5]. Остается открытым вопрос: насколько подобные риски существенны с точки зрения актуализации суицидальной активности во время терапии?

Цель исследования: определение связи между уровнем суицидальной угрозы и выраженностью симптомов личностного расстройства у пациентов в процессе психотерапии. В качестве гипотезы предположено, что более высокие показатели тяжести симптомов положительно коррелируют с уровнем суицидальной угрозы.

Материалы и методы исследования

В проспективное исследование включены 231 пациент в возрасте 18–44 лет с верифицированным диагнозом личностного расстройства (МКБ-10). Пациенты получали терапию в отделении суицидологии Московского НИИ психиатрии в 2004–2010 годах. В исследование включены: 17 пациентов с параноидным (F60.0), 22 – с шизоидным (F60.1), 17 – с диссоциальным (F60.2) расстройствами личности; 31 – с импульсивным типом (F60.30) и 25 – с пограничным типом (F60.31) эмоционально неустойчивого расстройства; 29 – с истерическим (F60.4), 40 – с ананкастным (F60.5), 15 – с тре-

вожным (F60.6), 35 – с зависимым (F60.7) расстройствами личности. Пациенты обращались самостоятельно или по направлениям других психиатров.

Большинство пациентов (143 чел.) имело среднее (среднее специальное) образование. Меньшую долю составили пациенты с высшим образованием (89 чел.). Безработными были 23 человека, а студентов – 41 человек.

Все пациенты получали когнитивно-поведенческую и/или рациональную психотерапию, направленную на послабление или устранение симптомов личностного расстройства. Кризисная терапия проводилась по необходимости для устранения суицидальной угрозы. Пациенты прошли, в среднем, чуть более 30 психотерапевтических сессий на протяжении года. Психофармакотерапия не применялась.

Для определения уровней суицидальной угрозы применена шкала А.Г.Амбрумовой [1]. Первая ступень шкалы – пассивные суицидальные мысли (представления и фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни). Вторая ступень – суицидальные замыслы с продумыванием способов, времени и необходимого действия для совершения суицида. Третья ступень – суицидальные намерения: к замыслу присоединяется волевой компонент, побуждающий к поведенческой активности.

Оценка клинической динамики и эффективности терапии осуществлялась с помощью шкалы общего клинического впечатления (CGI). Состояние пациентов оценивалось в начале лечения, через 2 недели, спустя 1, 3, 6 месяцев и в конце лечения (через 11–14 мес.).

Статистический анализ полученных данных осуществлялся методами непараметрической статистики. Ранговая корреляция оценивалась по показателям R-Спирмена и Тау Кендала. Исследование динамики зависимых групп осуществлялось с помощью теста Уилкоксона и метода знаков. Описательная статистика включала показатели средних величин, дисперсии, стандартного отклонения, среднего геометрического и гармо-

нического, исследовались показатели асимметрии и эксцесса, мода, коэффициент вариации, процентиля 25 и 75% и коэффициент дисперсии.

Работа выполнена в соответствии с принципами Хельсинской декларации и с информированного согласия пациентов.

Результаты

Всего пациенты получили в среднем по выборке 34,4 психотерапевтических сессии (при стандартном отклонении=5; стандартной ошибке (среднего)=0,33; дисперсии 25,5; моде=38; медиане=34; коэффициенте вариации=0,15; процентиля 25% (Q1)=31; процентиля 75% (Q2)=38; коэффициент дисперсии составил 0,12).

Исследование динамики уровней суицидальной активности позволило определить ряд характеристик, данные представлены в табл. 1. Уровни суицидальной активности оценивались по 4-х балльной шкале: 1 – суицидальные намерения, 2 – суицидальные замыслы, 3 – пассивные суицидальные мысли, 4 – нет признаков суицидальной активности.

Как видно из представленных данных, в годовой динамике происходило смещение уровня суицидальной активности от намерений к практически полному отсутствию суицидальной активности.

Характеристика динамики показателя «выраженность расстройства» приведена в табл. 2. Тяжесть оценивалась по всем диагностическим

Таблица 1

Показатели описательной статистики для уровней суицидальной активности

Показатели описательной статистики	До начала терапии	Через 2 недели	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 1 год
среднее	1,25	2	2,6	3,04	3,48	3,96
дисперсия	0,56	0,52	0,42	0,33	0,29	0,04
стандартное отклонение	0,75	0,72	0,65	0,58	0,54	0,2
диапазон (максимальное расстояние)	3	3	3	3	3	1
среднее геометрическое	1,32	1,95	2,54	2,97	3,43	3,95
среднее гармоническое	1,55	1,8	2,41	2,89	3,37	3,94
асимметрия	- 0,06	- 0,07	- 0,63	- 0,4	- 0,48	- 4,48
эксцесс	2,4	2	3,3	4,46	3,1	21,14
мода	1	2	3	3	нд	4
коэффициент вариации	0,6	0,34	0,25	0,19	0,16	0,05
среднее отклонение	0,62	0,55	0,55	0,34	0,52	0,08
процентиль 25% (Q1)	1	2	2	3	3	4
процентиль 75% (Q2)	2	3	3	3	4	4
коэффициент дисперсии (COD)	0,56	0,26	0,14	0,11	0,17	0,01

Таблица 2

Показатели основной статистики для «выраженности симптомов» шкалы CGI

Показатели описательной статистики	До начала терапии	Через 2 недели	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 1 год
среднее	6	5,15	4,15	3,97	3,67	2,76
дисперсия	0,73	0,51	0,13	0,13	0,22	0,18
стандартное отклонение	0,85	0,71	0,37	0,37	0,47	0,43
диапазон (максимальное расстояние)	3	4	2	2	2	1
среднее геометрическое	5,97	5,1	4,13	3,96	3,65	2,72
среднее гармоническое	5,91	5,05	4,12	3,94	3,62	2,67
асимметрия	- 0,11	- 0,09	1,72	- 0,26	- 0,94	- 1,2
эксцесс	1,48	2,65	4,89	7,42	2,2	2,44
мода	7	5	4	4	4	3
коэффициент вариации	0,14	0,13	0,08	0,09	0,13	0,15
среднее отклонение	0,73	0,55	0,26	0,15	0,43	0,37
процентиль 25% (Q1)	5	5	4	4	3	3
процентиль 75% (Q2)	7	6	4	4	4	3
коэффициент дисперсии (COD)	0,12	0,09	0,04	0,03	0,08	0,08

Таблица 3

Динамика изменений показателей выраженности суицидальной активности

Сравниваемые периоды	Показатель R-Спирмена	Тау Кендала
До начала терапии – через 2 недели	0,52*	0,38*
Через две недели терапии – через месяц	0,54*	0,37*
Через месяц – через три месяца	0,23*	0,14*
Через три месяца – через 6 месяцев	0,19*	0,12*
Через 6 месяцев – через 1 год	0,08	0,02

Примечания: * – различия статистически достоверны при $p < 0,01$.

Таблица 4

Динамика изменений показателей выраженности симптомов личностных расстройств по шкале CGI

Сравниваемые периоды	Тест Уилкоксона	Метод Знаков
До начала терапии – через 2 недели	11,36*	12,93*
Через две недели терапии – через месяц	11,97*	13,64*
Через месяц – через три месяца	5,18*	5,8*
Через три месяца – через 6 месяцев	6,68*	7,56*
Через 6 месяцев – через 1 год	11,67*	13,38*

Примечания: * – различия статистически достоверны при $p < 0,01$.

Таблица 5

Показатели корреляционной связи между выраженностью суицидальной активности и конструктором «выраженность расстройств» по шкале CGI в годовой динамике

Сроки терапии	До лечения	Через 2 недели	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 1 год
Показатель коэффициента корреляции	0,1107	0,1235	0,076	0,045	- 0,096	0,028

критериям того или иного личностного расстройства и усреднялась округляемая до целой величины.

Приведенные показатели свидетельствуют о более чем двукратном снижении выраженности заболевания в годовой динамике.

Для оценки достоверности произошедших изменений в уровне суицидальной активности были проанализированы показатели статистики Спирмена и Тау Кендала. С их помощью представлялось возможным оценить достоверность происходящих изменений в каждом из анализируемых периодов. Данные представлены в табл. 3.

Различия между показателями суицидальной активности на 6 месяце и в конце терапии оказались недостоверными. Однако это обстоятельство связано, в том числе и с тем, что к 6 месяцу пациенты демонстрировали много показателей низкой суицидальной активности или не обнаруживали ее вовсе.

Оценка достоверности изменений в выраженности личностных расстройств осуществлялась с применением непараметрической статистики для зависимых рядов. Данные представлены в табл. 4.

Таким образом, уже с начала терапии было достигнуто статистически достоверное снижение выраженности признаков личностного расстройства, и эти отличия сохранялись на статистически достоверном уровне на протяжении всего периода терапии.

Исследование корреляционной связи между выраженностью суицидальной активности и выраженностью личностного расстройства осуществлялось с помощью обычного корреляционного анализа. Данные представлены в табл. 5.

Как видно из приведенных данных, корреляционная связь между исследуемыми показателями очень низкая. К 6 месяцу терапии эта связь становится отрицательной и в конце терапии стремится к нулевой отметке.

Выводы

Данное исследование позволяет сделать ряд выводов:

1. Применение психотерапевтического вмешательства (по крайней мере когнитивно-поведенческого и рационального подходов) у больных с личностными расстройствами и суицидальной активностью позволяет снижать как выраженность симпто-

мов личностного расстройства, так и уровень суицидальной угрозы.

2. В течение годового курса терапии определено статистически достоверное снижение показателей выраженности симптомов личностного расстройства вплоть до конца терапии (через 1 год от начала лечения).

3. Суицидальный риск не имеет явной зависимости от выраженности симптомов личностного расстройства, и в процессе терапии целесообразно учитывать возможное его усиление, несмотря на

уменьшение тяжести симптомов личностного расстройства.

Данное обстоятельство может быть связано как с сопутствующими личностному расстройству феноменами (диагностируемыми по первой оси в терминах DSM), так и с тем, что личностное расстройство и его выраженность не определяют уровня суицидальной активности. Корреляционная связь между уровнем суицидальной активности и выраженностью симптомов личностных расстройств оказалась крайне низкой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М., 1980. 48 с.
2. Бек Дж.С. Когнитивная терапия: полное руководство. Пер. с англ. М.: ООО «И.Д.Вильямс», 2006. С. 49.
3. Пилягина Г.Я. Механизмы суицидогенеза и оценка суицидального риска при различных формах аутоагрессивного поведения // Архив психіатрії. 2003. Т. 9, № 4. С. 18–26.
4. Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы. Пер. с англ. М.: Смысл, 2001. С. 274–308.
5. Brown M., Comtois K., Linehan M. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder // J. Abnorm. Psychol. 2002. Vol. 111. P. 198–202.

ДИНАМИКА УРОВНЕЙ СУИЦИДАЛЬНОЙ УГРОЗЫ И ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ С ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

С. В. Харитонов

Применение методов когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии позволяет снижать тяжесть личностного расстройства на протяжении всего годового периода наблюдения и терапии. Выраженность симптомов личностных расстройств мало или почти не связана с суицидальным риском, и в процессе тера-

пии целесообразно учитывать возможное усиление суицидальных тенденций, несмотря на уменьшение тяжести симптомов личностного расстройства.

Ключевые слова: риск суицида, личностные расстройства, когнитивно-поведенческая, поведенческая психотерапия.

DYNAMICS OF SUICIDALITY AND SEVERITY OF SYMPTOMS IN PATIENTS WITH PERSONALITY DISORDERS

S. V. Kharitonov

Cognitive behavioral and 'rational' therapy help to reduce the severity of personality disorders during a 12-month follow-up observation and treatment period. The severity of personality disorders is hardly or not at all associated with the risk of suicide. However, in the course of treatment, it is

recommended to take into account the possibility of increasing suicidality against background improvement with the personality disorder.

Key words: suicidality, personality disorders, cognitive behavioral therapy, behavioral therapy.

Харитонов Сергей Викторович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения суицидологии ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: sergeyhar@mail.ru