

Суицидальное поведение и ВИЧ-инфекция

Н.Ю. ЖАБЕНКО

/ГУ «Луганский государственный
медицинский университет»/

Резюме

Суїцидальна поведінка та ВІЛ-інфекція

Н.Ю. Жабенко

Обстежено 143 хворих з ВІЛ-інфекцією. Суїцидальні думки були визначені у 23,6% пацієнтів. ВІЛ-інфіковані хворі із суїцидальними тенденціями мали вірогідно тяжчі депресивні та тривожні розлади, порушення сну, характеризувалися найбільш високими показниками ворожості. Найчастіше суїцидальні думки відзначалися у пацієнтів, інфікованих ВІЛ за невизначених обставин. Встановлена мультифакторіальна природа антивітальних тенденцій.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, суїцидальні думки, суїцидальна поведінка

Summary

Suicidal behavior and HIV-infection

N. Zhabenko

A total of 143 HIV-infected patients took part in the study. Prevalence of suicidal ideations among HIV-infected patients was 23,6%. Severity of depressive disorder, anxiety disorder was significantly associated with the presence of suicidal ideations. Those patients were more likely to report insomnia, and had significantly greater hostility index. The multifactorial nature of suicide attempts is described.

Key words: HIV-infection, suicidal ideation, suicidal behavior

Актуальность темы работы

Суицид является сложной медико-социальной проблемой. Украина занимает одно из ведущих мест в Европе по количеству суицидов, и по числу самоубийств входит в десятку стран мира с наивысшими показателями [1, 2]. Факторами риска суицида являются психические заболевания, наркотическая зависимость, тяжелая соматическая патология. В связи с развитием и распространением высокоактивной антиретровирусной терапии больные СПИДом в настоящее время живут дольше, чем раньше. Тем не менее, установлено, что СПИД является достоверным фактором риска развития суицида, уровень которого в 7,4–66 раза выше у ВИЧ-инфицированных, чем среди других групп населения [3]. Исследования показывают, что 27–40% ВИЧ-инфицированных обнаруживают суицидальные идеи [4–6]. По мнению одних исследователей, существует два критических периода возникновения суицидов: это первые 6 месяцев после установления факта ВИЧ-инфицирования, второй критический период – присоединение оппортунистических инфекций и выставление диагноза СПИД [7]. По мнению других исследователей, возникновение антивитальных тенденций не зависит от течения и стадии заболевания [8]. Стигматизация и дискриминация ВИЧ-инфицированных усиливают психические расстройства и повышают риск развития суицида. Оппортунистические инфекции, тяжесть соматического состояния, ВИЧ-ассоциированная деменция могут также способствовать реализации суицидального поведения. Адекватные профилактические мероприятия в отношении суицида могут существенно снизить его уровень [9]. Следует отметить важность изучения суицидальной настроенности, так как несколько исследований независимо друг от друга установили, что две трети всех самоубийц высказывали суицидные идеи, и более чем одна треть – высказывали явные суицидальные намерения [10, 11]. Также известно, что 40% пациентов за неделю до самоубийства консультируются по поводу своего состояния с врачом общей практики, а 25% про-

ходят амбулаторное исследование у врача-психиатра. Если принять во внимание все эти обстоятельства, а также факт, что ВИЧ-инфицированные хорошо реагируют на психотерапевтическую помощь, следует вывод, что соответствующие меры по предотвращению суицида должны приниматься для разрешения проблемы суицидального кризиса у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Целью настоящего исследования было оценить суицидальное поведение у ВИЧ-инфицированных пациентов Луганской области, выяснить, что является детерминантами суицидальных мыслей. Статья является фрагментом научно-исследовательской работы, проведенной на кафедре психиатрии, наркологии и медицинского психологии Луганского государственного медицинского университета «Патоморфоз психических расстройств под влиянием лечебных, социальных и экопатогенных факторов промышленного региона» (номер государственной регистрации 0110 U001430).

Материалы и методы исследования

Обследовано 143 человека, которые находились на стационарном лечении в Луганском областном центре по профилактике и борьбе со СПИДом. Средняя длительность заболевания с момента установления ВИЧ-положительного статуса составила 5 лет ($\pm 3,2$ года). В группе обследованных 69,4% были мужчины, большинство (63,2%) были холостыми, 20,8% обследованных состояли в гражданском браке. Средний возраст пациентов составил 33,3 года ($\pm 5,3$ года). 72,2% включенных в исследование были пациенты со средним специальным образованием, 16% имели средний уровень образования. По трудовому договору работали 24,3% больных, 73,6% из наблюдаемой группы были не удовлетворены своими материально-бытовыми условиями и расценили свое финансовое положение как недостаточное.

Установление наличия суицидальности осуществлялось с помощью клинического интервью, а также при помощи

Колумбийской шкалы оценки тяжести суицида [12]. Данная шкала была валидизирована и признана надежным инструментом оценки суицидальных мыслей, суицидального поведения и суицидальных попыток в клинической практике. Колумбийская шкала оценки тяжести суицида применяется также в научно-исследовательской работе. Шкала оценивает суицидальные мысли, их частоту, продолжительность, контролируемость, сдерживающие факторы, основания суицидальных мыслей; оценивает суицидальное поведение. В дополнение больным было предложено заполнить Афинскую шкалу инсомнии для выявления нарушений сна [13]; опросник Басса и Дарки (адаптация А.К. Осницкого) для диагностики состояний агрессии [14]; сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного перечня MMPI (адаптация Ф.Б. Березина и М.П. Мирошниковой) для оценки уровня нервно-эмоциональной устойчивости, степени интеграции личностных свойств, уровня адаптации личности к социальному окружению [14]. Исследователем была заполнена оценочная шкала депрессии Монгмери-Асберга [15], оценочная шкала тревоги Гамильтона [16].

Результаты и их обсуждение

Тридцать четыре (23,6%) пациента с ВИЧ-инфекцией отмечали, что их посещали мысли о желании умереть, 41,2% из этой группы заявляли, что мысли у них появляются реже одного раза в неделю, у 32,4% пациентов суицидальные мысли возникали еженедельно, 14,7% ВИЧ-инфицированных с суицидальными мыслями отмечали частое появление мыслей о желании умереть с примерной частотой от 2 до 5 раз в неделю; 8,8% обнаруживали ежедневное посещение суицидальных мыслей, 2,9% испытывали наличие мыслей о нежелании жить многократно в течение дня. Около одной трети пациентов отмечали, что мысли о желании умереть мимолетные, 5,9% обследованных пациентов с суицидальными тенденциями имели тягостные длительные (более 8 часов) мысли. Доминирующей мотивацией к совершению суицида явилось прекращение боли душевной и физической, никто из пациентов не отметил, что основанием совершения суицида явилось привлечение внимания или помощи. Пациенты отмечали, что мысли о смерти являются для них тягостными, с трудом удается контролировать их содержание (70,5% обследованных), и лишь 17,5% заявили, что они с легкостью могут их контролировать. 82,4% отмечали наличие сдерживающих факторов к совершению суицида (семья, родители, дети). Среди всех обследованных пациентов с суицидальными тенденциями 4 (11,8%) человека в тот или иной период заболевания совершили попытку суицида, у 2 из них была прерванная попытка суицида, у 2 – остановленная попытка.

Мужчины и женщины не отличались достоверно по частоте высказывания антивитаальных мыслей ($p=0,795$) (таблица). Также не найдено корреляции между различными возрастными группами ($p=0,170$). ВИЧ-инфицированные, которые высказывали суицидальные мысли, достоверно выше имели средний балл по шкале депрессии Монгмери-Асберга (19,1 против 12,9 соответственно, $p<0,05$) и по шкале оценки тревожного состояния Гамильтона (15,8 против 11,5, $p<0,05$), достоверно выше средний балл по шкале ипохондрии сокращенного варианта MMPI (48,6 и 41,6, $p<0,05$), у пациентов с суицидальными тенденциями достоверно выше отмечался показатель индекса враждебности по методике исследования Басса и Дарки (45,3 и 36,8, $p<0,05$). Около половины (47,1%) пациентов с мыслями о нежелании жить имели клинически выявленные и подтвержденные объективным исследованием (Афинская

Таблица. Сравнительная характеристика ВИЧ-инфицированных пациентов с наличием и отсутствием суицидальных мыслей

Показатель	Пациенты с наличием суицидальных мыслей (общее количество – 34), %	Пациенты без суицидальных мыслей (общее количество – 109), %	p. value	
Пол	мужской женский	67,6 32,4	70,0 30,0	0,795
Возраст (средний возраст), годы		34,09 ($\pm 4,9$)	33,01 ($\pm 5,4$)	0,170
Семейное положение	не женат/не замужем женат/замужем вдовец/вдова разведен/а состоит в гражданском браке	52,9 5,9 2,9 5,9 32,4	66,4 11,8 0 4,5 17,3	0,100
Образование	среднее средне-специальное неоконченное высшее высшее	8,8 79,4 5,9 5,9	18,2 70,0 5,5 6,4	0,623
Материально-бытовые условия	удовлетворительные недостаточные	29,4 70,6	25,5 74,5	0,647
Депрессия, общий балл по шкале MADRS		19,1 ($\pm 12,2$)	12,9 ($\pm 9,4$)	0,007
Уровень тревоги, шкала Гамильтона		15,8 ($\pm 8,9$)	11,5 ($\pm 8,2$)	0,011
Шкала ипохондрии MMPI		48,6 ($\pm 17,1$)	41,6 ($\pm 15,7$)	0,013
Инсомния (наличие инсомнии), Афинская шкала инсомнии		47,1%	27,3%	0,031
Индекс агрессивности, шкала Басса и Дарки		45,0 ($\pm 18,8$)	48,9 ($\pm 17,0$)	0,323
Индекс враждебности, шкала Басса и Дарки		45,3 ($\pm 17,6$)	36,9 ($\pm 17,8$)	0,015

шкала инсомнии) диссоциальные нарушения. Следует отметить, что преобладающим типом инсомнии явилась терминальная инсомния (раннее пробуждение). И в заключении, пациенты, инфицированные ВИЧ при неизвестных обстоятельствах, явились наиболее уязвимой группой риска возникновения суицидальных мыслей. Среди всех обследованных пациентов с антивитаальными тенденциями 47,1% были именно ВИЧ-позитивные, инфицированные неизвестным путем (рисунок).

Связи между наличием суицидальных мыслей и уровнем образования,

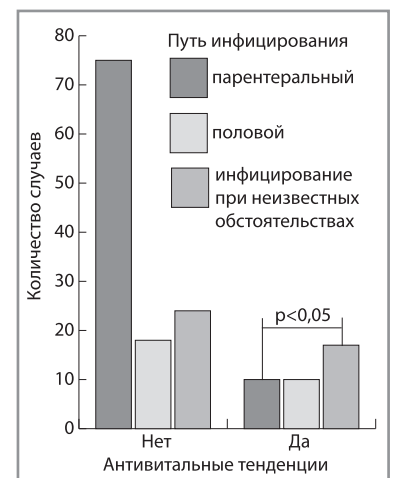


Рисунок. Распространенность антивитаальных тенденций среди трех групп ВИЧ-инфицированных

семейным положением, материально-бытовыми условиями выявлено не было. Не обнаружено достоверной взаимосвязи между длительностью заболевания и наличием суицидальных мыслей ($p=0,643$). В начальных стадиях заболевания доминирующими мыслями, которые наталкивали на суицид, явились мысли о неизлечимом заболевании, страх быть отвергнутыми друзьями и родственниками, страх быть обузой для семьи, у пациентов диагностирована клинически выраженная глубокая депрессивная симптоматика. При более длительном течении заболевания пациенты чувствовали себя одинокими, изолированными, в дополнение к тяжелой сопутствующей соматической патологии.

Целью настоящего исследования было охарактеризовать суицидальность ВИЧ-инфицированных пациентов, а также выявить детерминанты суицидальных мыслей с последующей разработкой мер профилактики. Полученные результаты показали, что антивитаальные тенденции довольно часто сопутствуют ВИЧ-инфекции и являются важным переживанием в жизни ВИЧ-инфицированного пациента. Мысли о желании умереть являются стойкими, частыми и трудно контролируемы. Ни пол, ни возраст не являлись определяющими факторами риска возникновения антивитаальных тенденций, что противоречит исследованиям, проведенным среди населения в целом [17]. Это может свидетельствовать о том, что ВИЧ-инфекция является более мощным фактором, чем демографические характеристики, и нивелирует предикторное действие первых.

Результаты данного исследования также указывают, что суицидальные мысли возникают в любой период течения ВИЧ-инфекции и не взаимосвязаны с ее прогрессированием. Это соотносится с заключениями одних исследований [7], но противоречит другим [3]. Следует также отметить, что Keiser и соавторы в своей деятельности указали, что пациенты с более низкими показателями CD 4 клеток были более склонны к совершению суицида [18].

Также следует, что пациенты, инфицированные ВИЧ неизвестным путем, более склонны к возникновению суицидальных мыслей, чем наркозависимые или инфицированные ВИЧ половым путем.

Выводы

Данная работа подтверждает мультифакториальную природу антивитаальных тенденций, указывая, что не только депрессия является важным фактором, влекущим к суицидальному поведению, но и нарушения сна (а именно терминальная инсомния), и степень личностной враждебности (негативные чувства и негативные оценки людей и событий).

Данное исследование открывает новые перспективы в профилактике суицидального поведения ВИЧ-инфицированных пациентов. Последующие исследования должны включить в себя вопросы изучения взаимосвязи между иммунным статусом и суицидальным поведением ВИЧ-инфицированных.

Литература

1. Nordstrom D.L. Ukraine set to act on high suicide burden / D.L. Nordstrom // *Injury Prevention*. – 2007. – Vol. 13. – P. 224–226.
2. World Health Organization, Suicide prevention (SUPRE) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
3. HIV seropositivity as a major risk factor for suicide in the general hospital / Alfonso S.A., Cohen M.A., Aladjem A.D. [et al.] // *Psychosomatics*. – 1994. – Vol. 35 (4). – P. 368–373.
4. Фернандез Ф. Психиатрические аспекты ВИЧ/СПИДа / Ф. Фернандез, П. Руиз. – К.: Сфера, 2009. – 492 с.
5. Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-AIDS / Kalichman S.C., Heckman T., Kochman A. [et al.] // *Psychiatric Services*. – 2000. – Vol. 51 (7). – P. 903–907.
6. Risk factors for suicide attempts in a human immunodeficiency virus screening program / Rundell J.R., Kyle K.M., Brown G.R. [et al.] // *Psychosomatics*. – 1992. – Vol. 33 (1). – P. 24–27.
7. Suicidal ideation, suicide attempts, and HIV infection / Kelly B., Med B., Raphael B. [et al.] // *Psychosomatics*. – 1998. – Vol. 39 (5). – P. 405–415.
8. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии. Т. 1 / М. Гельдер, Д. Гэт, М. Ричард. – К.: Сфера, 1999. – 300 с.
9. Suicide: current trends / Bailey K.L., Patel T.C., Avenido J. [et al.] // *Journal of National Medical Association*. – 2011. – Vol. 103 (7). – P. 614–617.
10. Robins E. The communication of suicidal intent: a study of 134 successful (completed) suicides / E. Robins, S. Gassner, J. Kayes // *Am. J. of Psychiatry*. – 1959. – Vol. 115. – P. 724–733.
11. A hundred cases of suicide: clinical aspects / Barraclough B.M., Bunch J., Nelsen B. [et al.] // *Br. J. of Psychiatry*. – Vol. 125. – P. 355–373.
12. The Columbia SuicideScreen: Validity and Reliability of a Screen for Youth Suicide and Depression / Shaffer D., Scott M., Wilcox H. [et al.] // *J. of Am. Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2004. – Vol. 43 (1). – P. 71–79.
13. Soldatos C. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria / C. Soldatos, D. Dikeos, T.J. Paparrigopoulos // *J. of Psychosomatic Research*. – 2000. – Vol. 48 (6). – P. 555–560.
14. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика / Д.Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ, 1999. – 669 с.
15. Montgomery S.A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S.A. Montgomery, M. Asberg // *Br. J. of Psychiatry*. – 1979. – Vol. 134. – P. 382–389.
16. Hamilton M. The assessment of anxiety by rating / M. Hamilton // *Br. J. of Med. Psychology*. – 1959. – Vol. 32 (1). – P. 50–55.
17. Age and gender differences among Australian suicide ideators: Prevalence and correlates / Fairweather A., Kaarin A., Bryan R. [et al.] // *J. of Nervous and Mental Disease*. – 2007. – Vol. 195 (2). – P. 130–136.
18. Suicide in HIV-Infected Individuals and the General Population in Switzerland, 1988–2008 / Keiser O., Spoerri A., Brinkhof M. [et al.] // *Am. J. of Psychiatry*. – 2010. – Vol. 167. – P. 143–150.