

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ОПРОСНИКА «ШКАЛЫ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА»

С.В. Харитонов, С.А. Чубина, С.В. Рызова, В.А. Соболев, В.М. Кушнарев

ФГБУ «Московский НИИ Психиатрии» Минздрава России, г. Москва, Россия
ГКУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 12» ДЗМ, г. Москва, Россия
ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П.Каменева», г. Тула, Россия

Контактная информация:

Харитонов Сергей Викторович – доктор медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник ФГБУ «Московский НИИ Психиатрии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-7572, e-mail: sergeyhar@mail.ru

Чубина Софья Александровна – врач-психиатр, психотерапевт. Место работы и должность: заведующая отделением ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева». Адрес: 301105, Тульская область, Ленинский район, п. Петелино. Телефон: (4876) 74-18-82, e-mail: sonyaost@yandex.ru

Рызова Светлана Владимировна – медицинский психолог. Место работы и должность: медицинский психолог ГКУЗ «Психиатрическая клиническая больница 12» Департамента здравоохранения г. Москвы. Адрес: 123367, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 47. Телефон: (499) 193-05-66, e-mail: ryzovas@gmail.com

Соболев Владимир Алексеевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: главный врач ГКУЗ «Психиатрическая клиническая больница 12» Департамента здравоохранения Москвы. Адрес: 123367, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 47. Телефон: (499) 193-72-33, e-mail: info@pkb12.mosgorzdrav.ru

Кушнарев Валерий Михайлович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник ФГБУ «Московский НИИ Психиатрии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: sergeyhar@mail.ru

В статье приводятся результаты валидации опросника «Шкалы динамического контроля суицидального риска», осуществлённого независимо в трех исследовательских центрах. Показатели, получаемые по шкалам опросника сопоставлялись с результатами клинических обследований и последующими результатами квалификации степени суицидального риска согласно критериев ВОЗ. Исследование проведено в выборке из 150 человек. Среди них были пациенты с разными нозологиями, разного возраста и пола как в пресуициде, так и в постсуициде. В результате исследования определено, что шкалы опросника, оценивающие выраженность способствующих и выраженность препятствующих факторов имеют высокую степень достоверности связи с клиническими оценками степеней суицидального риска. В заключении авторы указывают, что применение исследованного опросника не может заменить клинический способ оценки психического состояния, но может быть рекомендован как, вероятно, наиболее мощное средство выявления суицидального риска на сегодняшний день.

Ключевые слова: шкала динамического контроля, суицидальный риск, суицид, опросник, способствующие факторы, препятствующие факторы.

Актуальность предпринятого исследования связана с необходимостью повышения надежности оценок суицидального риска, в частности с использованием шкал и опросников. В некоторых общественных институтах и организациях оценка суицидального риска представляется важной не только в контексте значимости для личности, но и с точки зрения общих социальных, экономических [3], гуманистических и иных контекстов [6].

К сожалению, существует определенный дефицит в способах такого рода мониторингов в связи с отсутствием пригодных для этого методик, а обстоятельные исследования врачом психиатром-суицидологом большей частью просто невозможны. В тоже время, такого

рода системы диагностики и мониторинга могут иметь значение для принятия тех или иных организационных решений и существенно влиять на тактику терапии. В ранее проведенных нами исследованиях определено, что с результатами клинических способов оценки хорошо соотносится шкала А. Бека, показатели которой достоверно коррелируют как со шкалой А.Г. Амбрумовой, так и с классификацией ВОЗ степеней суицидального риска. С другой стороны, «Опросник причин для жизни» также демонстрирует хорошую согласованность с клиническими способами оценки уровня суицидальной угрозы [4].

Одним из важных аспектов применения клинических опросников вообще, является

полное отсутствие попыток динамического контроля. При том, что эта проблема довольно легко решается, идея ещё не нашла должного практического применения. В «Шкале динамического контроля суицидального риска» [5] заложена возможность оценки выраженности как факторов способствующих суициду, так и факторов препятствующих суицидальному поведению – не менее важных в диагностике и терапии суицидентов [2]. Кроме того, в предлагаемой шкале существует возможность оценки субъективной динамики состояния пациента, что очень важно для текущего прогнозирования состояния и возможностей терапии (какие факторы усиливать или ослаблять и каков тренд в динамике состояния).

Цель исследования: валидизация опросника «Шкала динамического контроля суицидального риска».

Материал и методы:

Исследование проводилось независимо в трех исследовательских центрах: отделение суицидологи Московского НИИ Психиатрии Минздрава России; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы "Психиатрическая клиническая больница №12 Департамента здравоохранения Москвы" – отделение психологической реабилитации и отделение пограничных состояний; и в отделениях пограничных состояний, отделении первого приступа, гериатрическом и диспансерном отделениях ГУЗ "Тюльская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева".

Обследование осуществлялось в случайном порядке как среди пациентов, находящихся на лечении в отделениях психиатрических больниц и обратившихся в связи с суицидальной активностью, так и среди пациентов, обратившихся по другим причинам за психиатрической и психотерапевтической помощью в разные подразделения исследовательских центров.

Всего обследовано 150 пациентов, из них 109 женщин и 41 мужчина. В нозологическом отношении выборка была очень разнородной (за исключением пациентов с выраженными расстройствами интеллектуальной сферы) и включала как расстройства личности, невротические и связанные со стрессом, аффективные расстройства и шизофрению. Включались пациенты как в пресуициде, так и в раннем, и позднем постсуициде.

Исследование осуществлялось путем сопоставления данных, получаемых при тестировании по шкалам опросника «динамического контроля суицидального риска» (ШДК), и результатами независимого клинического интервью.

Опросник «Шкалы динамического контроля суицидального риска» включает в себя 25 вопросов, входящих в 6 шкал. Из них 15 вопросов относятся к шкале «Способствующих суицидальному поведению факторов» и еще 10 вопросов относятся к шкале «Препятствующих суицидальному поведению факторов». Еще одной, немаловажной шкалой, является шкала «Разность», это рассчитываемая шкала, значения которой вычисляются как разность между значениями по шкале «Способствующих суицидальному поведению» факторов и значениями по шкале «Препятствующих суицидальному поведению» факторов. Эти три шкалы имеют временные координаты. Так категория «сейчас» показывает значения шкал, которые испытуемый указывает на настоящее время (момент обследования), а категория 3-4 недели назад показывает значения этих же шкал, которые испытуемый по своему субъективному ощущению имел 3-4 недели назад. Поэтому опросник дает возможность осуществлять динамическую субъективную оценку состояния, что и требуется для оценки динамики субъективных переживаний.

Показатели опросника сравнивались с результатами проведенного клинического интервью. Квалификация психического состояния осуществлялась согласно критериев ВОЗ о степенях суицидального риска. Согласно классификации выделяется пять степеней [1].

1. Риск отсутствует. По сути, риска нанесения себе вреда (членовредительства) не существует.

2. Незначительный. Суицидальные идеи ограничены, нет твердых планов или подготовки к нанесению себе вреда, известно всего лишь несколько факторов риска. Намерение совершить самоубийство не очевидно, но суицидальные идеи присутствуют. У индивидуума нет определенных планов, и не было попыток самоубийства в прошлом.

3. Умеренный. На лицо твердые планы и подготовка с заметным присутствием суицидальных идей, возможно наличие попыток суицида в прошлом, и, по крайней мере, два дополнительных фактора риска. Или, при нали-

чи более одного фактора риска суицида, присутствуют суицидальные идеи и намерение, но отрицается наличие четкого плана. Присутствует мотивация улучшить, по возможности, свое текущее эмоциональное состояние и психологический статус.

4. Высокий. Четкие и твердые планы и подготовка к тому, чтобы причинить себе вред, или известно, что у индивидуума были многочисленные попытки самоубийства в прошлом, наличие двух или более факторов риска. Суицидальные идеи и намерения вербализуются наряду с хорошо продуманным планом и средствами для выполнения этого плана. Индивидуум проявляет когнитивную жесткость и отсутствие надежд на будущее, отвергает предлагаемую социальную поддержку, в прошлом были попытки самоубийства.

5. Крайне высокий. В прошлом многочисленные попытки суицида наряду с несколькими значительными и многообразными факторами риска. Крайне необходимо повышенное внимание и неотложные меры.

Статистическая обработка осуществлялась многочисленными методами непараметрической статистики с помощью программы Stat-Plus 2009 Professional.

Результаты и обсуждение.

Полученные данные были обработаны методами описательной статистики по таким шкалам опросника «Шкалы динамического

контроля суицидального риска» (ШДК), как: способствующие суициду факторы (СФ) сейчас (СФс) и 3-4 недели назад (СФ 3-4 н.н.); препятствующие суициду факторы (ПФ) сейчас (ПФс) и 3-4 недели назад (ПФ 3-4 н.н.), разность между способствующими и препятствующим факторами сейчас (Разн.с) и разность значений между способствующими и препятствующими факторами 3-4 недели назад (Разн. 3-4 н.н.). Данные представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы значения по шкалам сейчас и 3-4 недели назад существенно отличаются. Результаты исследования корреляционной связи между степенями суицидального риска определяемого клинически по критериям ВОЗ, с одной стороны, и шкалами «ШДК» (СФс, ПФс, Разн.с.,..) представлены в табл. 2.

Из представленных в таблице данных следует, что все показатели опросника были не просто достоверны, а имели уровень очень высокой достоверности. При этом уровни достоверности корреляций между значениями способствующих факторов и разности между способствующими факторами и препятствующими факторами, с одной стороны, и значениями по шкале ВОЗ, с другой стороны, оказались более тесно связанными, чем значения препятствующих факторов были связаны с этими же показателями ВОЗ.

Таблица 1

Описательная статистика данных

Категории / Показатели	СФс	СФ 3-4 н.н	ПФс	ПФ 3-4 н.н.	Разн.с	Разн 3-4 н.н.
Среднее	15,7	20,4	17,3	14,8	-1,47	4,3
Дисперсия	119	136,3	47,4	48,2	282	319
Стандартная ошибка (среднего)	0,89	0,9	0,5	0,6	1,4	1,5
Среднее геометрическое	11,7	3,2	15,4	13	2,6	5,4
Мода	16	25	21	#Н/Д	-4	11
Асимметрия	0,8	-0,2	-0,46	0,17	0,5	-0,21
Экцесс	3	1,8	2,02	1,7	2,3	1,7
Среднее отклонение	8,4	10	6,1	5,9	13,8	15,7
Медиана	16	24	20	14	-4	11
Процентиль 25% (Q1)	6	7	12	8	-16	-16
Процентиль 75% (Q2)	19	27	22	22	10	17
Коэффициент дисперсии	0,5	0,4	0,28	0,4	3,3	1,4

Таблица 2

Корреляция между степенями суицидального риска, определяемого клинически по критериям ВОЗ и показателями шкал опросника ШДК

Категории / Показатели	СФс	ПФс	Разн.с
R Спирмена	0,95	-0,81	0,95
Уровень значимости	0	0	0
Тау Кендалла	0,80	-0,66	0,82
Уровень значимости	0	0	0
Гамма	0,99	-0,82	0,99
Коэффициент корреляции Пирсона	0,94	-0,76	0,93

При распределении участников исследования по подгруппам соответствующим степени суицидального риска, определяемой по критериям ВОЗ, рассчитаны средние величины показателей шкал соответствующие степеням суицидального риска (табл. 3).

По данным непараметрической статистики различия между показателями шкал ШДК, характеризующими выраженность факторов, способствующих суициду СФс (сейчас) и факторов препятствующих – ПФс (сейчас), характерных для разных степеней суицидального риска по шкале ВОЗ – достоверны.

Различия между показателями значений шкалы, способствующих факторов СФ (сейчас) характерными для 5 степени суицидального риска, и СФ (сейчас), характерными для 4 степени риска по тесту Колмогорова-Смирнова составили 0,86 (при уровне $p < 0,001$), по тесту Манна-Уитни $Z=4,5$ (при уровне $p < 0,001$).

Между показателями СФс, характерными для 4 и 3 степеней суицидального риска, максимальная разница в тесте Колмогорова-Смирнова составила -0,95 (при уровне $p < 0,001$), а Z в тесте Манна-Уитни =6,7 (при уровне $p < 0,001$).

Между показателями СФс, полученными в подгруппах со 2 и 3 степенями суицидального риска, максимальная разница в тесте Колмо-

рова-Смирнова составила =0,96 (при уровне $p < 0,001$), в тесте Манна-Уитни $Z=7,7$ (при уровне $p < 0,001$).

Разница аналогичных показателей в подгруппах с 1 и 2 степенями суицидального риска также была достоверна по всем тестам при уровне $p < 0,001$. В тесте Колмогорова-Смирнова максимальная разница = -0,95, в тесте Манна-Уитни $Z=6$.

При сопоставлении данных ШДК, характеризующих выраженность препятствующих факторов при 4 и 5 степенях суицидального риска, определено, что максимальная разница по тесту Колмогорова-Смирнова =0,33 при уровне значимости =0,37, по тесту Манна-Уитни $Z=0,68$, при уровне значимости 0,49. Таким образом, различия не были достоверны.

Различия между выраженностью препятствующих факторов на 4 и 3 степенях оказались достоверными при уровне $p < 0,001$. Максимальная разница по тесту Колмогорова-Смирнова =0,6, в тесте Манна-Уитни $Z=4,7$.

При исследовании различий между значениями ПФ на 3 и 2 степенях суицидального риска выявлены статистически достоверные различия при уровне $p < 0,001$. По тесту Манна-Уитни $Z=4,9$, а максимальная разница в тесте Колмогорова-Смирнова = -0,5.

Таблица 3

Средние величины показателей ШДК в зависимости от степени суицидального риска, определяемого по критериям ВОЗ

Шкалы ШДК/Степени суицидального риска по критериям ВОЗ	1 степень	2 степень	3 степень	4 степень	5 степень
СФс х.ср.	2,7±0,16	5,8±0,3	16,1±0,6	28,6±0,6	40,9±1,2
СФ 3-4 н.н. х.ср	3±0,12	7,1±0,5	24,8±0,5	36,4±0,5	26,5±1,8
ПФс х.ср.	26,1±0,4	21,9±0,5	16,6±0,7	8,8±0,9	10,7±0,7
ПФ 3-4 н.н. х.ср	25,3±0,2	21,7±0,6	10,7±0,6	8,5±0,5	15,0±1,1
Разн.с. х.ср.	-23,4±0,4	-16±0,4	-0,04±1	19,8±1,5	30,8±1,2
Разн 3-4 н.н. х.ср.	-22,2±0,2	-14,8±0,6	11,5±1	27,9±0,7	13,3±2,7

Различия в значениях шкалы ПФ при 1 и 2 степенях суицидального риска также были достоверны при уровне $p < 0,001$; в тесте Манна-Уитни $Z=6$, в тесте Колмогорова-Смирнова максимальная разница $=0,96$.

При исследовании статистически значимых различий между значениями разности выраженности способствующих факторов и выраженности препятствующих факторов, в зависимости от степени суицидального риска, квалифицированного клинически по критериям ВОЗ, определено, что между 5 и 4 степенью максимальная разница теста Колмогорова - Смирнова составила 0,68 (при уровне $p=0,001$), а Z в тесте Манна-Уитни $=3,8$ при уровне значимости $=0,0001$. Различия между значениями характерными для 4 и 3 степеней риска максимальная разница теста Колмогорова - Смирнова составила $-0,9$ (при уровне $p < 0,001$), а Z в тесте Манна-Уитни $=6,6$ при уровне значимости $p < 0,001$. Различия между аналогичными показателями при 3 и 2 степенях максимальная разница теста Колмогорова - Смирнова составила 0,97 при уровне $p < 0,001$, а Z в тесте Манна-Уитни $=7,6$, при уровне значимости $p < 0,001$. Различия между 1 и 2 степенями составили по тесту Колмогорова-Смирнова (максимальная разница) $= -0,95$ при уровне $p < 0,001$, по тесту Манна-Уитни $Z=6$, при $p < 0,001$.

С учетом значений средних величин, показателей дисперсии, квартилей и ряда других показателей наиболее оправданным выглядит распределение значений в три категории - незначительный риск, средний риск, высокий риск. Диапазоны значений по шкалам ШДК представлены в таблице 4.

Прогнозирование суицидального риска оказалось наиболее точным, если его оценивать по любой из шкал, а не только по шкале способствующих факторов. Так, если по шкале способствующих факторов уровень суицидального риска незначительный, а по шкале

«Препятствующие факторы» или по шкале «Разность» – средний или высокий, то оценивать уровень риска лучше как средний или высокий. При таком подходе число ложноотрицательных диагнозов самое низкое (в нашей выборке это показатель $=0$).

Динамическое наблюдение показало, что в нашей выборке у всех пациентов, получавших лечение в связи с суицидальной угрозой, фиксировалась динамика по шкалам ШДК. Так, во всех случаях, когда осуществлялась лечебная помощь, фиксировалось снижение показателей по шкале «Способствующие факторы» и/или повышение значений по шкале «Препятствующие факторы». Однако более строгое исследование динамики состояния и ретестовые возможности ШДК в данном исследовании не изучались.

Выводы:

Полученные результаты свидетельствуют о том, что, несмотря на небольшой по объему материал опросника, точность идентификации уровня суицидальной угрозы оказалась достаточно высокой. Надежность диагностики повышает еще и то обстоятельство, что риск можно оценивать по трем разным шкалам: «Способствующие факторы», «Препятствующие факторы» и «Разность» (разность между значениями способствующих и препятствующих факторов). То есть, в практическом отношении имеет смысл оценивать уровень суицидального риска по всем трем критериям, предпочитая для оценки уровня суицидального риска худший из результатов по любой из трех шкал. Такой подход позволяет минимизировать случаи ложноотрицательных диагнозов. Однако ложноположительные (когда по ШДК есть угроза, а по клиническим данным её нет или ее уровень ниже, чем оценивается по ШДК) диагнозы, вероятно, иногда могут возникать (хотя в нашей выборке их не было).

Таблица 4

Оценка уровня риска суицидального поведения по значениям ШДК

Уровень риска по ШДК	Способствующие факторы	Препятствующие факторы	Разность: способствующие – препятствующие факторы
Незначительный	Менее 15 баллов	Более 20 баллов	Менее -10
Средний	15-30 баллов	10-20 баллов	От -10 до $+10$
Высокий	Более 30 баллов	Менее 10 баллов	Более 10

Применение данного опросника не может заменить клинический способ оценки психического состояния и предполагает участие специалиста психиатра или клинического психолога, но опросник может быть рекомендован как вероятно наиболее мощное средство выявления суицидального риска на сегодняшний день.

Литература:

1. ВОЗ. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов. – Женева, 2006. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_rus.pdf Дата обращения 12.09.2013.
2. Зотов П.Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2 (11). – С. 58-63.
3. Любов Е.Б., Ястребов В.С., Шевченко Л.С. и соавт. Экономическое бремя шизофрении в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Том 12, вып. 3. – С. 36-42.
4. Харитонов С.В., Любов Е.Б., Рызова С.В., Соболев В.А., Кушнарев В.М. Сравнительный анализ наиболее распространенных методов оценки суицидального риска // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 4 (13). – С. 17-22.
5. Харитонов С.В. Опросник "Шкалы динамического контроля суицидального риска" (ШДК). URL: <http://kpp.okis.ru/shdk-suicidalnogo-riska.html> Дата обращения 22.04.2014.
6. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Магурдмова Л.Г. Медико-психологические и социально-

психологические концепции суицидального поведения // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3 (12). – С. 26-36.

RESULTS FROM CLINICAL TRIALS QUESTIONNAIRE "SCALES DYNAMIC CONTROL OF SUICIDAL BEHAVIOR"

S.V. Kharitonov, S.A. Chubina, S.V. Ryzova, V.A. Sobolev, V.M. Kushnariov

Moscow Research Institute of Psychiatry, Russia
Psychiatric Hospital № 12, Moscow, Russia
Clinical Psychiatric Hospital № 1 N.P. Kamenev, Tula

The results of validation of the questionnaire "Scales dynamic control of suicidal risk", carried out independently in three research centers. Figures obtained by test scales were compared with the results of clinical studies and the results of subsequent qualification level of risk according to WHO criteria. The study was conducted in a sample of 150 people. Among them were patients with different nosology different age and sex, as in presuicide and in postsuicide. The study determined that the scale of the questionnaire assessed as contributing to the severity and severity of barriers have a high degree of reliability due to the clinical assessment of the degree of suicidal risk. In conclusion, the authors suggest that the use of the questionnaire investigated cannot replace clinical method of evaluating mental status, but may be recommended as probably the most powerful tool to identify suicide risk today.

Keywords: dynamic range control, suicidal risk, questionnaire, contributing factors, impeding factors.

УДК: [616.89-008.441.44]-055.1

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МУЖЧИН: УТОЧНЕНИЕ РОЛИ БЕЗНАДЕЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ МЕТОДАМИ СТРУКТУРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ.

ЧАСТЬ III. МЕЖЛИЧНОСТНЫЙ СТИЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАК МЕДИАТОР СВЯЗИ ГНЕВА С РИСКОМ ТЯЖЁЛЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК У МУЖЧИН, ПЕРЕЖИВАЮЩИХ БЕЗНАДЕЖНОСТЬ

А.А. Мидько, Б.В. Бирон, В.А. Розанов

Одесский национальный университет им. И.И. Мечникова
Институт последипломного образования, г. Одесса, Украина

Контактная информация:

Мидько Андрей Анатольевич – врач-психиатр, заочный аспирант кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Место работы: врач-психиатр, коммунальное предприятие "Одесская областная клиническая психиатрическая больница №1", г. Одесса
Телефоны: +380-63-735-00-53, e-mail: midko@ukr.net

Бирон Богдан Владимирович – аспирант кафедры социальной и прикладной психологии Института математики, экономики и механики Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Телефон: +380-50-395-20-26, e-mail: biron@i.ua

Розанов Всеволод Анатолиевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Телефон: +380-50-520-21-27, e-mail: rozanov@te.net.ua