

УДК 616.895.8:616.89-008.441.44(048.84)

Для цитирования: Мунин А.О., Голубев С.А. Дефиниция суицидального риска у пациентов с шизофренией (обзор литературы). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2024. № 2 (123). С. 65-74. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2\(123\)-65-74](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2(123)-65-74)

## Дефиниция суицидального риска у пациентов с шизофренией (обзор литературы)

Мунин А.О.<sup>1,2</sup>, Голубев С.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» Россия, 107076, Москва, Потешная ул., 3

<sup>2</sup> ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34

### РЕЗЮМЕ

**Актуальность.** В настоящее время нет общепризнанного достоверного метода определения (в том числе сравнения, измерения) суицидального риска. Множество авторов указывает на большое количество ложных результатов при оценке суицидального риска простыми общепринятыми методами. В данном обзоре мы предлагаем рассмотреть оценку суицидального риска на примере дефиниции (формулирования) суицидального риска. Формулирование суицидального риска представляет собой комплексную оценку множества факторов с использованием лично ориентированного подхода. При формулировании суицидального риска оцениваются четыре группы параметров. Первая группа – статус риска суицидального поведения (suicide risk status), включает в себя оценку общих факторов риска, характерных для пациентов с шизофренией. Вторая группа – состояние риска суицидального поведения (suicide risk state), оценивает риск для человека по сравнению с его состоянием до болезни или вне обострения заболевания. Третья группа позволяет выявить наличие доступных ресурсов, которые существуют у данного пациента и которые он мог бы использовать для предотвращения суицидального поведения. В четвертую группу входят прогнозируемые события, которые могли бы увеличить риск суицидального поведения. Многочисленные данные указывают на индивидуальные, клинические, социальные и психологические факторы риска суицида у пациентов с шизофренией. При шизофрении модель формулирования суицидального риска позволяет клиницисту оценить актуальное состояние пациента и выбрать персонализированную стратегию лечения конкретного пациента с акцентом на мероприятия, направленные на предотвращение суицидального поведения. **Материалы и методы.** Произведен анализ современных российских и зарубежных научных публикаций, посвященных суицидальному поведению при шизофрении. Поиск научных публикаций проводился по ключевым словам: суицид у пациентов с шизофренией, формулирование суицидального риска, оценка суицидального риска при шизофрении. Для поиска литературных источников использовались наукометрические базы информационных данных (PubMed, Google Scholar databases, eLibrary).

**Ключевые слова:** шизофрения, суицидальное поведение, формулирование суицидального риска.

### ВВЕДЕНИЕ

По данным ряда исследований, более 90% совершивших самоубийство имеют психическое расстройство [1, 2, 3]. Помимо того, к факторам риска относят предыдущие попытки самоубийства, специфические особенности личности, генетическую отягощенность, психосоциальные стрессоры, доступность средств совершения самоубийства [2], семейный анамнез психических расстройств, мужской пол, тяжелую депрессию, безнадежность, сопутствующие заболевания [3]. С другой стороны, высказывается мнение, что психические заболевания слабо коррелируют с суицидальным поведением, гораздо больший процент самоубийств происходит при отсутствии психического заболевания [4]. Наиболее частыми психическими заболеваниями, связанными с суицидом или тяжелой суици-

дальной попыткой, являются аффективные и психотические расстройства [3, 5]. Повышают риск самоубийства демографические и психосоциальные (молодой возраст, мужской пол, отсутствие брака, безработность, наличие образования, крах ожиданий и надежд, плохая работоспособность, доступ к смертоносным средствам), клинические (осознание бреда, ангедония, асоциальность, притупленный аффект, несоблюдение режима лечения) факторы [5]. Уровень самоубийств в течение жизни у лиц с шизофренией составляет 4-13%, модальный уровень – около 10%. Зарегистрированные показатели суицидальных попыток у пациентов с шизофренией варьируют от 18% до 55% [5]. Риск самоубийства при шизофрении либо также высок как при аффективных расстройствах, либо находится на втором месте [6].

При депрессии в период ремиссии шизофрении суицидальные тенденции определяются биологическими, психологическими, социальными факторами (молодой возраст, женский пол, аффективные расстройства и суицидальное поведение у родственников) [7]. У 40-79% больных шизофренией хотя бы 1 раз в течение болезни возникали суицидальные мысли. Повышают риск предыдущие суицидальные попытки, отсутствие социальной поддержки и стабильных отношений, социальный дрейф после первого эпизода и психотические симптомы (подозрительность, параноидальный бред, психическая дезинтеграция, возбуждение, негативные симптомы, депрессия, безнадежность, командные галлюцинации), злоупотребление ПАВ, дисфункция префронтальной коры мозга [8]. Так как самоубийство – причина ранней смертности почти 5% больных шизофренией, распознавание факторов суицидального риска важно для его оценки, но существующее определение риска спорное и часто дает ложные результаты. Клинические особенности шизофрении являются устойчивыми и значимыми факторами суицидального риска. В то же время тип шизофрении (параноидный, гебефренический, кататонический) у пациентов с суицидальным поведением не имеет значимых различий [9].

Показано, что при злоупотреблении алкоголем и другими ПАВ риск суицидов возрастает. 64% погибших наркозависимых добровольно ушли из жизни в 36-45 лет, используя жёсткие способы (самоповешение, самопорезы), но без умышленных передозировок. Средний возраст потребителей опиатов – 42,7±2,6 года, синтетических психостимуляторов – 37,1±2,9 года, что ниже возрастных показателей суицидентов общей популяции [10].

В рамках теории «диатез-стресса» предложена концептуальная модель ранговых детерминант: I (биологические, клинические, личностно-психологические), II (повышающие риск развития), III (популяционная частота суицидов, социальные и этнокультуральные факторы) [11].

В настоящее время фокус с оценки факторов суицидального риска смещается на формулирование суицидального риска. Стратегии лечения и профилактики самоубийств могут быть улучшены путем одновременной оценки нескольких факторов риска самоубийства с использованием личностно ориентированного подхода. Комплексный подход оценки использован в интегративной трехранговой модели «3D» суицидального поведения: 1) биологическая предрасположенность (хотя её наличие не является фатальным); 2) личностно-психологические, этнокультуральные, социальные и медицинские; 3) стрессы личной жизни, критические жизненные события [12].

При шизофрении модель формулирования суицидального риска позволяет клиницисту оценить актуальное состояние пациента, выбрать адекватную стратегию лечения и мероприятия, направленные на предотвращение суицидального поведения. Для формулирования суицидального риска необходимо оценивать четыре различные группы параметров. Первая группа – *статус риска* (status state), включает в себя оценку общих факторов риска, характерных для пациентов с шизофренией. Вторая группа – *состояние риска* (risk state), оценивает риск для человека по сравнению с его исходным уровнем или с его состоянием вне обострения заболевания. Третья группа позволяет выявить *наличие доступных ресурсов*, которые существуют у данного пациента и которые он мог бы использовать для предотвращения суицида. В четвертую группу входят *прогнозируемые события*, которые могли бы увеличить риск суицидального поведения [9, 13, 14].

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Формулирование суицидального риска на основе комплексной оценки множественных факторов с использованием личностно ориентированного подхода.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Произведен анализ современных российских и зарубежных научных публикаций, посвященных суицидальному поведению при шизофрении. Поиск научных публикаций проводился по ключевым словам: суицид у пациентов с шизофренией, формулирование суицидального риска, оценка суицидального риска при шизофрении. Для поиска литературных источников использовались наукометрические базы информационных данных (PubMed, Google Scholar databases, eLibrary).

### ОБСУЖДЕНИЕ

#### Статус риска суицидального поведения

При оценке факторы статуса риска сравниваются с факторами риска суицидального поведения, характерными для пациентов с шизофренией. Обсуждаемая группа факторов является устойчивой и подтверждается многочисленными исследованиями. Сравнительно с общей популяцией и лицами с другими психическими расстройствами мужчины с шизофренией чаще женщин умирают в результате самоубийств, среди жертв суицида с шизофренией показатель полового различия составляет 1,5 раза (60% и 40%). Вместе с тем в женской выборке отмечается более высокая частота встречаемости незавершенных суицидальных попыток с сохранением контроля суицидальных мыслей [8]. Эти данные аналогичны результатам другого исследования, где описан «гендерный парадокс» больных шизофренией, при котором у женщин чаще выявляются суицидальные мысли, тем не менее мужчины ча-

ще умирают в результате самоубийства, это явное противоречие объясняется тем, что женщины используют демонстративные, более «мягкие» способы суицида с меньшей летальностью [15].

Обсуждаются потенциальные исходные факторы риска завершённого самоубийства и суицидального поведения: предыдущие попытки в анамнезе, частые повторные госпитализации, прием антидепрессантов [16], одиночество, молодой возраст, выраженные депрессивные симптомы, никотиновая зависимость [17], безнадежность, высокий коэффициент интеллекта, факт постановки диагноза шизофрении [18], первый психотический эпизод [19]. Продолжает регистрироваться этих факторов физическое, сексуальное, эмоциональное насилие в детстве, что определяет более раннее начало шизофрении, преморбидное функционирование, проявление симптомов, связанных с заболеванием [20]. История детской травмы (эмоциональное насилие), высокая тяжесть негативных симптомов – предикторы плохой реакции на лечение антипсихотиками [21]. Такие пациенты имели высокие показатели по шкале позитивных симптомов при поступлении и больше попыток самоубийства до поступления [22]. Существуют биологические модели психотравматизации, повышающей остроту психотических переживаний [23]. Выявлена корреляция между ранним началом заболевания, негативными симптомами, большим числом госпитализаций и рецидивов, ухудшением функционирования и худшим прогнозом исхода шизофрении [24]. Пациенты с детско-подростковой шизофренией имели высокий отрицательный балл по PANSS, худшее социально-профессиональное функционирование, стигму по отчуждению и дискриминации, дефицит скорости обработки информации и беглости речи, исполнительную дисфункцию [25]. Вероятность появления суицидальных мыслей возрастает при позитивных и депрессивных симптомах на ранней стадии психоза [26]. С целью предотвращения суицидального риска у пациентов с шизофренией эффективны антипсихотики второго поколения (клозапин) и СИОЗС [27]. Большинство самоубийств зафиксировано в течение первых 2 лет после психотического эпизода, хотя риск сохранялся спустя 10 лет и был в 4 раза выше, чем в общей популяции [28]. Выявлены связи уровня безнадежности с вниманием, скоростью обработки информации и моторными функциями, что актуализирует вопрос о роли нейрокогнитивного дефицита на суицидальный риск [29]. Некоторые исследователи связывают высокий уровень преморбидного функционирования, наличие амбиций и понимание невозможности их реализации из-за болезни с более высоким уровнем когнитивных функций [30].

Однако ученые единодушно сходятся во мнении, что пациенты с преобладанием психопродуктивной симптоматики имеют больший суицидальный риск по сравнению с пациентами, у которых в клинической картине превалирует преимущественно негативная симптоматика [31]. Так как в последние годы активно изучаются факторы риска больных шизофренией разных возрастных групп, находящихся на разных этапах развития процесса, обоснована необходимость наблюдения от первого психотического эпизода до смерти. Понимание связи психологических и соматических симптомов улучшит прогноз риска и поможет в дифференциации лиц с истинными попытками от потенциальных жертв суицида [32]. Не утратила актуальности работа почти 30-летней давности о завершённых самоубийствах (6,4%), попытках (23%), суицидальных мыслях (40%), где по материалам 19-летнего наблюдения приведены данные о меньшей значимости негативных симптомов, описана связь параноидной шизофрении с повышенным риском суицида (12%), дефицита когнитивного функционирования – со сниженным риском [33]. Безнадежность, социальная изоляция, госпитализация, ухудшение здоровья после высокого уровня преморбидного функционирования, утрата или отторжение, ограниченная внешняя поддержка, семейный стресс, нестабильность, страх ухудшения психического состояния, зависимость от лечения или потеря веры в лечение – факторы риска самоубийства у пациентов с шизофренией [34]. Другие авторы причисляют к таковым факторам мужской пол, хроническое течение с частыми рецидивами, частую непродолжительную госпитализацию, негативное отношение к лечению, импульсивное поведение, отыгрывание (недобровольное обязательство), парасуицид, высокий преморбидный IQ, психоз, депрессию [35]. Командные галлюцинации как внутренние директивы управления в некоторых случаях приводят к суицидальным действиям [36]. Суицидальные попытки больных параноидной шизофренией коррелируют с выраженностью позитивной и депрессивной симптоматики, со снижением развития моторных функций [37].

Просматривается закономерность в том, что специфическим для шизофрении фактором суицидального риска является не конкретный синдром, а прогрессивное течение болезни, частые рецидивы, тяжесть заболевания, ухудшение социального и профессионального функционирования. Неудовлетворительная преморбидная адаптация, наличие высоких ожиданий от жизни и понимание того, что предполагаемые перспективы вряд ли оправдаются из-за прогрессирующего заболевания, расцениваются как специфические для шизофрении суицидальные факторы риска [20].

На основе многих исследований, продемонстрировавших, что осознание тяжести и «неизлечимости» расстройства зачастую инициирует генерализацию отчаяния, бессилия и одиночества, показатель безнадежности следует рассматривать как предиктор суицидального поведения и завершеного самоубийства у пациентов с шизофренией.

#### **Состояние суицидального риска**

Суицидальный риск относится к текущему риску пациента по сравнению с его состоянием до болезни или вне обострения. Факторы, влияющие на состояние риска, более динамичны и связаны с текущим клиническим состоянием пациента. Формулировка состояния риска фокусируется на временных изменениях и влиянии дистресса на жизнь пациента.

Ряд исследований показали, что появление психотических симптомов, таких как параноидный бред, ощущение воздействия, вкладывание мыслей и расстройство мышления, ассоциированы с высоким риском самоубийства. В литературе сообщалось о самоубийствах в результате императивных галлюцинаций [34, 36, 38]. Российскими авторами также подтверждается наличие значимой связи между позитивными симптомами и суицидальными попытками [37].

Исходная умеренная/тяжелая суицидальность коррелирует с последующей умеренной/тяжелой суицидальностью, увеличение показателя депрессии во время наблюдения независимо и тесно связано с суицидальностью, т.е. депрессия и отчаяние – большие факторы риска суицида при шизофрении, чем психотическая декомпенсация [39]. После выписки из психиатрического стационара пациенты с выраженными депрессивными особенностями, особенно с ограниченным доступом к системе здравоохранения, имеют высокий краткосрочный риск суицида [40]. В многоцентровом пилотном исследовании после выписки из стационара пациентам с высоким риском суицида рекомендуются контакты для оперативной связи с лечащим врачом [41]. Вместе с тем у пациентов, которых принуждают к лечению, может развиться недоверие к врачам и членам семьи, что снижает приверженность терапии и увеличивает суицидальный риск. Мужской пол, отсутствие брака, понимание тяжести болезни, безнадежность связаны с риском самоубийства среди страдающих шизофренией, наличие депрессии – с риском суицидальности [42]. Предыдущие попытки самоубийства, депрессивные симптомы, галлюцинации и бред, семейный анамнез самоубийств, злоупотребление ПАВ положительно связаны с последующим самоубийством [43]. Расстройства шизофренического спектра часто коморбидны с другими психическими расстройствами (тревожным, социофобией, ПТСР, обсессивно-

компульсивным), причем тяжесть симптомов тревоги связана с тяжелыми клиническими проявлениями и худшими исходами [44]. У пациентов с попытками суицида в виде передозировки наркотиков и употребления ядовитых веществ часто встречались коморбидная депрессия, злоупотребление ПАВ, бред и галлюцинации при низкой приверженности лечению [45]. Выявлен повышенный суицидальный риск, вызванный психологическим дистрессом в связи с пандемией COVID-19, у пациентов с шизофренией, перенесших детские травмы в анамнезе [46]. Предположительно, генетические детерминанты риска шизофрении определяют уязвимость к употреблению ПАВ, что приводит к появлению психотических симптомов и ухудшает общее клиническое течение [47]. В рамках модели психологической регуляции аффекта и стресс-аддиктивной уязвимости при предрасположенности к психозу рассматривается регуляция мезокортиколимбической системы вознаграждения, индуцирующая первичное расстройство, связанное с употреблением ПАВ [48]. В когорте молодых мужчин с шизофренией даже во время стационарного лечения часто встречается злоупотребление ПАВ, хотя большинство из них не имеют физической зависимости [49]. Самоубийство больного шизофренией достаточно часто ассоциируется с «нормальностью», так как в большинстве случаев оно не имеет прямой связи с нарушениями мышления, выражением и восприятием чувств, пониманием социального контекста, парадоксально, но прогресс клинических знаний не гарантирует снижение уровня самоубийств в контингенте лиц, страдающих шизофренией [50]. Приводится подтверждение того, что злоупотребление алкоголем и ПАВ является predisponирующей детерминантой склонности к суицидальному поведению среди больных шизофренией [51]. В обзоре литературы представлены обоснованные связи между суицидальными мыслями, суицидальным поведением и неврологическими заболеваниями (эпилепсия, рассеянный и боковой амиотрофический склероз) [52]. Метаанализ большой выборки обследованных (80 488 участников) продемонстрировал унифицированные факторы суицидальности: депрессивные симптомы, общий балл по шкале PANSS, число госпитализаций в психиатрические учреждения, употребление алкоголя в анамнезе, семейный анамнез психических заболеваний и самоубийств, сопутствующие соматические заболевания, склонность к аддитивному поведению; с самоубийством наиболее часто ассоциировались мужской пол, попытки самоубийства в анамнезе, молодой возраст, высокий коэффициент интеллекта, плохая приверженность лечению, безнадежность [53].

Суицидальные мысли связаны с акатизией, депрессивным настроением, более молодым возрастом, приемом пропранолола для снижения тревоги [54]. Данные о взаимосвязи побочных эффектов антипсихотиков и суицидального поведения различаются; некоторые наблюдения позволяют предположить, что побочные эффекты антипсихотических препаратов могут способствовать суицидальности у лиц с шизофренией. Высказано предварительное заключение, что вызванные нейролептиками акатизия, поздняя дискинезия, депрессогенные эффекты при длительном приеме могут повышать риск самоубийства у пациентов с первым эпизодом шизофрении [55, 56, 57]. По другим данным, вклад клинико-динамических характеристик в генез суицидального поведения оценивается гораздо выше по сравнению с ятрогенными, даже выраженные нежелательные эффекты антипсихотической терапии не всегда приводят к большему суицидальному риску. Учитывая приоритетность клинических эффектов, нельзя игнорировать социально-семейный статус больных шизофренией: у неженатых мужчин обнаружены высокие уровни бездомности и самоубийств, низкий уровень выживаемости, неблагоприятный исход болезни [58]. Отечественными и зарубежными авторами установлено большое многообразие описанных факторов, тем не менее цель дальнейших исследований состоит в поиске их общей основы и единства, а также в определении стратегического подхода при изучении статуса риска суицидального поведения.

#### **Доступные ресурсы и прогнозируемые изменения**

Формулирование суицидального риска в сочетании с оценкой состояния риска и статусом риска позволяет оценить доступные ресурсы пациента и будущие прогнозируемые изменения. Рациональные ресурсы определяются как непосредственно доступные как самому пациенту, так и клиницистам с целью оказания своевременной психиатрической поддержки во время суицидальных кризисов в острой фазе заболевания, в отличие от факторов психологической защиты. При этом клиницисты должны сосредоточиться на личностно-категориальных переменных конкретного пациента, учитывая эмоционально-поведенческие стратегии преодоления стресса, жизнестойкость в урегулировании трудных ситуаций, структуру социальных взаимоотношений [8]. Кроме того, применяя эту модель к пациентам с шизофренией, врач при определении доступных ресурсов должен учитывать актуальное состояние пациента и факторы, которые снижают доступность ресурсов. Исследования семейного положения и суицидального риска показывают, что состоящие в браке пациенты, вероятно, получают

более весомую поддержку семьи, что является доступным ресурсом, снижающим риск суицидального поведения [58].

Поскольку самоубийство большинство исследователей приобщают к основным причинам смерти при психотических расстройствах, необходимо устранить или снизить воздействие социальной изоляции, уменьшить связь между галлюцинациями, бредом, депрессией и суицидальными мыслями, что возможно в контексте программ поддерживающей терапии с целью улучшения социального функционирования, обучения навыкам интеграции в общество.

Долговременные психосоциальные реабилитационные программы рассматриваются как часть внебольничного лечения на фоне оптимизированной фармакотерапии шизофрении с использованием полупрофессионального бригадного подхода. К эффективным формам психореабилитационной помощи клиник первого эпизода или бригад внебольничного длительного лечения относятся антисуицидальные обучающие модули «Обучение управления болезнью» для больных шизофренией и их близких [60]. Социальная поддержка не только снижает негативную оценку стрессовых событий, само присутствие эмпатичного окружения может физически предотвратить попытки самоубийства. Одним из основных доступных ресурсов защиты от самоубийства у пациентов с шизофренией является обеспечение комплексного лечения и его пунктуальное соблюдение.

Предсказуемые изменения являются факторами стресса, которые могут увеличить суицидальный риск в острой фазе шизофрении. Однако не все стрессоры повышают суицидальный риск. Следовательно, при формулировании суицидального риска важно понимать, какой конкретно стрессор является непосредственным триггером самоубийства [61], чтобы лучше изучить роль разных стрессоров, клиницисты должны исследовать их субъективное значение для пациента.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Материалы обзора аргументированно продемонстрировали, что на суицидальный риск при шизофрении влияют разные факторы (демографические, клинико-психопатологические, генетические, индивидуально-психологические, социальные, семейно-традиционные). Вместе с тем нет доказательных данных, насколько тот или иной фактор риска влияет на суицидальное поведение. Безусловно, только комплексная оценка позволяет всесторонне понять клиническую картину и выбрать наиболее эффективную стратегию лечения и профилактики больных шизофренией. Одним из инструментов такой оценки может стать формулирование суицидального риска.

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ**

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

**ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ**

Авторы заявляют об отсутствии финансирования или иной спонсорской помощи при проведении исследования.

**СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ**

Проведён контент-анализ научных публикаций, клиническое исследование/испытание, связанное с людьми в качестве субъектов, не проводилось, в связи с чем не требовалось его рассмотрение в локальном этическом комитете.

**ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES**

1. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: ГНЦ ССП, 2010. 229 с. Polozhy BS. Suicidal behavior (clinical, epidemiological and ethnocultural aspects). Moscow: Publication of the State Scientific Center for Social Forensic Psychiatry, 2010:229 (in Russian).
2. Bilsen J. Suicide and youth: risk factors. *Front Psychiatry*. 2018 Oct 30;9:540. doi: 10.3389/fpsy.2018.00540. PMID: 30425663; PMCID: PMC6218408.
3. Brådvik L. Suicide risk and mental disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Sep 17;15(9):2028. doi: 10.3390/ijerph15092028. PMID: 30227658; PMCID: PMC6165520.
4. Bryan CJ. The 90% Statistic, rethinking suicide: why prevention fails, and how we can do better. *New York, 2021*; online edn Oxford Academic, 1 June 2021. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190050634.003.0003>, accessed 4 Feb. 2024.
5. Sher L, Kahn RS. Suicide in schizophrenia: an educational overview. *Medicina (Kaunas)*. 2019 Jul 10;55(7):361. doi: 10.3390/medicina55070361. PMID: 31295938; PMCID: PMC6681260.
6. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002 Oct;1(3):181-5. PMID: 16946849; PMCID: PMC1489848.
7. Вишневецкая О.А., Петрова Н.Н. Суицидальное поведение больных в ремиссии шизофрении. *Суицидология*. 2014. Т. 5, № 1 (14). С. 35-41. Vishnevskaya OA, Petrova NN. Suicidal behavior of patients in remission of schizophrenia. *Suicidology*. 2014;5(1,14):35-41 (in Russian).
8. Ventriglio A, Gentile A, Bonfisso I, Stella E, Mari M, Steardo L, Bellomo A. Suicide in the early stage of schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2016 Jun 27;7:116. doi: 10.3389/fpsy.2016.00116. PMID: 27445872; PMCID: PMC4921745.
9. Berardelli I, Rogante E, Sarubbi S, Erbutto D, Lester D, Pompili M. The importance of suicide risk formulation in schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2021 Dec 16;12:779684. doi: 10.3389/fpsy.2021.779684. PMID: 34975579; PMCID: PMC8716825.
10. Зотов П.Б., Бохан Н.А., Хохлов М.С., Спадерова Н.Н. Доля наркозависимых среди завершённых суицидов. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019. № 3 (104). С. 49-54. Zotov PB, Bokhan NA, Khokhlov MS, Spaderova NN. The proportion of drug addicts among completed suicides. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019;3(104):49-54. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3\(104\)-49-54](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3(104)-49-54) (in Russian).
11. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения. *Суицидология*. 2015. Т. 6, № 1 (18). С. 3-7. Polozhy BS. Conceptual model of suicidal behavior. *Suicidology*. 2015;6(1,18):3-7 (in Russian).
12. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал*. 2010. № 4. С. 55-62. Polozhy BS. Integrative model of suicidal behavior. *Russian Journal of Psychiatry*. 2010;4(55-62) (in Russian).
13. Pisani AR, Murrie DC, Silverman MM. Reformulating Suicide Risk Formulation: From Prediction to Prevention. *Acad Psychiatry*. 2016 Aug; 40(4):623-9. doi: 10.1007/s40596-015-0434-6. Epub 2015 Dec 14. PMID: 26667005; PMCID: PMC4937078.
14. Silverman MM. Suicide risk assessment and suicide risk formulation: essential components of the therapeutic risk management model. *J Psychiatr Pract*. 2014 Sep;20(5):373-8. doi: 10.1097/01.pra.0000454784.90353.bf. PMID: 25226200.
15. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1998 Spring;28(1):1-23. PMID: 9560163.
16. Fleischhacker WW, Kane JM, Geier J, Karayal O, Kolluri S, Eng SM, Reynolds RF, Strom BL. Completed and attempted suicides among 18,154 subjects with schizophrenia included in a large simple trial. *J Clin Psychiatry*. 2014 Mar;75(3):e184-90. doi: 10.4088/JCP.13m08563. PMID: 24717389.
17. Zhang XY, Al Jurdi RK, Zoghbi AW, Chen DC, Xiu MH, Tan YL, Yang FD, Kosten TR. Prevalence, demographic and clinical correlates of suicide attempts in Chinese medicated chronic inpatients with schizophrenia. *J Psychiatr Res*. 2013 Oct; 47(10):1370-5. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.05.024. Epub 2013 Jun 20. PMID: 23791457.
18. Carlborg A, Winnerbäck K, Jönsson EG, Jokinen J, Nordström P. Suicide in schizophrenia. *Expert Rev Neurother*. 2010 Jul;10(7):1153-64. doi: 10.1586/ern.10.82. PMID: 20586695.
19. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Lester D, Shrivastava A, Girardi P, Nordentoft M. Suicide risk in first episode psychosis: a selective review of the current literature. *Schizophr Res*. 2011 Jun;129(1):1-11. doi: 10.1016/j.schres.2011.03.008. Epub 2011 May 6. PMID: 21530179.
20. Schenkel LS, Spaulding WD, DiLillo D, Silverstein SM. Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophr*

- Res. 2005 Jul 15;76(2-3):273-86. doi: 10.1016/j.schres.2005.03.003. PMID: 15949659.
21. Misiak B, Frydecka D. A history of childhood trauma and response to treatment with antipsychotics in first-episode schizophrenia patients: preliminary results. *J Nerv Ment Dis.* 2016 Oct;204(10):787-792. doi: 10.1097/NMD.0000000000000567. PMID: 27441460.
  22. Uçok A, Bikmaz S. The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2007 Nov;116(5):371-7. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01079.x. PMID: 17919156.
  23. Larkin W, Read J. Childhood trauma and psychosis: evidence, pathways, and implications. *J Postgrad Med.* 2008 Oct-Dec;54(4):287-93. doi: 10.4103/0022-3859.41437. PMID: 18953148.
  24. Immonen J, Jääskeläinen E, Korpela H, Miettunen J. Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry.* 2017 Dec;11(6):453-460. doi: 10.1111/eip.12412. Epub 2017 Apr 27. PMID: 28449199; PMCID: PMC5724698.
  25. Grover S, Sahoo S, Nehra R. A comparative study of childhood/adolescent and adult onset schizophrenia: does the neurocognitive and psychosocial outcome differ? *Asian J Psychiatry.* 2019 Jun;43:160-169. doi: 10.1016/j.ajp.2019.05.031. Epub 2019 May 20. PMID: 31176081.
  26. Bornheimer LA, Wojtalik JA, Li J, Cobia D, Smith MJ. Suicidal ideation in first-episode psychosis: Considerations for depression, positive symptoms, clinical insight, and cognition. *Schizophr Res.* 2021 Feb;228:298-304. doi: 10.1016/j.schres.2020.12.025. Epub 2021 Jan 23. PMID: 33493778; PMCID: PMC7987901.
  27. Kasckow J, Felmet K, Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS Drugs.* 2011 Feb;25(2):129-43. doi: 10.2165/11586450-000000000-00000. PMID: 21254789; PMCID: PMC3056073.
  28. Dutta R, Murray RM, Hotopf M, Allardyce J, Jones PB, Boydell J. Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry.* 2010 Dec;67(12):1230-7. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.157. PMID: 21135323.
  29. Корнетова Е.Г., Герасимова В.И., Корнетов А.Н., Языков К.Г., Гончарова А.А., Меднова И.А., Семке А.В., Иванова С.А., Бохан Н.А. Влияние когнитивных функций на уровень суицидального риска у больных шизофренией. *Суицидология.* 2020. Т. 11, № 4 (41). С. 13-25. Kornetova EG, Gerasimova VI, Kornetov AN, Yazykov KG, Goncharova AA, Mednova IA, Semke AV, Ivanova SA, Bokhan NA. The influence of cognitive functions on the level of suicide risk in patients with schizophrenia. *Suicidology.* 2020;11(4,41):13-25. doi: 10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-13-25 (in Russian).
  30. Герасимова В.И., Корнетова Е.Г., Гончарова А.А., Меднова И.А., Корнетов А.Н., Семке А.В. Связь самооценки социальной адаптации и суицидального риска у больных шизофренией. *Психиатрия.* 2021. Т. 19, № 3 (91). С. 34-40. Gerasimova VI, Kornetova EG, Goncharova AA, Mednova IA, Kornetov AN, Semke AV. Relationship between self-assessment of social adaptation and suicidal risk in patients with schizophrenia. *Psychiatry.* 2021;19(3,91):34-40. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-3-34-40> (in Russian).
  31. Grover LE, Jones R, Bass NJ, McQuillin A. The differential associations of positive and negative symptoms with suicidality. *Schizophr Res.* 2022 Oct; 248:42-49. doi: 10.1016/j.schres.2022.07.016. Epub 2022 Aug 4. PMID: 35933743.
  32. Любов Е.Б. Факторы риска суицидального поведения больных шизофренией. *Российский психиатрический журнал.* 2018. № 4. С. 24-30. Lyubov EB. Risk factors for suicidal behavior in patients with schizophrenia. *Russian Journal of Psychiatry.* 2018;4:24-30 (in Russian).
  33. Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyler CR. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry.* 1997 Feb;154(2):199-204. doi: 10.1176/ajp.154.2.199. PMID: 9016268.
  34. Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, Krausz M, Lester D, Meltzer HY, Modestin J, Montross LP, Mortensen PB, Munk-Jørgensen P, Nielsen J, Nordentoft M, Saarinen PI, Zisook S, Wilson ST, Tatarelli R. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry.* 2007 Mar 16; 6:10. doi: 10.1186/1744-859X-6-10. PMID: 17367524; PMCID: PMC1845151.
  35. De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr Res.* 2001 Mar 1;47(2-3):127-34. doi: 10.1016/s0920-9964(00)00003-7. PMID: 11278129.
  36. Montross LP, Zisook S, Kasckow J. Command hallucinations and suicide risk / In: R. Tatarelli, M. Pompili, P. Girardi (Eds.). *Suicide in schizophrenia.* Nova Biomedical Books, 2007:113-132.
  37. Корнетова Е.Г., Галкин С.А., Корнетов А.Н., Меднова И.А., Козлова С.М., Бохан Н.А. Перекрёстное психометрическое исследование пациентов с параноидной шизофренией с наличием или отсутствием суицидальных попыток в анамнезе. *Суицидология.* 2024. Т. 15, № 1(54). С. 170-182. Kornetova EG, Galkin SA, Kornetov AN, Mednova IA, Kozlova SM, Bokhan NA. Cross-sectional psychometric study of patients with paranoid schizophrenia with or without a history of suicide attempts. *Suicidology.* 2024;15(1,54):170-182. doi: 10.32878/suiciderus.24-15-01(54)-170-182 (in Russian).
  38. Wong Z, Öngür D, Cohen B, Ravichandran C, Noam G, Murphy B. Command hallucinations and clinical characteristics of suicidality in patients with psychot-

- ic spectrum disorders. *Compr Psychiatry*. 2013 Aug;54(6):611-7. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.12.022. Epub 2013 Jan 31. PMID: 23375263.
39. Buchanan A, Sint K, Stefanovics E, Rosenheck R. An 18-month longitudinal study of suicidality in patients diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2020 Oct; 224:102-107. doi: 10.1016/j.schres.2020.09.019. Epub 2020 Oct 9. PMID: 33046335.
  40. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Liu SM, Gerhard T, Blanco C. Short-term suicide risk after psychiatric hospital discharge. *JAMA Psychiatry*. 2016 Nov 1;73(11):1119-1126. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2035. PMID: 27654151; PMCID: PMC8259698.
  41. Krause TJ, Lederer A, Sauer M, Schneider J, Sauer C, Jabs B, Etzersdorfer E, Genz A, Bauer M, Richter S, Rujescu D, Lewitzka U. Suicide risk after psychiatric discharge: study protocol of a naturalistic, long-term, prospective observational study. *Pilot Feasibility Stud*. 2020 Sep 30;6:145. doi: 10.1186/s40814-020-00685-z. PMID: 33005433; PMCID: PMC7526195.
  42. Balhara YP, Verma R. Schizophrenia and suicide. *East Asian Arch Psychiatry*. 2012 Sep;22(3):126-33. PMID: 23019287.
  43. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol*. 2010 Nov;24(4 Suppl):81-90. doi: 10.1177/1359786810385490. PMID: 20923923; PMCID: PMC2951591.
  44. Braga RJ, Reynolds GP, Siris SG. Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2013 Nov 30;210(1):1-7. doi: 10.1016/j.psychres.2013.07.030. Epub 2013 Aug 7. PMID: 23932838.
  45. Shenoy S, Prahara SK. Risk factors associated with suicide attempts in patients with schizophrenia: an observational study from South India. *Middle East Curr Psychiatry*. 2023;30(48). <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00319-z>
  46. Xie M, Zou X, Xie Y, Hu L, Tang Y, Cai J, Kuang Y, Zhu L, Zou M, Wang Q. Childhood trauma and suicide risk in hospitalized patients with schizophrenia: the sequential mediating roles of pandemic related post-traumatic stress symptoms, sleep quality, and psychological distress. *Front Psychiatry*. 2023 Sep 21;14:1221529. doi: 10.3389/fpsy.2023.1221529. PMID: 37810605; PMCID: PMC10551446.
  47. Khokhar JY, Dwiel LL, Henricks AM, Doucette WT, Green AI. The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophr Res*. 2018 Apr;194:78-85. doi: 10.1016/j.schres.2017.04.016. Epub 2017 Apr 14. PMID: 28416205; PMCID: PMC6094954.
  48. Moggi F. Epidemiologie, Ätiologie und Behandlung von Patienten mit Psychosen und komorbider Suchterkrankung [Epidemiology, etiology and treatment of patients with psychosis and co-morbid substance use disorder]. *Ther Umsch*. 2018 Jun;75(1):37-43. German. doi: 10.1024/0040-5930/a000964. PMID: 29909760.
  49. Kavanagh DJ, McGrath J, Saunders JB, Dore G, Clark D. Substance misuse in patients with schizophrenia: epidemiology and management. *Drugs*. 2002;62(5):743-55. doi: 10.2165/00003495-200262050-00003. PMID: 11929329.
  50. Pompili M, Tatarelli C, Kotzalidis GD, Tatarelli R. Suicide risk in substance abusers with schizophrenia / In: R. Tatarelli, M. Pompili, P. Girardi (Eds.) *Suicide in schizophrenia*. Nova Biomedical Books, 2007:157-174.
  51. King SA. Opioids, suicide, mental disorders, and pain. *Psychiatry Times* 2018;35, 11. Available online: <https://www.psychiatristimes.com/psychopharmacology/opioids-suicide-mental-disorders-and-pain> (accessed on 24 April 2019).
  52. Coughlin SS, Sher L. Suicidal behavior and neurological illnesses. *J Depress Anxiety*. 2013 Apr 18;Suppl 9(1):12443. doi: 10.4172/2167-1044.S9-001. PMID: 24501694; PMCID: PMC3910083.
  53. Cassidy RM, Yang F, Kapczynski F, Passos IC. Risk factors for suicidality in patients with schizophrenia: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies. *Schizophr Bull*. 2018 Jun 6;44(4):787-797. doi: 10.1093/schbul/sbx131. PMID: 29036388; PMCID: PMC6007264.
  54. Seemüller F, Schennach R, Mayr A, Musil R, Jäger M, Maier W, Klingenberg S, Heuser I, Klosterkötter J, Gastpar M, Schmitt A, Schlösser R, Schneider F, Ohmann C, Lewitzka U, Gaebel W, Möller HJ, Riedel M; German Study Group on First-Episode Schizophrenia. Akathisia and suicidal ideation in first-episode schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 2012 Oct;32(5):694-8. doi: 10.1097/JCP.0b013e3182677958. PMID: 22926606.
  55. Seemüller F, Lewitzka U, Bauer M, Meyer S, Musil R, Schennach R, Riedel M, Doucette S, Möller HJ. The relationship of Akathisia with treatment emergent suicidality among patients with first-episode schizophrenia treated with haloperidol or risperidone. *Pharmacopsychiatry*. 2012 Nov;45(7):292-6. doi: 10.1055/s-0032-1309004. Epub 2012 May 21. PMID: 22614116.
  56. Корнетова Е.Г., Дмитриева Е.Г., Дубровская В.В., Меднова И.А., Гончарова А.А., Корнетов А.Н., Семке А.В. Иванова С.А., Бохан Н.А. Суицидальное поведение больных шизофренией с метаболическим синдромом. *Суицидология*. 2019. Т. 10, № 2 (35). С. 92-98. Kornetova EG, Dmitrieva EG, Dubrovskaya VV, Mednova IA, Goncharova AA, Kornetov AN, Semke AV Ivanova SA, Bokhan NA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and metabolic syndrome. *Suicidology*. 2019;10(2,35):92-98. doi: 10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-92-98 (in Russian).
  57. Корнетова Е.Г., Гончарова А.А., Корнетов А.Н., Давыдов А.А., Дубровская В.В., Семке А.В., Бохан Н.А. Связь суицидального поведения и безнадёжности с акатизией у больных шизофренией. *Суицидология*. 2018. Т. 9, № 3 (32). С. 63-70. Kornetova EG, Goncharova AA, Kornetov AN, Da-



- vydov AA, Dubrovskaya VV, Semke AV, Bokhan NA. The relationship between suicidal behavior and hopelessness and akathisia in patients with schizophrenia. *Suicidology*;2018;9(3,32):63-70. doi: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-63-70 (in Russian).
58. Ran MS, Wong YI, Yang SY, Ho PS, Mao WJ, Li J, Chan CL. Marriage and outcomes of people with schizophrenia in rural China: 14-year follow-up study. *Schizophr Res*. 2017 Apr;182:49-54. doi: 10.1016/j.schres.2016.10.034. Epub 2016 Oct 28. PMID: 28029516.
59. Bornheimer LA, Li J, Im V, Taylor M, Himle JA. The role of social isolation in the relationships between psychosis and suicidal ideation. *Clin Soc Work J*. 2020;48(1):54-62. doi: 10.1007/s10615-019-00735-x
60. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике. *Суицидология*. 2013. Т. 4, № 3 (12). С. 3-16. Lyubov EB, Tsuprun VE. Suicidal behavior and schizophrenia: A biopsychosocial approach to diagnosis, treatment and prevention. *Suicidology*. 2013;4(3,12):3-16 (in Russian).
61. Moutier CY, Pisani AR, Stahl SM. Suicide prevention / In: Stahl SM, editor. *Stahl's Essential Psychopharmacology Handbooks*. Cambridge: Cambridge University Press, 2021:95.

Поступила в редакцию 05.04.2024

Утверждена к печати 10.06.2024

Мунин Андрей Олегович, врач-психиатр ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы», аспирант ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». ORCID iD 0000-0002-3405-0407.

Голубев Сергей Александрович, д.м.н., заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы», ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». ORCID iD 0000-0002-0021-4936. color1982@bk.ru

✉ Мунин Андрей Олегович, Munin1@mail.ru

UDC 616.895.8:616.89-008.441.44(048.84)

For citation: Munin A.O., Golubev S.A. Definition of suicide risk in patients with schizophrenia (literature review). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2024; 2 (123): 65-74. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2\(123\)-65-74](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2(123)-65-74)

## Definition of suicide risk in patients with schizophrenia (literature review)

Munin A.O.<sup>1,2</sup>, Golubev S.A.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> State Budgetary Healthcare Institution "Psychiatric Clinical Hospital No. 4 named after P.B. Gannushkin  
Department of Health of the City of Moscow"  
Poteshnaya Street 3, 107076, Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup> Mental Health Research Center, Russian Academy of Sciences  
Kashirskoe Highway 34, 115522, Moscow, Russian Federation

### ABSTRACT

**Background.** Currently, there is no generally accepted reliable method for determining (including comparison, measurement) suicide risk. Many authors point out a large number of false results when assessing suicide risk using simple generally accepted methods. In this review, we propose considering the assessment of suicide risk using the example of the definition (formulation) of suicide risk. The formulation of suicide risk is a comprehensive assessment of many factors using a person-centered approach. When formulating the suicide risk, four groups of parameters are assessed. The first group, suicide risk status, includes an assessment of general risk factors typical for patients with schizophrenia. The second group – the state of risk of suicidal behavior (suicide risk state), assesses the risk for a person in comparison with his/her condition before the disease or without an exacerbation of the disease. The third group allows us to identify the availability of resources that exist for a given patient and which he/she could use to prevent suicidal behavior. The fourth group includes predictable events that could increase the risk of suicidal behavior. Numerous data indicate individual, clinical, social and psychological risk factors for suicide in patients with schizophrenia. In schizophrenia, the model for formulating suicide risk allows the clinician to assess the patient's current condition and choose a personalized treatment strategy for a particular patient with an emphasis on activities aimed at preventing suicidal behavior. **Materials and Methods.** An analysis of modern Russian and foreign scientific publications devoted to suicidal behavior in schizophrenia has been carried out. The search for scientific publications has been carried out using keywords: suicide in patients with schizophrenia, formulation of suicide risk, assessment of suicide risk in schizophrenia. To search for literary sources, scientometric information databases (PubMed, Google Scholar data-bases, eLibrary) have been used.

**Keywords:** schizophrenia, suicidal behavior, formulation of suicide risk.

Received April 05, 2024

Accepted June 10, 2024

Munin Andrey O., psychiatrist, State Budgetary Healthcare Institution "Psychiatric Clinical Hospital no. 4 named after P.B. Gannushkin Department of Health of the City of Moscow", graduate student, Federal State Budgetary Scientific Institution "Mental Health Research Center", Moscow, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-3405-0407.

Golubev Sergey A., D. Sc. (Medicine), deputy chief physician for medical affairs State Budgetary Healthcare Institution "Psychiatric Clinical Hospital no. 4 named after P.B. Gannushkin Department of Health of the City of Moscow", lead researcher Federal State Budgetary Scientific Institution "Mental Health Research Center", Moscow, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-0021-4936. color1982@bk.ru

✉ Munin Andrey O., Munin1@mail.ru