

Бачериков А. Н., Бровина Н. Н., Матузок Э. Г., Снурников М. Я., Харина Е. В., Кузьминов В. Н., Химчан А. И., Гуржий Т. Ф., Петрюк П. Т., Суслов М. Л., Попова М. Ю., Ситенко Л. Н., Доценко Л. И., Горбунов О. В., Кись А. В.

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьковский городской психоневрологический диспансер № 3, Харьковский городской психоневрологический диспансер № 16, Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3, Харьковское областное бюро судебно-медицинской экспертизы (Харьков)

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИД

Экономические проблемы обуславливают чрезвычайно высокий уровень психоэмоционального напряжения у населения нашей страны, что в свою очередь приводит к массовой невротизации и ухудшению здоровья популяции [1, 2]. Министерство охраны здоровья Украины сообщает, что в 1998–2001 гг. отмечалась относительная стабилизация основных показателей, характеризующих состояние психического здоровья населения. Однако общий уровень самоубийств оставался высоким и достигал 14–15 тыс. случаев в год [3]. По данным официальной статистики в 1999 году было совершено 29,0 самоубийств на 100 тыс. населения, в 2000 — 29,4, а в 2001 их количество сократилось до 27,01 на 100 тыс. населения. Суициды были весьма распространены в возрастной группе 15–39 лет [4–6]. Около 8 % лиц, совершивших самоубийство, в течение жизни обращались за помощью в государственную психиатрическую службу [5, 7]. Согласно официальной статистике в 1999 году в Украине суицидальные попытки совершили 1618 психически больных, из них умерло 438; в 2000 году соответственно 1444 и 384 [3].

В доступной нам литературе мы обнаружили незначительное количество работ, посвященных самоубийствам психически больных в современной Украине. Практически отсутствуют популяционные исследования этой группы суицидентов, мало информации об их нозологической принадлежности, особенностях пресуицидального периода и т. п., хотя именно эти сведения могли бы быть полезны для проведения научно обоснованных профилактических мероприятий.

Цель исследования — изучение некоторых особенностей суицидального поведения психически больных, покончивших с собой в г. Харькове на протяжении 1999–2001 гг.

Задачи исследования:

1. Создание базы, содержащей сведения о лицах, покончивших с собой в г. Харькове в 1999–2001 гг.
2. Создание базы, содержащей сведения о психически больных, покончивших с собой в г. Харькове в 1999–2001 гг.
3. Создание базы, содержащей сведения о некоторых психопатологических и социально-психологических особенностях лиц, страдавших психическими заболеваниями, получавших медицинскую помощь в городской психиатрической службе и покончивших с собой в 1999–2001 гг.
4. Статистическая обработка полученных сведений.

Нами изучена случайная выборка — 1121 случай самоубийств, которые были совершены жителями г. Харькова на протяжении 1999–2001 гг. По данным

исследования каждого случая суицида была создана база данных (база 1), которая включает такие данные о суициденте: пол; возраст; дата совершения самоубийства; присутствие алкоголя в крови трупа; способ суицида.

Изучая архивы городской психиатрической службы, в базе 1 мы выявили тех лиц, которые на протяжении жизни обращались за консультацией врача-психиатра, и которым был установлен психиатрический диагноз (98 лиц — 1 группа). Эта группа составила 8,74 % от общего числа обследованных лиц, которые совершили самоубийство.

По данным, содержащимся в базе 1, составлена 2 группа — 1023 суицидента, относительно которых не было найдено материалов об обращении на протяжении жизни за психиатрической помощью.

Больные 1 группы были сопоставлены с лицами 2 группы по параметрам базы 1 по критерию *t*-Стьюдента.

По данным, которые мы получили в ходе опроса участковых психиатров в психоневрологических диспансерах и врачей-кураторов в психиатрическом стационаре, а также из архивных материалов городской психиатрической службы (3-го и 16-го городских психоневрологических диспансеров, 15-й городской клинической психиатрической больницы) была создана еще одна база данных (база 2), содержащая в себе некоторые факторы, которые рассматриваются в научной литературе как показатели высокой вероятности проявления суицидальной активности у психически больных [8–11].

В 1 группе по диагностической принадлежности больные распределились следующим образом (см. табл. 1).

Для сопоставления больных, которые совершили самоубийство, с популяцией психически больных города была набрана 3-я, контрольная группа. Она представляла собой случайную выборку из 98 больных, которые находятся на учете в психиатрической службе города и на время обследования не осуществили завершено самоубийство (3 группа). Диагностическая принадлежность больных 3 группы продемонстрирована в таблице 2.

По всем лицам 3 группы из тех же источников нами была собрана и занесена в базу 2 соответствующая информация. При расчетах в контрольной группе вместо даты совершения самоубийства использовалась дата обследования. Статистическая обработка материала проводилась по методам: критерия *t*-Стьюдента, дисперсного анализа, ранговых корреляций Спирмена.

При сравнении 1 и 2 групп с применением критерия Манна — Уитни были найдены следующие отличия (см. табл. 3).

Діагностическая принадлежность психически больных 1 группы

Шифр МКБ-10	Диагностическая рубрика	Количество лиц (n = 98)	
		абс.	%
F 2	Шизофрения, шизофренические и бредовые расстройства.	45	45,92
F 0	Органические, включая симптоматические, психические расстройства	25	25,51
F 3	Аффективные расстройства	12	12,24
F 4	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	7	7,14
F 6	Расстройство личности и поведения у взрослых	6	6,12
F 7	Умственная отсталость	3	3,07

Таблиця 2

Діагностическая принадлежность больных 3 группы

Шифр МКБ-10	Диагностическая рубрика	Количество лиц (n = 98)	
		абс.	%
F 2	Шизофрения, шизофренические и бредовые расстройства.	48	48,98
F 0	Органические, включая симптоматические, психические расстройства	24	24,49
F 3	Аффективные расстройства	14	14,29
F 4	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	6	6,12
F 6	Расстройства личности и поведения у взрослых	4	4,08
F 7	Умственная отсталость	2	2,04

Таблиця 3

Статистически возможные отличия между 1 и 2 группами по критерию Манна — Уитни

Признак, который изучался	Сумма рангов			Уровень значимости критерия (p)
	1 группа (R1)	2 группа (R2)	Объединенная выборка (U)	
Соотношение мужчин и женщин в группе	46 305,50	582 575,50	41 454,50	0,004617
Наличие алкоголя в крови трупа	41 807,50	587 073,50	36 956,50	0,000017

Сравнение данных каждой из соответствующих диагностических категорий (F 0, F 2 и прочие) в 1-й и в 3 группе по всем вышеупомянутым методам позволило установить, что статистически значимые расхождения имеют место только при сравнении больных шизофренией, шизофреническими и бредовыми расстройствами по критерию *t*-Стьюдента (см. табл. 4).

Наши попытки найти статистически достоверные различия между другими диагностическими группами, которые входили в состав 1-й и 3 групп, не имели успеха.

Таблиця 4

Статистически возможные расхождения между больными шизофренией, шизофреническими и бредовыми расстройствами, которые относятся к 1-й и 3 группам, по критерию *t*-Стьюдента

Признак, который изучался	M_1	M_2	t	p
Продолжительность заболевания	16,77778	21,58333	-1,95907	0,053166

Примечание: M_1 — средняя арифметическая параметров больных шизофренией из 1 группы; M_2 — средняя арифметическая параметров больных шизофренией из 3 группы; t — значения статистики критерия *t*-Стьюдента; p — уровень значимости критерия

Мы объединили больных-суицидентов, которые составляли наиболее многочисленные диагностические группы [больных шизофренией, шизофреническими и бредовыми расстройствами (F 20), больных органическими, включая симптоматические (F 06) и больных с аффективными расстройствами (F 30)], в 4 группу.

Больных контрольной группы, которые составляли наиболее многочисленные диагностические группы больных шизофренией, шизофреническими и бредовыми расстройствами (F 2), больных органическими, включая симптоматические расстройства (F 0) и больных с аффективными расстройствами (F 3), мы объединили в 5 группу. Как в 1, так и в 3 группах больные с такой диагностической принадлежностью составляют почти 85 % больных в каждой.

При сравнении 4 и 5 групп по критерию *t*-Стьюдента найдены следующие статистические различия, представленные в табл. 5.

Дисперсный анализ подтвердил данные, полученные при использовании критерия *t*-Стьюдента.

При вычислении ранговых корреляций Спирмена для 4 и 5 групп, нами выделены и представлены в таблице 6 возможные ранговые коэффициенты тех параметров 4 группы, которые не имели достаточного уровня достоверности в 5 группе.

Статистические различия у больных 4 и 5 групп по критерию *t*-Стьюдента

Признак	M_1	M_2	t	p
Количество госпитализаций в дневной психиатрический стационар на протяжении жизни	0,671	1,27907	-2,047	0,042235
Количество госпитализаций в психиатрический стационар на протяжении жизни	0,646	0,36047	2,26943	0,024529
Количество госпитализаций в психиатрический стационар на протяжении последних 12 месяцев жизни	0,500	0,24419	2,62112	0,009578
Количество посещений психиатрического диспансера на протяжении последних 12 месяцев жизни	1,841	3,76744	-2,1286	0,034758
Возраст пациента, в котором манифестировало психическое заболевание	37,488	27,8604	3,67681	0,000319
Возраст, в котором больной обратился за психиатрической помощью	39,817	30,5348	3,61055	0,000404
Продолжительность заболевания	13,622	20,0116	-3,3627	0,00095
Продолжительность пребывания под наблюдением психиатра	11,293	17,3372	-3,2893	0,00122

Примечание: M_1 — средняя арифметическая параметров в 4 группе; M_2 — средняя арифметическая параметров в 5 группе; t — значение статистики критерия *t*-Стьюдента; p — уровень значимости критерия

Таблиця 6

Статистически возможные коэффициенты по критерию Спирмена у больных в 4 группе, у которых не было достаточного уровня достоверности в 5 группе

Корреляция	S_1	p_1	S_2	p_2
Женский пол и отягощенность наследственности психическими заболеваниями	-0,197587	0,018375	-0,132774	0,222964
Наличие II группы нетрудоспособности и проживание с родителями или с детьми	0,25584	0,020342	-0,004543	0,966887
Наличие II группы нетрудоспособности и отягощенность наследственности психическими заболеваниями	0,218146	0,048970	0,006783	0,950579
Проживание с родителями или с детьми и злоупотребление алкоголем в течение последних лет жизни	0,261147	0,017799	0,133068	0,221932

Примечание: S_1 — значения коэффициента Спирмена для 4 группы; S_2 — значения коэффициента Спирмена для 5 группы; p_1 — уровень значимости для 4 группы; p_2 — уровень значимости для 5 группы

Следует отметить, что в нашем исследовании подтвердились данные отечественных исследователей о том, что психически больные, которые состоят на диспансерном учете в государственной психиатрической службе, составляют около 8–9 % от общей численности лиц, совершивших суицид [7]. В нашем случае это число составляло 8,74 %.

Как видно из таблицы 3, имеет место значительное различие между соотношением мужчины / женщины в группе лиц, которые страдали психическими расстройствами и обращались за помощью в государственную психиатрическую службу, и группой лиц, о которых таких сведений не удалось обнаружить. Если в 1-й группе оно составляет 1 : 1, то во 2-й — 3,5 : 1.

По данным, представленным в той же таблице, мы видим, что психически больные из 1 группы почти не употребляли алкоголь перед суицидом, о чем можно судить по отсутствию у большинства из них этанола в крови при посмертном исследовании крови.

По данным, представленным в таблице 4, можно сделать вывод, что продолжительность заболевания у больных, которые страдали шизофренией, шизофреническими и бредовыми расстройствами и совершили самоубийство, в среднем была на 5 лет меньше, чем у больных той же диагностической принадлежности из 3-й контрольной группы.

Анализируя таблицу 5, можно утверждать, что больные, которые совершили самоубийство, реже госпитализировались в дневные стационары на протяжении жизни, они вдвое реже посещали участкового психиатра на протяжении последних 12 месяцев своей жизни в сравнении с контролем. В то же время они чаще лечились в психиатрических учреждениях на протяжении всей болезни и чаще госпитализировались в психиатрическую больницу в течение последних 12 месяцев их жизни. У пациентов 4 группы в среднем на 9 лет позднее появились первые признаки психической болезни, они в более позднем возрасте (39,82 против 30,53) обращались за психиатрической помощью, продолжительность заболевания была у них на 7 лет меньше, они в среднем на 8 лет меньше находились на психиатрическом учете. Такие данные могут свидетельствовать о том, что у потенциальных суицидентов патологический процесс начинается позднее, но имеет более активный, насыщенный характер. Больные 4-й группы не были склонны к сотрудничеству с врачом в конце жизни, хотя впервые обратились к психиатру почти в те же самые сроки после манифеста заболевания, как и пациенты 5 группы (2,33 года против 2,67 года).

Судя по данным, представленным в таблице 5, для женщин, которые покончили с собой, была

характерна більша отягощеність анамнеза психічними захворюваннями, ніж для жінок із 5 груп. Інваліди II групи по психічному захворюванню, які покончили з собою, частіше жили з дітьми або ж з батьками, ніж самостійно, або ж з сусідом/сусідкою. Їх спадковість частіше була отягощена психічними захворюваннями. Лица, які страждали психічним захворюванням, покончили життя самоубійством і зловживали алкоголем на протязі останніх років життя, частіше жили разом з дітьми або батьками.

Висновки

1. Психічно хворі, які впродовж життя зверталися за допомогою до державної психіатричної служби, становлять 8,74 % від загальної кількості суїцидентів. Відношення психічно хворих чоловіків і жінок, які покончили з собою, становить 1:1. Психічно хворі практично не вживають алкоголь перед самоубійством.

2. Термін захворювання у осіб, які страждали шизофренією, шизофренічними і бредовими розладами і загинули внаслідок самоубійства, менший, ніж у хворих контрольної групи.

3. Хворі, які покончили з собою, частіше лікувалися в психіатричних стаціонарах, ніж в денних стаціонарах при психоневрологічних диспансерах. У них пізніше виникали перші ознаки психічної хвороби, вони в більш пізньому віці зверталися за допомогою психіатра.

Список літератури

1. Михайлов Б. В., Сердюк А. І. (2000) Соціальна психіатрія, психотерапія і медична психологія в Україні // Український медичний альманах. — № 3 (2). — С. 103–106.
2. Табачников С. І., Ігнатів М. Ю., Маркова М. В. (2002) Психічне здоров'я населення України з точки зору фахівців соціальної психіатрії // Охорона здоров'я України. — № 1 (4). — С. 14–16.
3. Москаленко В. Ф., Гойда Н. Г., Напрєєнко О. К. (2001) Стан психіатричної допомоги в Україні на кінець 2000 року та перспективи її розвитку // Вісник психічного здоров'я. — № 1–2. — С. 5–9.
4. Чуприков А. П., Пилягіна Г. Я., Никифоров Р. І. (1998) Проблема суїцидів в Україні // Міжнародний медичний журнал. — № 4. — С. 36–40.
5. Нагорна А. М., Чепелевська Л. А., Кульчицька Т. К., Грузєва Т. С. (2000) Соціально-гігієнічна оцінка смертності підлітків і молоді в Україні // Лікарська справа. — № 3. — С. 119–122.
6. Пилягіна Г. Я. (1998) Актуальні проблеми суїцидології в Україні і шляхи їх вирішення // Журнал практичного лікаря. — № 6. — С. 2–6.
7. Бровина Н. Н., Бачериков А. Н., Ситенко Л. Н., Горбунов О. В. (2000) Особливості структури завершених суїцидів у осіб з психічними захворюваннями // Український медичний альманах. — № 3 (2). — С. 13–14.
8. Blumental S. J., Kupfer D. J. (1990) Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patient. American Psychiatric Press.
9. Jacobs D. (1992) Suicide and clinical practice. Washington, DC, American Psychiatric Press.
10. Maris R. W., Berman A. L., Maltzberg J. I., Yufit R. I. (1992) Assessment and prediction of suicide. N. Y.: Guilford Press.
11. Wasserman D. (2001) Suicide — an unnecessary death. London: Dunitz.

Надійшла до редакції 02.11.2005 р.

*А. М. Бачериков, Н. М. Бровина, Е. Г. Матюзок,
М. Я. Снурніков, Е. В. Харіна, В. Н. Кузьмін,
А. І. Хімчан, Т. П. Гуржій, П. Т. Петрюк, М. Л. Суслов,
М. Ю. Попова, Л. М. Ситенко, Л. І. Доценко,
О. В. Горбунов, А. В. Кіс'*

Деякі характеристики психічнохворих, що скоїли суїцид

(Харків)

Нами вивчений 1121 випадок завершених суїцидальних спроб, що були здійснені мешканцями міста Харкова. З'ясувалося, що 98 осіб з них на протязі життя зверталися за допомогою до міської психіатричної служби і в них було діагностовано психічне захворювання. Наводяться дані про нозологічну приналежність таких пацієнтів, особливості перебігу в них психічних розладів, тощо.

*A. N. Bacherikov, N. N. Brovina, E. G. Matuzok,
M. Ya. Snurnikov, E. V. Kharina, V. N. Kuz'minov,
A. I. Khimchan, T. Ph. Gurzhii, P. T. Petryuk, M. L. Suslov,
M. Yu. Popova, L. N. Sytenko, L. I. Docenko,
O. V. Gorbunov, A. V. Kis'*

Some characteristics of psychiatric patients, which committed suicide

(Kharkiv)

We have investigated 1121 cases of completed suicide attempts, being making by inhabitants of city of Kharkiv. It appears, 98 persons of them asked for the help of city's psychiatric service during their lives and psychiatric diseases were diagnosed. Some data about their nosology, peculiarities of psychiatric diseases and so on are published.