

*А. М. Бачериков, Е. Г. Матузок, К. В. Харіна, В. Н. Кузьмінов, Л. М. Сітенко, О. В. Горбунов, Д. Д. Полоз, І. В. Карамушко, С. І. Петренко, А. І. Власова*  
 Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, Міська клінічна лікарня № 2, Багатопрофільна лікарня № 17 заводу імені Малишева (Харків)

## НЕЗАВЕРШЕНІ СПРОБИ САМОГУБСТВА ШЛЯХОМ САМООТРУЄННЯ у Харкові у 2002–2004 роках

Однією з основних тем Послання Президента країни до Верховної Ради «Про внутрішнє та зовнішнє положення України у 2002 році» була демографічна ситуація. У травні 2003 року у Верховній Раді відбулися парламентські слухання «Демографічна криза в Україні: її причини та наслідки». Серед експертів поширена думка, що основна причина негативних демографічних тенденцій в Україні — погані соціально-економічні умови життя значної частини населення [1]. Провідні фахівці у галузі психіатрії попереджають про тенденцію до погіршення стану психічного здоров'я громадян країни [2].

Згідно з офіційною статистикою у 2002 році внаслідок суїцидів у нашій державі загинуло 12 543 людини (26,0 випадків на 100 тис. населення), а у 2003 — 12 322 (25,8 на 100 тис.) [3, 4]. Головний суїцидолог України Г. Я. Пілягіна вважає, що на кожну завершену суїцидальну спробу припадає 20–30 незавершених суїцидальних спроб [5]. За даними багатьох досліджень незавершена спроба самогубства в анамнезі є таким чинником, що дозволяє прогнозувати високу вірогідність передчасної смерті особи, зокрема від суїциду [6–8]. Одним з найбільш частих способів, що застосовується при здійсненні незавершених спроб самогубства, в усьому світі є самоотруєння [9–11].

На жаль, у доступній нам вітчизняній літературі, практично немає робіт, присвячених популяційним дослідженням незавершених спроб навмисного самоотруєння з суїцидальною метою на теренах нашої держави.

Мета дослідження — з'ясувати деякі статистичні особливості мешканців міста Харкова, що здійснили незавершену суїцидальну спробу шляхом самоотруєння на протязі 2002–2004 років.

Завдання дослідження:

1) розробка стандартизованої анкети, що відображає деякі особливості суїцидальної поведінки городян, які здійснили незавершену суїцидальну спробу шляхом самоотруєння;

2) збір даних про осіб, що намагалися вкоротити собі віку шляхом самоотруєння протягом вказаного часу;

3) статистична обробка отриманих даних.

Ми вивчили доступну нам наукову літературу, присвячену проблемі статистичного моніторингу суїцидальної поведінки міського населення. На підставі отриманої інформації була розроблена стандартизована анкета, що, на наш погляд, відображає декілька базисних характеристик осіб, що намагалися вкоротити собі віку шляхом самоотруєння.

На базі токсикологічних відділень 2 та 17 міських клінічних лікарень ми вивчили історії хвороби 760 мешканців міста Харків, що скоїли незавершені суїцидальні спроби шляхом самоотруєння впродовж 2002–2004 років. За нашими даними це основна частина офіційно зафіксованих спроб самоотруєння з суїцидальною метою у міській популяції Харкова.

Критерієм включення до бази даних тієї чи іншої особи була наявність запису в історії хвороби про існування у неї суїцидальних намірів у момент здійснення самоотруєння. Такі дані зазвичай були отримані від самого хворого/хворої або його родичів та внесені до супроводжуючої медичної документації лікарем бригади служби швидкої допомоги, лікарем-токсикологом або психіатром-консультантом токсикологічного відділення.

Усі кількісні показники були оброблені методами математичної статистики згідно з певною програмою, що передбачала обчислення відсотків ( $P$ ) та їх помилок ( $S_p$ ). Задля порівняння вірогідності різниці у частоті показників був використаний критерій  $t$ -Стьюдента [12, 13].

З'ясувалося, що за період спостереження чоловіки скоїли 228 незавершених суїцидальних спроб шляхом самоотруєння, а жінки — 532.

На рис. 1 наведені дані щодо вікової структури дослідженого контингенту. Мінімальний зафіксований вік людини, що намагалася вчинити спробу самоотруєння та зазнала невдачі, на момент здійснення спроби становив 12 років, максимальний — 89 років.

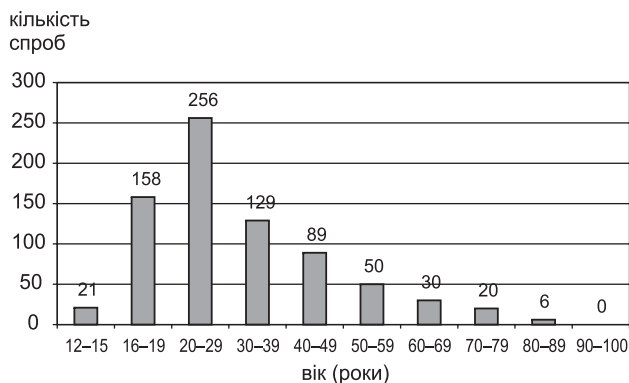
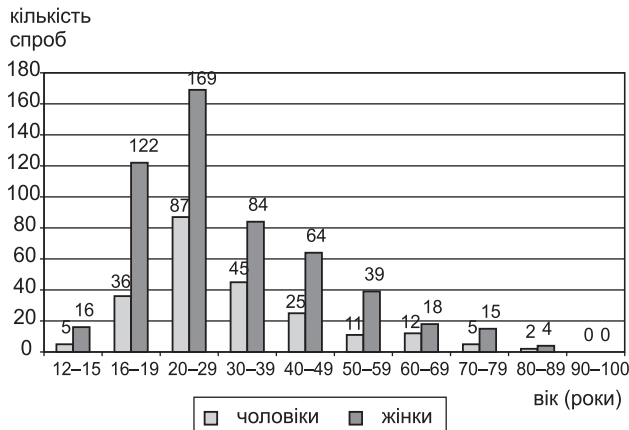


Рис. 1. Розподіл кількості незавершених суїцидальних спроб, здійснених шляхом самоотруєння у різних вікових групах

Статистично достовірний максимум завершених суїцидальних спроб у популяції припадає на вік 20–29 років ( $p < 0,002$ ). Особами цього віку було скоєно приблизно 33,68 % від загальної кількості незавершених спроб самогубства. Має місце статистично достовірне підвищення кількості завершених спроб при порівнянні вікових груп 10–19 років та 20–29 років ( $p < 0,001$ ). Спостерігається статистично достовірне зниження кількості самогубств при порівнянні вікових груп 20–29 років та 30–39 років ( $p < 0,001$ ), 30–39 років та 40–49 років ( $p < 0,01$ ), 40–49 років та 50–59 років ( $p < 0,001$ ), 50–59 років та 60–69 років ( $p < 0,05$ ), 70–79 років та 80–89 років ( $p < 0,01$ ).



**Рис. 2. Розподіл кількості незавершених спроб самогубства шляхом самоотруєння у різних вікових групах осіб чоловічої та жіночої статей окремо**

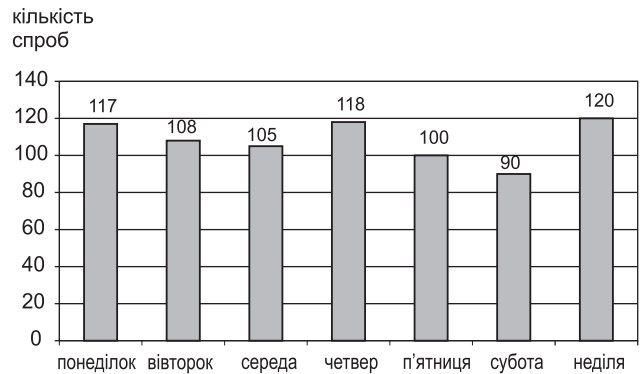
Статистично достовірний максимум незавершених суїцидальних спроб у чоловіків припадає на вік 20–29 років ( $p < 0,001$ ). Чоловіки цього віку скоїли майже 11,45 % від загальної кількості незавершених спроб самогубства та 38,16 % від усіх самоотруєнь осіб чоловічої статі (див. рис. 1, 2). Має місце підвищення кількості спроб самогубства при порівнянні вікових груп 12–19 років та 20–29 років ( $p < 0,001$ ). Спостерігається статистично достовірне зниження кількості спроб самогубства при порівнянні вікових груп 20–29 років та 30–39 років ( $p < 0,001$ ), 30–39 років та 40–49 років ( $p < 0,01$ ), 40–49 років та 50–59 років ( $p < 0,02$ ).

Статистично достовірний максимум спроб самоотруєння у жінок спостерігається у віковій групі 20–29 років (22,37 % від загальної вибірки та 31,77 % від спроб самогубства, скоєних особами жіночої статі). Має місце статистично достовірне підвищення кількості спроб самогубств при порівнянні вікових груп 12–19 років та 20–29 років ( $p < 0,002$ ). Статистично достовірне зниження кількості спроб самогубства виявлено при порівнянні вікових груп 20–29 років та 30–39 років ( $p < 0,001$ ), 40–49 років та 50–59 років ( $p < 0,01$ ), 50–59 років та 60–69 років ( $p < 0,01$ ), 70–79 років та 80–89 років ( $p < 0,02$ ).

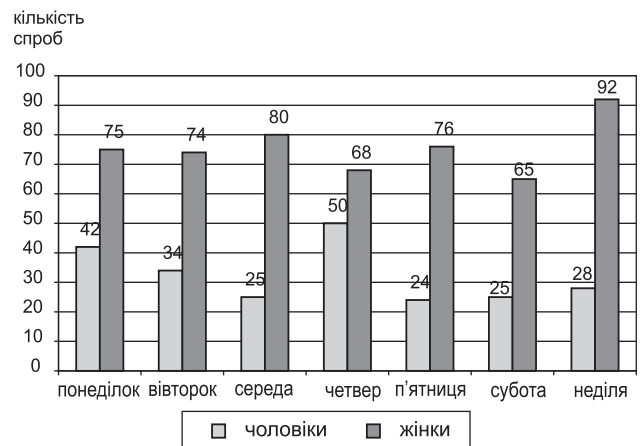
Співвідношення чоловічих та жіночих спроб самогубства у загальній вибірці складає приблизно 1:2,33. У групі 12–19 років на одну спробу самогубства хлопця припадає 3,37 спроби самоотруєння дівчат. Далі (20–39 років) це співвідношення становить 1 до 1,87–1,94, потім підвищується — 40–49 років 1:2,56; 50–59 років — 1:3,55; 70–79 років — 1:3, 80–89 років — 1:2. Лише у віковій групі 60–69 років цей показник нижчий — 1:1,5.

Під час вивчення розподілу незавершених суїцидів по днях тижня як у загальній популяції (див. рис. 3), так і у жінок окремо (див. рис. 4) з'ясувалося, що у суботу їх здійснюється менше, ніж у неділю ( $p < 0,05$  та  $p < 0,02$  відповідно).

Кількість незавершених спроб самоотруєння, що були скоєні чоловіками у четвер, більша ніж у середу або п'ятницю ( $p < 0,002$ ). У суботу та неділю разом спостерігається менше спроб, ніж у понеділок та вівторок разом ( $p < 0,02$ ), а також у четвер та п'ятницю разом ( $p < 0,05$ ).

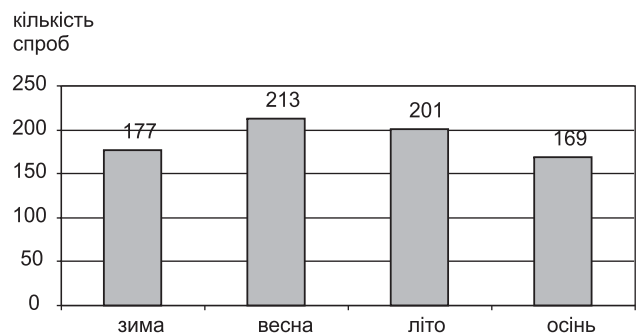


**Рис. 3. Розподіл кількості спроб самогубства шляхом самоотруєння по днях тижня**



**Рис. 4. Розподіл кількості спроб самоотруєння по днях тижня у чоловіків та жінок окремо**

У загальній популяції кількість незавершених спроб самоотруєння, що були скоєні навесні, статистично достовірно більша, ніж взимку ( $p < 0,05$ ) або восени ( $p < 0,02$ ).



**Рис. 5. Розподіл кількості незавершених суїцидальних спроб самоотруєння по порах року**

Під час дослідження сезонного розподілу частоти скоєння спроб самоотруєння у чоловіків статистично значущих закономірностей виявлено не було. Жінки частіше отруювалися у весняну пору ніж взимку ( $p < 0,05$ ) чи восени ( $p < 0,02$ ).

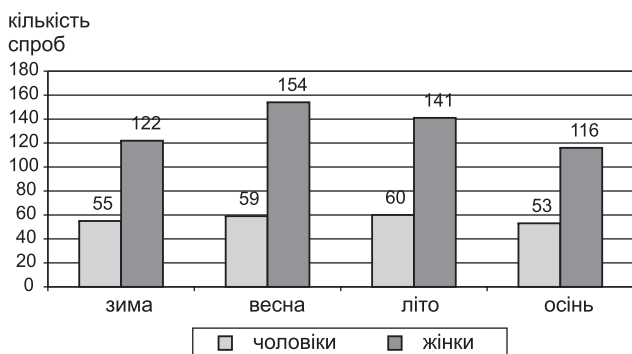


Рис. 6. Розподіл кількості незавершених спроб самоотруєння, що були скоєні чоловіками та жінками, окремо по порах року

Результати розподілу усіх зафіксованих нами спроб самогубства шляхом самоотруєння за соціально значущими днями року наведені на рис. 7.

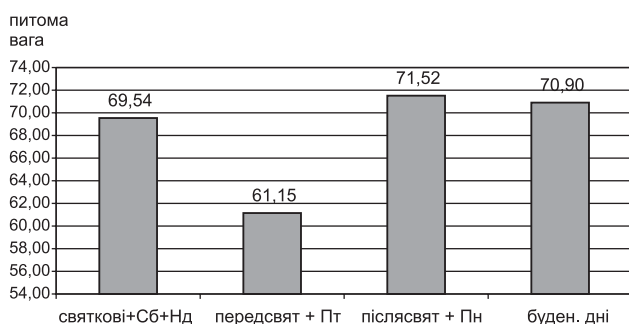


Рис. 7. Розподіл незавершених суїцидальних спроб самоотруєння за соціально значущими днями року

У передсвяткові дні + п'ятниці незавершених спроб самогубства шляхом самоотруєння у популяції траплялося менше, ніж у післясвяткові дні + понеділки ( $p < 0,05$ ) та звичайні буденні дні ( $p < 0,05$ ).

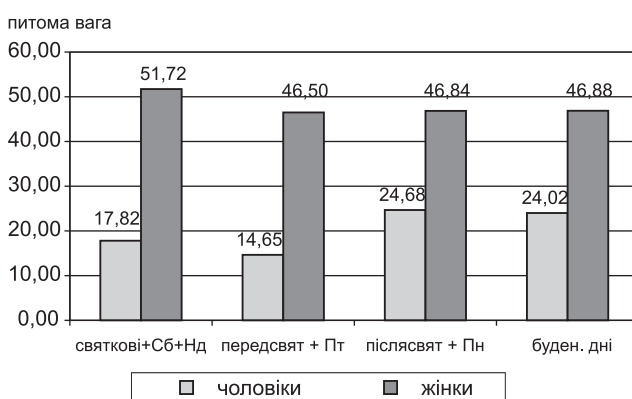


Рис. 8. Розподіл незавершених спроб самоотруєння за соціально значущими днями року у чоловіків та жінок окремо

Чоловіки рідше безуспішно намагалися отруїтися у передсвяткові дні + п'ятниці, ніж у післясвяткові дні + понеділки ( $p < 0,05$ ) та буденні дні ( $p < 0,05$ ). У жінок за цими факторами статистично достовірної різниці не виявлено.

Ми також проаналізували час здійснення спроби піти з життя шляхом самоотруєння. Результати розрахунків наведені на рис. 9.

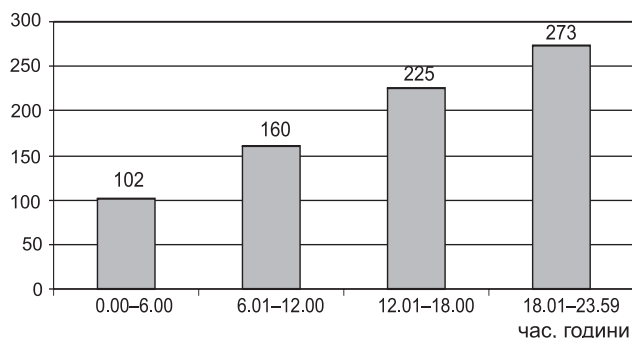
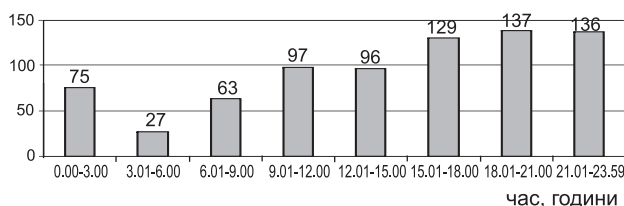


Рис. 9. Розподіл незавершених спроб самоотруєння за часом скоєння

При розбивці доби на 3-годинні інтервали абсолютний мінімум кількості спроб самоотруєння у популяції спостерігається з 3 до 6 год. ( $p < 0,001$ ). Потім має місце статистично достовірне підвищення кількості самоотруєнь (3–6 год. в 6–9 год.  $p < 0,001$ ; 6–9 год. в 9–12 год.  $p < 0,01$ ). З 9 до 15 год. кількість спроб майже стабільна. Потім знову виникає різке зростання (12–15 год. в 15–18 год.  $p < 0,02$ ) із наступним повільним зростанням з 15 години до півночі. За цей час у місті відбувається 52,89 % усіх спроб самоотруєння. Новий день починається з достовірного падіння кількості спроб (21–24 год. в 0–3 год.  $p < 0,001$ ; 0–3 год. в 3–6 год.  $p < 0,001$ ).

При розбивці доби на 6-годинні інтервали спостерігається зростання кількості спроб з 0–6 год. до 18–24 год. Між кожною наступною парою інтервалів  $p < 0,001$ .

Розподіл незавершених спроб самоотруєння за часом скоєння у жінок та чоловіків окремо наведено на рис. 10.

При розбивці доби на 3-годинні інтервали абсолютний мінімум кількості спроб самоотруєння у чоловіків має місце в інтервалі 3–6 год. ( $p < 0,002$ ). При порівнянні інтервалів 3–6 год. та 6–9 год. виявлено статистично достовірне зростання ( $p < 0,05$ ). Потім зростання уповільнюється (9–12 год. в 15–18 год.  $p < 0,05$ ). Падіння кількості спроб самоотруєння виявлено у перші години доби (21–24 год. в 0–3 год.  $p < 0,05$ ; 0–3 год. в 3–6 год.  $p < 0,002$ ).

У жінок абсолютний мінімум теж припадає на інтервал 3–6 год. Також є падіння кількості спроб на початку доби (21–24 год. в 0–3 год.  $p < 0,001$ ; 0–3 год. в 3–6 год.  $p < 0,001$ ) з наступним різким зростанням (3–6 год. в 6–9 год.  $p < 0,001$  та 6–9 год. в 9–12 год.  $p < 0,01$ ). Далі має місце повільний підйом (9–12 год. в 18–21 год.  $p < 0,05$ ; 12–15 год. в 18–21 год.  $p < 0,02$ ).

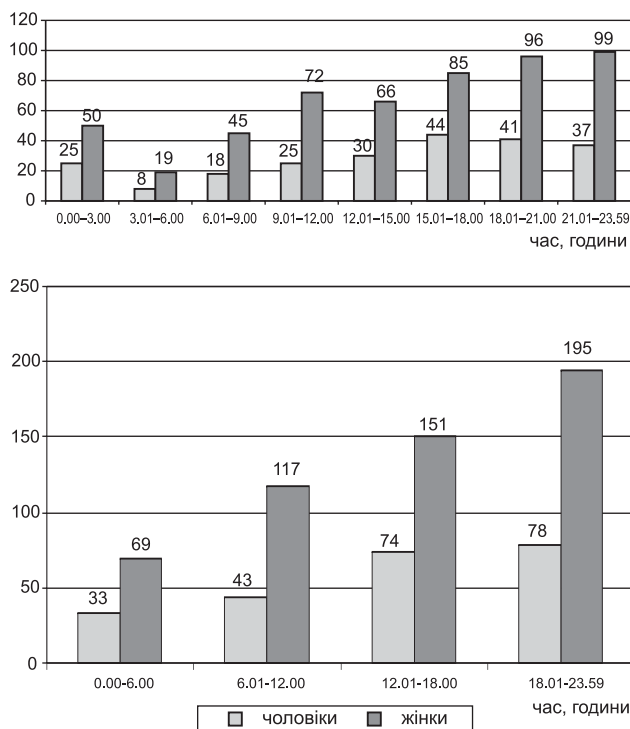


Рис. 10. Розподіл незавершених спроб самоотруєння за часом скоєння у жінок та чоловіків окремо

При розбивці доби на 6-годинні інтервали у чоловіків виявлені статистично достовірні різниці (18–24 год.  $v$  0–6 год.  $p < 0,001$ , а також 6–12 год.  $v$  12–18 год.  $p < 0,001$ ). У жінок спостерігається статистично достовірна різниця між кожною парою наступних інтервалів (0–6 год.  $v$  6–12 год.  $p < 0,001$ ; 6–12 год.  $v$  12–18 год.  $p < 0,02$ ; 12–18 год.  $v$  18–24 год.  $p < 0,01$ ; 18–24 год.  $v$  0–6 год.  $p < 0,001$ ).

Інформація про вживання спиртних напоїв перед спробою була отримана з анамнезу, зібраного лікарем служби швидкої медичної допомоги, токсикологом-реаніматологом, консультантом-психіатром або за результатами лабораторного дослідження крові на вміст алкоголю у крові пацієнта. Під час аналізу кількості спроб самогубства шляхом самоотруєння, яким передувало вживання алкоголю, з'ясувалося, що у дослідженій популяції таких випадків було зареєстровано 325 (42,76 %), у чоловіків — 108 (14,21 % від загальної кількості та 47,37 % від усіх чоловічих спроб), у жінок — 217 (28,55 % від загальної кількості та 40,79 % від усіх жіночих спроб).

#### Висновки

1. Статистично достовірний максимум незавершених суїцидальних спроб шляхом самоотруєння як у популяції в цілому, так і в осіб різних статей окремо припадає на вікову групу 20–29 років. У цьому віці харків'яни здійснили більше третини від загальної кількості незавершених спроб самоотруєння.

2. Співвідношення чоловічих та жіночих спроб отруєння у загальній вибірці складає приблизно 1:2,33.

3. При вивченні розподілу незавершених суїцидів по днях тижня як у загальній популяції, так і у жінок окремо з'ясувалося, що у суботу їх здійснюється менше, ніж у неділю. Кількість незавершених спроб

самоотруєння, що були скоєні чоловіками у четвер більша, ніж у середу або п'ятницю. У суботу та неділю разом спостерігається менше чоловічих спроб, ніж у понеділок та вівторок разом, а також у четвер та п'ятницю разом.

4. У загальній популяції та серед жінок кількість незавершених суїцидальних спроб самоотруєння, що були скоєні навесні, статистично достовірно більша, ніж взимку або восени.

5. У передсвяткові дні та п'ятниці разом незавершених спроб самогубства шляхом самоотруєння у популяції взагалі та серед чоловіків траплялося менше, ніж у післясвяткові дні + понеділки та звичайні буденні дні.

6. Абсолютний мінімум кількості спроб, як у популяції в цілому, так і у чоловіків та жінок окремо, спостерігається з 3 год. 00' до 6 год. 00'. Після цього і в популяції, і в осіб кожної статі окремо має місце зростання кількості незавершених спроб самоотруєння. Більше половини таких спроб у місті здійснюються з 15 год. 00' до 00 год. 00'. Нова доба починається з падіння кількості самоотруєнь в осіб обох статей.

7. Більш ніж 40 % суїцидентів (майже половина чоловіків та приблизно 41 % жінок) здійснили незавершену спробу самогубства шляхом самоотруєння у стані алкогольного сп'яніння.

#### Список літератури

1. Мандрагеля В. Диспропорции демографии: новые вызовы современности // Зеркало недели. — 2004. — № 30. — С. 19.
2. Михайлов Б. В., Табачников С. І., Марута Н. О. та співавт. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні // Український медичний альманах. — 2004. — № 4. — С. 99–102.
3. Показники захворюваності на психіатричні розлади і діяльність психіатричних закладів в Україні у 2003 році. — К., 2004.
4. Показники захворюваності на психіатричні розлади і діяльність психіатричних закладів в Україні у 2004 році. — К., 2005.
5. Котляр А. (Не)любовь // Зеркало недели. — 2006. — № 24. — С. 20.
6. Jenkins R., Singh B. (1999) National suicide prevention strategies // *Psychiatra Fennica*, 30, 9–30.
7. Welch S. S. (2001) A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population // *Psychiatric Service*, 52; 368–375.
8. Forster P., Wu L. (2002) Assessment and treatment of the suicidal patient in an emergency setting. In: Allen M. H. (ed). *Emergency psychiatry*. — Washington: American Psychiatric Publishing, 75–113.
9. Mc Intosh J. L. (1992) Methods of suicide. In: Maris R. W., Berman A. L., Maltzberg J. T., Yufit R. I. (eds.) *Assessment and prediction of suicide*. — NY: Guilford Press; 381–397.
10. Vijayakumar L. (2004) Suicide prevention: the urgent need in developing countries // *World Psychiatry*, 3; 158–159.
11. Valtonen H., Suominen K., Partonen T., Ostamo A., Lonnqvist J. (2006) Time patterns of attempted suicide // *Journal of Affective Disorders*, 90; 201–207.
12. Бейли Н. Статистические методы в биологии. — М.: Мир, 1962.
13. Рокицкий П. Ф. Биологическая статистика. — Мн.: Высшая школа, 1967.

Надійшла до редакції 30.03.2006 р.

*А. Н. Бачериков, Э. Г. Матузок, Е. В. Харина,  
В. Н. Кузьминов, Л. Н. Ситенко, О. В. Горбунов, Д. Д. Полоз,  
И. В. Карамушко, С. И. Петренко, А. И. Власова*

**Незавершенные попытки самоубийства путем самоотравления в Харькове в 2002–2004 годах**

*Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
АМН Украины, Городская клиническая больница № 2,  
Многопрофильная больница № 17 завода имени Малышева  
(Харьков)*

Изучены сопровождающие документы на 760 жителей города, которые совершили незавершенную суицидальную попытку самоотравления. Соотношение мужчины/женщины составило 1:2,33. Наибольшее количество незавершенных суицидальных попыток самоотравления наблюдалось в возрасте 20–29 лет. В состоянии алкогольного опьянения совершили незавершенные суицидальные попытки самоотравления 47,37 % мужчин и 40,79 % женщин.

*A. M. Bacherikov, E. G. Matuzok, E. V. Kharina,  
V. N. Kuz'minov, L. M. Sitenko, O. V. Gorbunov, D. D. Poloz,  
I. V. Karamushko, S. I. Petrenko, A. I. Vlasova*

**The uncompleted suicide attempts of self-poisoning in Kharkiv during 2002–2004 years**

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology  
of the AMS of Ukraine,  
City's Clinical Hospital № 2,  
Multitype Hospital № 17 of the plant named after Malyshev  
(Kharkiv)*

It was studied the accompanying papers on 760 people, who lived in Kharkiv and committed unfinished suicide attempt of self-poisoning. The correlation between men and women came to 1:2.33. The largest amount of attempts were in group 20–29 years of both sexes. In condition of alcoholic intoxication they committed the uncompleted suicide attempts of self-poisoning 47.37 % in men and 40.79 % in women.

УДК 616. 89–008. 441.13–071

*С. В. Білоус, Я. М. Несторович, О. П. Венгер — кандидати мед. наук,  
доценти каф. неврології, психіатрії, наркології та медичної психології  
Тернопільський державний медичний університет (Тернопіль)*

**ДИНАМІКА ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ СИМПТОМІВ  
У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ У ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ**

Вживання алкоголю в структурі інших форм залежності від психоактивних речовин залишається домінуючим. Актуальність проблеми алкоголізму визначається як великою поширеністю (тільки 670 тис. осіб перебуває на диспансерно-динамічному спостереженні в наркологічній службі України або 135,9 на 10 тис. населення), так і важкими соціально-медичними наслідками [1]. У всій Європі алкоголь є одною з найбільш важливих проблем суспільної охорони здоров'я через високий рівень його виробництва, торгівлі, вживання і масштабності шкоди, викликані його вживанням [2].

Згідно із статистичними даними кількість пацієнтів, які перебувають на медичному обслуговуванні у наркологічних диспансерах України, становила 1 млн людей. Порівняно з 1990 роком відбулося більш ніж дворазове зростання захворювання на алкогольні психози, що свідчить про більш високе фактичне поширення алкоголізму. Обумовлені зловживанням алкоголем проблеми ще більш поглиблюються тим, що алкогольна залежність коморбідна з енцефалопатією, кардіоміопатією, полінейропатією, гепатитом, жировою дистрофією і цирозом печінки, гастритом, панкреатитом, травматизмом, епілепсією, алкогольним синдромом плода, отруєннями із смертельним результатом, депресивними станами, кримінальними діями, суїцидами та ін. [3].

За останні десятиліття в Україні відбулася суттєва трансформація різних аспектів алкогольних проблем. Змінилася структура вживання алкогольних напоїв. Якщо раніше в нашій країні традиційно біля 65–70 % вживаних напоїв складала міцні спиртні напої (горілка, коньяк, самогон), то зараз за об'ємом вживання на перше місце вийшло пиво, що внесло зміни в нозологічну структуру залежності (констатація пивного алкоголізму як клінічної реальності в наркології). Стали окреслюватися регіональні особливості алкоголізації (наприклад, переважне вживання вин домашнього

виготовлення в аграрному ареалі Західної України і, як наслідок, поширення винного алкоголізму). Сумарне вживання абсолютного алкоголю в Україні досягло 11–12 літрів на душу населення за рік (без урахування сурогатного вживання). Намітилась стійка тенденція формування алкоголізму в молодому віці, а також серед жінок, появи більш зл�якісних, терапевтично резистентних і криміногенних клінічних різновидностей алкогольної залежності і алкогольних психозів [3].

Вивчення динаміки психопатологічних симптомів під час лікування алкоголізму має велике практичне значення для адекватної диференційованої комплексної терапії. В даному повідомленні відображені результати спостережень над 202 хворими чоловічої статі віком від 18 до 56 років, які пройшли стаціонарне протиакогольне лікування.

Під час надходження до стаціонару структура психопатологічних розладів у хворих, в основному, визначалась вираженістю алкогольного абстинентного синдрому і типом реагування на факт і мотиви госпіталізації. На фоні порушення сну, апетиту і вегетативних розладів у переважній більшості хворих відмічався тужливо-похмурий або тривожно-тужливий стан, підвищена дратівливість, дисфорії, явне або приховане негативне ставлення до госпіталізації, обстежень і лікування.

Хворі вперто заперечують більшість даних об'єктивного анамнезу, приховують справжні розміри вживання спиртних напоїв, заперечують факти антисоціальної поведінки, злісно настроєні проти осіб, які сприяли їх госпіталізації. В той же час більшість пацієнтів з різко вираженими проявами алкогольного абстинентного синдрому, як правило, самостійно йдуть до нарколога з настановою на госпіталізацію і не приховують алкогольного анамнезу. Від лікаря вони очікують дійової допомоги. Під час надходження до стаціонару у хворих спостерігається підвищений потяг до алкоголю.