М.В. Яковлева, Л.В. Бекенева, И.И. Замятин

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ГРАЖДАН г. ЯКУТСКА

УДК 616.89 – 008.441.44 (571.56)

Проведен анализ (пара -) суицидального поведения среди граждан г. Якутска за период с 2010 по 2013 г. Определены социальные и клинические характеристики случаев незавершенного суицида. Установлена наиболее распространенная модель суицидального поведения среди граждан, обратившихся за медицинской помощью, а также сформированы основные принципы превентивных мероприятий.
Ключевые слова: суицидальное поведение, алкогольное опьянение, социальный статус, городское население.

The analysis (para-) suicide behavior among population of Yakutsk city from 2010 to 2013 is carried out. Social and clinical characteristics of incomplete suicide cases are determined. The most widespread model of suicidal behavior among the people addressed for medical care is established, as well as basic principles of preventive measures are elaborated.
Keywords: suicide behavior, alcoholic intoxication, social status, urban population.

Каждый год проблема суицидального поведения приобретает все более глобальный характер. Сегодня в мире по причине суицида, по данным ВОЗ, погибает больше людей, чем во всех взятых конфликтах. Самоубийства, точнее их уровень и динамика, служат одним из важнейших индикаторов социальной, экономической, политической ситуации и ее изменений, а также несут информацию о благополучии или неблагополучии социума [2,4].

Республика Саха (Якутия) (РС(Я)) в настоящее время остается регионом с повышенной суицидальностью, хотя за последнее десятилетие отмечается снижение данного показателя. По данным Федеральной службы государственной статистики, уровень суицидов в Якутии за 2013 г. составил 35,7 на 100 тыс. населения (4,1% от всех случаев смертности за 2013 г.). По существующему положению к неблагополучным регионам относятся те территории, показатель смертности от суицидов которых выше 20 на 100 тыс. населения. Помимо высоких показателей смертности от суицида неоспоримым фактом является влияние этнокультурального фактора на динамику суицидов в республике. Так, за последние годы по Российской Федерации в лидирующих регионах по количеству суицидов находятся этнические республики (Алтай, Тыва, Бурятия, Якутия), что является подтверждением факта воздействия целого ряда причин, начиная от религиозного фактора и заканчивая этнопсихологическими особенностями реагирования на кризисные ситуации, связанных с этнокультуральными особенностями регионов [3,5].

Цель исследования – провести анализ случаев (пара-) суицидального поведения среди граждан г. Якутска за период с 2010 по 2013 г. и выявить наиболее распространенные модели аутоагрессии среди лиц, обратившихся за медицинской помощью в ГБУ РС(Я) ЯРПНД.

Результаты и обсуждение. Всего было проанализировано 289 случаев незавершенного суицида. Из них суицидальную попытку совершили 147 (50,8%) мужчин и 142 (49,2%) женщины. Таким образом, какой-либо разницы по половому признаку не обнаруживается. Эта особенность подтверждается последними литературными данными [2,6]. Из 289 случаев в дальнейшей госпитализации было отказано 59 гражданам, хотя все обратившиеся осматривались врачом психиатром. Чаще всего отказ от госпитализации был связан с отказом гражданина от психиатрической помощи или же тяжелым соматическим состоянием, выраженным алкогольным опьянением. Далее такие пациенты или доставлялись в соматические стационары, наркологический диспансер, или в отделение полиции для отрезвления. Чаще всего граждане с незавершенным суицидом доставлялись по линии СМП или полицейскими.

Анализ по возрастным периодам показал неравномерность суицидальной активности среди разных возрастных групп (рис.1) Наиболее активный пик суицидального поведения приходится на возраст от 19 до 23 лет. В последующих возрастных группах, причем с каждым пятилетием, уровень суицидальной активности снижается. Такая динамика объясняется особенностями социального функционирования и психологического реагирования человека в различные возрастные периоды. Исходя из этого, возрастной период 19-23 года наиболее труден для молодого человека, так как именно в этот период происходит выбор основных жизненных ориентиров (профессии, семейного статуса и т.д.), а эмоционально-волевая сфера и личностные характеристики еще не достигли своего полного гармоничного развития. Это достаточно часто приводит к дезадаптации в современной среде, предъявляющей порой чересчур высокие требования к возможности успешного существования. В дальнейшем с процессом взросления человек становится более устойчивым к различным воз-

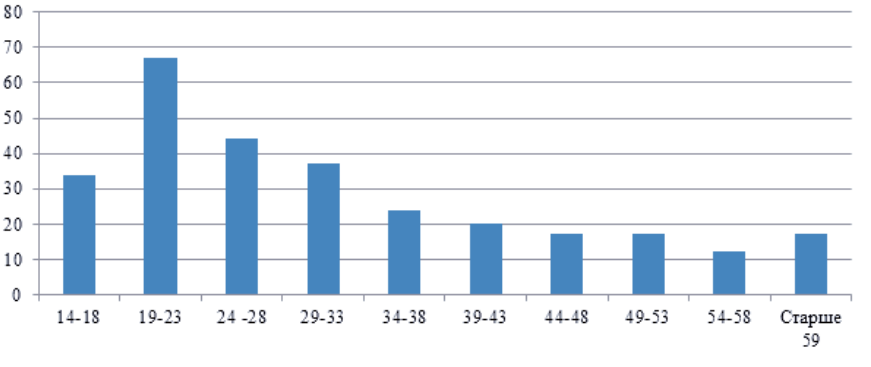

Рис. 1. Распределение суицидальной активности по возрастным группам

ЯКОВЛЕВА Мария Владимировна – к.м.н., ст. препод. МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, jacob83@inbox.ru; **БЕКЕНЕВА Любовь Викторовна** – к.м.н., доцент МИ СВФУ, lyubava00@mail.ru; **ЗАМЯТИН Иван Иванович** – гл. врач ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский психоневрологический диспансер».

действиям социальной среды, соответственно количество суицидов в более зрелых возрастных группах значительно падает [6]. Небольшая активизация суицидального поведения также происходит в пенсионный период, когда человек уже сталкивается с кризисом старения.

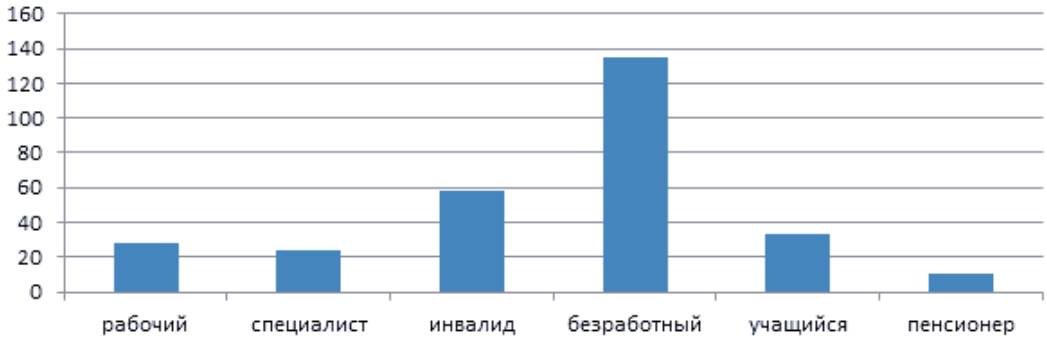

Рис. 2. Структура социального статуса суицидентов

При изучении уровня образования суицидентов оказалось, что большинство из них имеют достаточно низкий уровень образованности. Так, 64,7% имеют только школьное образование, а высшее образование – 10,3% (30 чел.). Следовательно, уровень и качество образования также влияют на динамику суицидов среди населения. Более образованный человек имеет более высокий социальный статус и, соответственно, в большей мере удовлетворен своим жизненным положением. Эта закономерность подтверждается многими исследованиями [2].

При анализе семейного положения оказалось, что наиболее часто проявляют суицидальную активность граждане, не имеющие семьи (51,2%) и разведенные (11,7%). Имеющие семьи реже подвергают себя суицидальным действиям (26,2%), хотя в большинстве исследований отмечают, что наиболее статистически значимым антисуицидальным фактором является наличие детей.

Наиболее часто совершают незавершенный суицид граждане, не имеющие работы (46,7%). Данная особенность закономерна, так как человек, не имеющий постоянного места работы и заработка, подвергается большему эмоциональному напряжению, чаще страдает депрессивными состояниями, что в дальнейшем может привести к выраженному нарушению адаптации. На втором месте по частоте совершаемых суицидов находятся инвалиды (20%) (чаще всего по психическому заболеванию), которые также находятся в перманентном состоянии дезадаптации (рис.2).

Обратившихся за медицинской помощью первично оказалось 157 чел. (54,2%), остальные 139 ранее уже обращались за психиатрической помощью. Впервые в жизни пытались совершить суицид 180 чел., что составило 62,2%, а повторно – 109 (37,8%).

По нозологической структуре суицидентов 124 чел. (42,9%) состояли на диспансерном учете у врача психиатра (таблица). Наиболее чаще у граждан, поступивших с суицидальным поведением, выставлялся диагноз психопатоподобного поведения в алкогольном опьянении – 30,7% или, примерно, треть всех случаев, что совпадает с данными некоторых российских авторов [1]. Вообще можно отметить крайне высокую частоту алкогольного опьянения. Среди всех случаев данный показатель составил 42,2% (122 чел.), причем алкогольную зависимость как коморбидную патологию имело 102 чел. (35,2%). На втором месте по частоте суицидов были пациенты с расстройствами шизофренического спектра (параноидная шизофрения, шизоаффективное расстройство, шизотипическое расстройство, острое шизофреноподобное расстройство), на третьем – пациенты с кратковременной депрессивной реакцией на ситуацию. Пациенты с «чистой» аффективной патологией, которые страдают эндогенными депрессиями, реже совершали суицидальные попытки (10,7%), чем пациенты с расстройствами личности и шизофреническими расстройствами. Таким образом, можно предположить, что эндогенная депрессия в рамках циркулярных аффективных психозов является менее «суицидогенной», чем депрессивные расстройства в рамках реактивного реагирования. Хотелось бы также отметить, что пациенты, страдающие эндогенными психозами, чаще всего совершали суицид в трезвом состоянии [4]. Например, из 45 чел., страдающих расстройствами шизофренического спектра, только в 2 случаях было констатировано алкогольное опьянение.

При изучении провоцирующих факторов оказалось, что наиболее часто выявлялся межличностный внутрисемейный конфликт. Так, данный провоцирующий фактор четко прослеживался в 119 случаях (41,7%). На втором месте провоцирующим фактором явилось депрессивное состояние – 43 случая (14,8%), на третьем – галлюцинаторные переживания – 25 (8,6%), причем галлюциноз в данном случае носил императивный, приказной характер и сопровождался выраженной тревогой и страхом. Классическим примером для суицида такой модели является алкогольный галлюциноз.

Чаще всего суицид совершали в зимнее время (28,7%), реже – в осенний период (21,1%). Какой-либо значительной разницы в частоте совершаемых суицидальных попыток в зависимости от сезона в данном исследовании не было обнаружено, хотя возможно было предположить, что в осеннее–зимнее время совершается

Нозологическая структура граждан с незавершенным суицидом

Диагноз	Абс. число	%
Расстройства шизофренического спектра	45	15,5
Аффективные расстройства депрессивного спектра	31	10,7
Расстройства личности	34	11,7
Умственная отсталость	10	3,4
Деменция	9	3,1
Депрессивная реакция на ситуацию	38	13,1
Расстройство адаптации	2	0,6
Психопатоподобное поведение в алкогольном опьянении	89	30,7
Эпилепсия	7	2,4
Психопатоподобное поведение без алкогольного опьянения	17	5,8
Алкогольные психозы	5	1,7
Обсессивно-фобические расстройства	2	0,6

больше суицидов, чем в весенне–летний период.

Основным способом незавершенного суицида в данном исследовании является отравление (41,8% или 121 случай), причем в большинстве случаев медикаментозное. Реже пациенты используют средства бытовой химии, наиболее популярной из которых является уксусная кислота (9 случаев или 3,1%). Вообще случаи отравления уксусной кислотой являются очень тяжелыми в клиническом аспекте и в дальнейшем прогнозе. Многие из таких пациентов не попадают в поле зрения врачей психиатров в связи с тем, что умирают в реанимационных отделениях из-за тяжести соматического состояния. Практически все пациенты, состоящие на учете с диагнозом шизофрения, также осуществляют парасуицидальное действие через отравление медикаментозными средствами. Но в данном случае достаточно часто такие больные используют психотропные препараты, такие как клозапин («Азалептин», «Лепонекс»), являющийся сильнодействующим седативным препаратом. Граждане, не состоящие на учете в ГБУ РС (Я) ЯРПНД, чаще всего в качестве «яда» используют таблетки дротаверина («Но-шпа»), аспирин, гипотензивные препараты и т.д. На втором месте по частоте находятся суициды через кровопотерю (резание вен на запястьях рук) – 23,8% (69 случаев), на третьем суициды через удушение – 47 случаев (16,2%). Реже констатировались падение с высоты – 16 случаев (5,5%), ножевое ранение – 19 (6,5), огнестрельное ранение – 3 (1%). Небольшое количество случаев с использованием холодного или огнестрельного оружия связано в первую очередь с фатальностью таких попыток, которые в большинстве случаев заканчиваются летально.

Таким образом, чаще всего незавершенный суицид совершают молодые граждане с низким уровнем образования (чаще всего 10 классов образования), не имеющие постоянного места работы, страдающие алкогольной зависимостью. Суицид чаще всего производится в алкогольном опьянении после межличностного конфликта (чаще всего между супругами) путем приема медикаментов, которые имеются в домашней аптечке, и носит яркий демонстративный характер с брутальными угрозами, психомоторным возбуждением.

Исходя из основной модели незавершенного суицида, превентивная работа по снижению уровня суицидов должна носить в большей степени социально ориентированный характер, а не медицинский. В первую очередь начиная со школьного звена должен быть сформирован мощный психологический мониторинг, причем специалист психолог должен быть компетентен и ознакомлен с некоторыми медицинскими аспектами суицидального поведения. С этого звена должны формироваться группы риска, куда будут входить школьники, проявившие девиантное, аутоагрессивное, антисоциальное и аддиктивное поведение. В дальнейшем эта база данных должна быть доступной и для психологов, социальных работников, работающих в других учебных заведениях. Конечно, немаловажное значение имеет своевременное трудоустройство, а также профилактическая работа врачей наркологов по предупреждению развития различных зависимостей. В рамках оказания реабилитационной работы с гражданами, совершившими суицид, в первую очередь должна быть оказана своевременная психотерапевтическая помощь. В настоящее время в Якутии нет ни одного специализированного кризисного отделения круглосуточного пребывания, где оказывается медикаментозная и психотерапевтическая помощь такому контингенту, что в значительной мере лишает реабилитационного потенциала и предполагает формирование рецидива суицида в будущем.

Выводы:

1. Суицидальная активность резко увеличивается в возрасте 19-23 лет. В последующих возрастных группах, с каждым пятилетием данный показатель снижается

2. Чаще всего незавершенный суицид совершают граждане, имеющие низкий уровень образования, холостые и не имеющие постоянного места работы. Примерно треть суицидентов страдают алкогольной зависимостью. Суицид в половине случаев совершается в состоянии алкогольном опьянения.

3. Наиболее популярным способом ухода из жизни является медикаментозное отравление. Чаще всего используются таблетки, содержащие дротаверин («Но–шпа»).

4. В связи с тем, что суициды в большей степени социальная проблема, превентивная и реабилитационная работа должна иметь в большей мере социальный характер, чем медицинский.

Литература

1. Бисалиев Р.В. Психопатология суицидального поведения / Р.В. Бисалиев, Л.П. Великанова // Вторая науч.-практ. конф. психиатров и наркологов Южного Федерального Округа с междунар. и всероссийск. участием. – Р-н-Д, 2006. – С. 41 –53.

Bisaliev R.V. Psychopathology of suicide behavior / R.V. Bisaliev, L.P. Velikanova // The 2nd sci.-pract. conference of psychiatrists and narcologists of the Southern Federal Districts with paricipation of international and All-Russia experts. – Rostov-on-Don, 2006. – P. 41-53.

2. Ваулин С.В. Суицидальные попытки и незавершенные суициды (госпитальная диагностика, оптимизация терапии, профилактика): автореф. дис. …д-ра мед. наук / С.В. Ваулин. – М., 2012. – С. 45.

Vaulin S.V. Attempted suicides and uncompleted suicides (hospital diagnostics, therapy optimisation, preventive measures): abst. dis. … Dr. med. sciences / S.V. Vaulin. - M, 2012. - P. 45

3. Ворсина О.П. Психологические характеристики суицидентов, госпитализированных в психиатрический стационар / О.П. Ворсина, Н.П. Баркова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1. – С. 50 - 54.

Vorsina O. P. Psychological characteristics of suiciders, hospitalised in the psychiatric hospital / O. P. Vorsina, N.P. Barkova // Siberian bulletin of psychiatry and narcology. - 2012. - № 1. - P. 50-54.

4. Войцех В.Ф. Сравнительный клинико-эпидемиологический анализ суицидальных попыток в городе Москве за 1978 и 1998 гг. / В.Ф. Войцех, А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 2001.- № 3. - С 15-18.

Voytseh V.F. Comparative clinical - epidemiological analysis of attempted suicides in Moscow city for 1978 and 1998 / V.F. Voytseh, A.G. Ambrumova // Social and clinical psychiatry. - M., 2001. - № 3. - P. 15-18.

5. Положий Б.С. Клиническая суицидология. Этнокультуральные подходы / Б.С. Положий. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2006. – С.15.

Polozhy B.S. Clinical suicidology. Ethnocultural approaches / B. S. Polozhy. - M: RIO FPI «SRC for SFP named V.P.Serbsky», 2006. - P.15.

6. Цыганков Б.Д. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение) / Б.Д. Цыганков, С.В. Ваулин. – Смоленск: СГМА, 2012. – С. 232.

Tsygankov B.D, Vaulin C.B. Suicides and attempted suicides (clinic, diagnostics, treatment) / B.D. Tsygankov, C.V. Vaulin. – Smolensk: SFMA, 2012 - P. 232.