

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ: ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК. Сообщение 1

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

В статье проведен анализ основных социальных факторов, способствующих формированию высокого суицидального риска у психически здоровых людей.

Показано, что у психически здоровых людей в переживаемой кризисной ситуации высоко значимыми факторами суицидального риска, более тесно ассоциированными с хронизацией суицидального поведения (избыточный против первичного самопокушения 1,1-1,4-кратный суицидальный риск), являются возраст до 30 лет (55,4–62,2% случаев самопокушений), неполное или полное среднее образование (85,9–91,5%), семейная (66,2–79,3%) и общественно-профессиональная (23,6–26,8%) дезинтеграция.

Ключевые слова: социальные факторы, суицидальная попытка.

A. P. Gelda

AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN MENTALLY HEALTHY SUBJECTS: EXPLORING THE SOCIAL CHARACTERISTICS. Report 1

The article represents analysis of the major social risk factors of suicide in healthy individuals. Prominent risk factors in persons experiencing crisis situation are: age before 30 (55,4–62,2% cases of suicide attempts), complete or incomplete secondary education (85,9–91,5%), familial and occupational disintegration (respectively 66,2–79,3% and 23,6–26,8%). These factors were stronger (1,1–1,4 times) associated with repetitive suicidal acts than with the primary suicide attempt.

Key words: social factors, suicide attempt, healthy subjects.

Суицидальное поведение (самоубийства, суицидальные попытки), включая повторные суицидальные действия с высокой вероятностью летального исхода (каждое третье самопокушение) — одна из основных проблем общественного здравоохранения в развитых странах мира, в том числе в Беларуси [1, 4, 10].

Общепопуляционные факторы, в том числе социальные (группы предикторов социально-демографических, по уровню образования, семейных и общественно-профессио-

нального положения и др.), санкционирующие первичный и повторный суицидальные риски, достаточно изучены [1–3, 5, 7–8]. В то же время следует отметить, что 2/3 лиц с суицидальными попытками являются психически здоровыми людьми [2], и особенности социальных предикторов формирования первичного и повторного суицидального поведения могут иметь отличительные особенности от таковых общепопуляционных, что и послужило **целью** для проведения исследования.

Материал и методы

Исследование, открытое сравнительное проспективное с параллельными группами со стратифицированной рандомизацией (первичное/повторное самопокушение) с последующей блочной рандомизацией для каждой страты, в соответствии с унифицированным международным исследовательским стандартом в области суицидологии и протоколом ВОЗ/ЕВРО Мультицентрового исследования парасуицидов [6, 9] выполнено при сплошном наборе исследовательских случаев в период времени 01.01. 2011 г. – 01.01. 2013 г. на базе психоневрологических отделений для лечения кризисных состояний ГУ «РНПЦ психического здоровья» и отделения острых отравлений УЗ «БСМП г. Минска» на модельной когорте формально психически здоровых лиц (не состоявших на психиатрическом и наркологическом учетах), жителей г. Минска и области, совершивших суицидальную попытку.

Изучались социальные образцы суицидальности (возрастной и образовательный ценз, семейное и общественно-профессиональное положение, место совершения суицидальной попытки) в сопоставляемых однородных параллельных группах выборок психически здоровых лиц с первичным и повторяющимся суицидальным поведением.

Статистическая обработка материалов исследования проведена с использованием стандартного пакета описательной математической статистики в программно-аналитическом комплексе MS Excel 2003 при выбранном уровне доверия 95% по t-тесту Стьюдента для проверки нулевой гипотезы о равенстве/различии относительных величин частоты встречаемости признака в независимых выборках и по хи-квадрат Пирсона (χ^2) для оценки значимости изучаемого эффекта.

Критериями включения в исследование являлись верифицированные случаи суицидальных попыток у психически здоровых людей в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса с клиническими признаками невротических расстройств (F40-F48) или настроения (F32.0-F32.1). Случаи психической дезадаптации психотического уровня психического расстройства в данное исследование не включались.

Всего в исследование при добровольном согласии было включено 472 человека, из них 390 (средний возраст 30,7±0,6 лет) – лица (парасуициденты), совершившие впервые в жизни суицидальную попытку, 82 (28,6±1,1 лет) – лица с повторными суицидальными попытками. В выборке парасуицидентов с первичным самопокушением лица мужского пола были представлены 252/64,4% от общего числа выборки и женского – 138/35,4% (соответственно, в выборке с повторным самопокушением 58/70,7% и 24/29,3%) ($P > 0,05$), а проживавшие, соответственно,

в городской и сельской местности – 289/74,1% (к 63/76,8% в выборке с повторным самопокушением) и 101/25,9% (к 19/23,2%) ($P > 0,05$), т. е. городские когорты в искомым выборках парасуицидентов численно были более представительными (в 2,9–3,3 раза при случайности распределения; $P = 0,606$).

Преимущественный способ покушения на собственную жизнь в выборке парасуицидентов при первичном самопокушении – самоотравления лекарственными и токсическими бытовой химии средствами (122/31,3% случаев), а в выборке парасуицидентов при повторном самопокушении – посредством самотравматизации острыми предметами (52/63,4%).

Расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения являлось преобладающим верифицированным диагнозом в обеих выборках парасуицидентов (39,2–48,8% случаев).

При анализе по кластеру «возраст» дисперсии и стандартные отклонения в выборках парасуицидентов существенно не отличались ($sx^2 = 123,11$ и $sx^2 = 98,09$; $sx = 11,09$ и $sx = 9,90$, соответственно, в выборках парасуицидентов при первичном и повторном самопокушении), а коэффициенты асимметрии и эксцесс при проверке нормальности распределения с учетом их ошибок фиксировали тенденцию близкую к нормальной кривой, то есть можно считать данные выборки парасуицидентов, психически здоровых людей, однородными и входящими в одну генеральную совокупность.

Результаты и обсуждение

Анализ предикторных социальных образцов суицидальности проведен в оценочном сопоставлении взаимосвязи составляющих частей (элементов) изучаемого явления и с учетом различий экстенсивных показателей в выборках парасуицидентов с первичным и повторным (хронизацией) суицидальным поведением.

Возраст совершения суицидальной попытки. Выборка психически здоровых лиц с повторяющимся суицидальным поведением среднестатистически на 2,1 года была младше (28,6±1,1 лет против 30,7±0,6 лет; $P > 0,05$; таблица). В анализируемых возрастных диапазонах при случайности встречаемости явления ($P = 0,484$) в противопоставляемых выборках парасуицидентов отмечались формально равные относительные показатели ($P > 0,05$) на фоне 2–5-кратного по сравнению с другими возрастными превалирования доли лиц возраста 20–29 лет (41,8–42,7%; или совокупно в возрасте до 30 лет в 1,1 раза выше доля повторно самопокушавшихся лиц: 62,2% к 55,4%; $P > 0,05$) и минимальной доли лиц возраста 50 лет и старше (4,9–9,2%; или в 2 раза выше такая доля лиц при первичном самопокушении при $P > 0,05$).

Социальная характеристика суицидальности у психически здоровых людей (на модели суицидальных попыток)

	A (N=390)	Б (N=82)	t
Средний возраст, лет	30,7±0,6	28,6±1,1	1,712
Возрастные диапазоны, лет:			
до 20 лет	53 (13,6)	16 (19,5)	-1,258
20–29 лет	163 (41,8)	35 (42,7)	-0,148
30–39 лет	91 (23,3)	19 (23,2)	0,032
40–49 лет	47 (12,1)	8 (9,8)	0,626
50 лет и старше	36 (9,2)	4 (4,9)	1,558
	$\chi^2 = 3,460$; $P = 0,484$		

Продолжение таблицы

	A (N=390)	Б (N=82)	t
Уровень образования:			
неполное среднее	23 (5,9)	7 (8,5)	-0,798
среднее (среднее специальное)	312 (80,0)	68 (82,9)	-0,633
незаконченное высшее	21 (5,4)	3 (3,7)	0,729
высшее	34 (8,7)	4 (4,9)	1,384
$\chi^2 = 2,452; P = 0,484$			
Семейное положение:			
никогда не состоял (а) в браке	200 (51,3)	49 (59,8)	-1,418
состоит в браке	109 (27,9)	11 (13,4)***	3,306
разведен (а)	75 (19,2)	19 (23,2)	-0,777
вдов (а)	6 (1,5)	3 (3,7)	-0,979
$\chi^2 = 8,677; P = 0,034$			
в т.ч. семейная дезинтеграция:			
холостые, разведенные и вдовы лица	258 (66,2)	65 (79,3)**	-2,583
Общественно-профессиональное положение:			
учащиеся/студенты	44 (11,3)	11 (13,4)	-0,521
работает	234 (60,0)	49 (59,8)	0,041
не постоянная работа	51 (13,1)	13 (15,9)	-0,634
не работает/безработный	41 (10,5)	9 (11,0)	-0,122
прочее	20 (5,1)	0 (0,0)***	4,591
$\chi^2 = 4,889; P = 0,301$			
в т.ч. общественно-профессиональная дезинтеграция (фактор безработицы):			
не постоянная работа или безработный	92 (23,6)	22 (26,8)	-0,606
Место совершения:			
квартира/дом/общежитие	319 (81,8)	68 (82,9)	-0,247
квартира/дом/общежитие родственников/знакомых	11 (2,8)	3 (3,7)	-0,375
место работы/учебы	3 (0,8)	0 (0,0)	1,739
места общественного пользования	37 (9,5)	7 (8,5)	0,278
другие	20 (5,1)	4 (4,9)	0,095
$\chi^2 = 0,876; P = 0,928$			

Примечания. 1 – в абсолютном (число случаев) и относительном (%) исчислении от общего числа случаев суицидальных попыток в выборке с первичным (А) и повторяющимся суицидальным поведением (Б).

2 – *** Р-значения t-Стьюдента при межвыборочном сопоставлении долей ($P < 0,01-0,001$); χ^2 – хи-квадрат Пирсона.

3 – прочее общественно-профессиональное положение: пенсионер по возрасту, отпуск по уходу за ребенком до 3-х лет, инвалид по не психическому заболеванию.

То есть хронизация суицидального поведения у психически здоровых людей ассоциируется с более молодым возрастом ($28,6 \pm 1,1$ лет против $30,7 \pm 0,6$ лет; $P > 0,05$), преимущественно с возрастом до 30 лет (1,1-кратный относительный риск: 62,2% к 55,4% случаям суицидальных попыток при первичном самопокушении; $P > 0,05$) и в особенности с возрастом до 20 лет (1,4-кратный риск: 19,5% к 13,6%; $P > 0,05$).

Уровень образования. При случайности распределения по выбранным для анализа кластерам уровня образования ($P = 0,484$; таблица) в выборках парасуицидентов, психически здоровых людей, преобладают доли лиц со средним/средне специальным образованием (80,0–82,9%; $P > 0,05$). Доли лиц, парасуицидентов с иным уровнем образования, представлены значимо меньшими (3,7–8,7%; $P > 0,05$). В целом же в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением ниже уровень образовательного ценза (в 1,1 раза выше доля лиц с неполным и полным средним образованием: 91,5% к 85,9% и в 1,7 раза ниже доля лиц с незаконченным высшим и с высшим образованием: 8,5% к 14,1%; $P > 0,05$).

То есть у психически здоровых людей более низкий образовательный ценз ассоциируется с более высоким риском к повторным суицидальным действиям (1,1–1,4-крат-

ный риск при неполном или полном среднем уровне образования: 91,5% к 85,9% случаям суицидальных попыток при первичном самопокушении).

Семейное положение. Отмечена не случайность распределения изучаемых кластеров семейного статуса ($P = 0,034$ и $\chi^2 = 8,677$; таблица). При склонности к повторному самопокушению в выборке парасуицидентов, психически здоровых людей, в 2,1 раза ниже доля лиц, состоящих в брачном союзе (13,4% к 27,9%; $P < 0,001$ и $t = 3,306$), но выше в 1,2 раза доля холостых (59,8% к 51,3%) и разведенных лиц (23,2% к 19,2%), а также в 2,4 раза выше доля вдовы лиц (3,7% к 1,5%) ($P > 0,05$), что в совокупности определяет высокий уровень «семейной дезинтеграции» (1,2-кратного превышения против такового в выборке парасуицидентов с первичном самопокушением по кластерам: «никогда не состоял/а в браке», «разведен/а», «вдов/а»), которая представлена в ситуации хронизации суицидального поведения 79,3% случаев суицидальных попыток (66,2% случаев при первичном самопокушении; $P < 0,01$ и $t = 2,583$).

То есть у психически здоровых людей при не случайности встречаемости явления ($P = 0,034$) фактор «семейной дезинтеграции (статус «холостого в брачном возрасте», «разведенного» или «вдового» лица) ассоциирован с хро-

низацией суицидального поведения (1,2-кратный риск: 79,3% к 66,2% случаев суицидальных попыток при первичном самопокушении; $P < 0,01$).

Общественно-профессиональное положение. В межвыборочном сопоставлении по исследуемым характеристикам (при случайности явления; $P = 0,301$ и при $P > 0,05$ в сопоставлении долей по конкретным кластерам общественно-образовательного ценза; таблица) отмечается корреляционная взаимосвязь с уровнем образования. Преобладающая доля в изучаемых выборках парасуицидентов была представлена постоянно работающими лицами (59,8–60,0%). На долю лиц, учащихся СШ, колледжей и ВУЗов, приходилось 11,3–13,4% случаев суицидальных попыток, не имеющих постоянной работы (случайные заработки) – 13,1–15,9% и безработных – 10,5–11,0% (или в 1,1–1,2 раза выше доля таких лиц в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением). Только в выборке парасуицидентов с первичным самопокушением были лица, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет, инвалиды по не психическому заболеванию или пенсионеры по возрасту (5,1% к 0,0%; $P < 0,001$ и $t = 4,591$).

То есть общественно-профессиональная дезинтеграция (статус «безработного» или «не имеющего постоянной работы») среди психически здоровых людей как фактор повышенного суицидального риска имел место в $1/4$ части случаев, и в 1,1 раза чаще он выявлялся при склонности к повторению суицидальных действий (у 26,8% парасуицидентов при 23,6% при первичном самопокушении; $P > 0,05$).

Место совершения суицидальных попыток (при случайности явления; $P = 0,928$; таблица): преимущественно – в собственной квартире (дome, общежитии; 81,8–82,9% случаев попыток), а в иных местах (квартира или дом родственников или знакомых, место работы или учебы и пр.) – значительно реже (0,0–9,5%).

То есть место совершения суицидальных попыток у психически здоровых людей не детерминировалось типом суицидального поведения и преимущественно таким являлось собственное жилье (квартира, дом, общежитие; 81,8–82,9% случаев попыток).

Выводы

1. У психически здоровых людей в переживаемой кризисной ситуации высоко значимыми факторами суицидального риска, более тесно ассоциированными с хронизацией суицидального поведения (избыточный против

первичного самопокушения 1,1–1,4-кратный суицидальный риск), являются возраст до 30 лет (55,4–62,2% случаев самопокушений) и в особенности возраст до 20 лет (13,6–19,5%), низкий образовательный ценз (85,9–91,5% при неполном/полном среднем образовании), семейная (66,2–79,3% холостых в брачном возрасте, разведенных или вдовых лиц) и общественно-профессиональная (23,6–26,8% безработных лиц или не имеющих постоянной трудовой занятости) дезинтеграция.

2. Результаты проведенного исследования указывают на наличие определенных корреляционных взаимоотношений между социальными характеристиками суицидальности и типом суицидального поведения (первичным или повторяющимся) у психически здоровых людей, что следует учитывать при разработке превентивных антисуицидальных мероприятий.

Литература

1. Войцех, В. Ф. Суицидология / В. Ф. Войцех. – М.: Миклоша, 2008. – 280 с.
2. Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации / М-во здравоохранения РСФСР, [Моск. НИИ психиатрии; Сост. А. Г. Амбрумовой, В. А. Тихоненко]. – М.: Б. и., 1980 (вып. дан. 1981). – 48 с.
3. Напрасная смерть, причины и профилактика самоубийств / ред. Д. Вассерман, пер. Е. Ройне. – М.: Смысл, 2005. – 310 с.
4. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2008 (Стат. Сб.) / Минстат. Республики Беларусь. – Минск, 2012. – С. 81.
5. Blakely, T. A. Unemployment and suicide: Evidence for a causal association? / T. A. Blakely, S.C.D. Collings, J. Atkinson // J. Epidemiol. Communit. Health. – 2003. – Vol. 57. – № 8. – P. 594–601.
6. EPSIS II Version 3.2 Follow-up interview / A.J.F.M Kerkhof [et al.]. – Geneva: WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide, 1990. – 64 p.
7. Heikkinen, H. M. Recent life events, social support and suicide / H. M. Heikkinen, H. Aro, J. Lonnqvist // Acta Psychiatr. Scand. – 1994. – Vol. 377, Suppl. – P. 65–72.
8. Lester, D. Domestic integration and suicide in 21 nations, 1950–1985 / D. Lester // Inter-nat. J. Comparat. Sociol. – 1994. – Vol. 35, № 1/2. – P. 131–136.
9. WHO/EURO Multicenter Study on Parasuicide. Facts and figures / eds. U. Bille-Brache. – World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999. – 99 p.
10. World Report on Violence and Health / eds. E. G. Krug. – Geneva: World Health Organization, 2002. – 346 p.