

А.П. Гелда¹, В.В. Голубович², Е.Г. Горюшкина¹, И.С. Залесская¹,
Е.В. Кучко¹, Е.Ю. Никулина¹, А.В. Роменский¹, К.Е. Рунец¹, Е.В. Шейко¹

**АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ
ЗАВИСИМОСТИ: ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ
И КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК. Сообщение 1**

*ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»¹,
ГУО «Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
Государственной службы медицинских судебных экспертиз»²*

В статье проведен анализ основных социальных и клинических факторов, способствующих хронизации суицидального поведения у лиц с алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: *социальные и клинические факторы, суицидальная попытка, алко-гольная зависимость.*

A.P.Gelda, V.V Golubovich, E.G. Gorushkina, I.S. Zalesskaya,
E.V. Kuchko, E.J. Nikulina, A.V. Romenskij, K.E. Runes, E.V. Shejko

AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ALCOHOL ABUSE: SOCIAL AND CLINICAL FEATURES STUDY

The paper analyzes the major social and clinical factors promoting chronic suicidal behavior in individuals with alcohol abuse.

Key words: social and clinical factors, suicide attempt, alcohol abuse.

Аутоагрессивное (син. суицидальное) поведение – современная медико-социальная проблема во многих странах мира, в том числе в Беларуси [7]. Основные профилактические антисуицидальные стратегии основываются на идентификации групп населения избыточного суицидального риска и изучения особенностей суицидальных образцов (социально-демографических, семейных, общественно-профессиональных, клинических, темпоральных, и др.), санкционирующих высокий уровень суицидальной активности, включая изучение условий формирования рецидивирующего (хронизации) суицидального поведения [2-3].

Алкогольная зависимость является фактором высокого суицидального риска [1, 5-6]. В то же время проблема хронизации суицидального поведения среди лиц с алкогольной зависимостью не является достаточно изученной.

Цель исследования – изучение основных социальных и клинических характеристик хронизации суицидального поведения у лиц, страдающих зависимостью от алкоголя.

Материал и методы

Исследование выполнено на базе психоневрологических отделений для лечения кризисных состояний ГУ «РНПЦ психического здоровья» и отделения острых отравлений УЗ «БСМП г. Минска» на модельной когорте лиц с неспихотическими формами зависимости от алкоголя (F10.1 и F10.2 по МКБ-10), совершивших суицидальную попытку. Выборка исследования – сплошная за период времени 01.01. 2011 г. – 01.01. 2013 г.

Методология исследования – унифицированный международный исследовательский стандарт в области суицидологии в соответствии с протоколом «Схемы интервью Европейского исследования парасуицидов» (EPSIS 5.1) [4], социальные (гендерно-возрастные, образовательного ценза, семейного и общественно-профессионального положения) и клинические образцы суицидальности (способ самопокушения и уровень суицидальной готовности, наличие/отсутствие алкогольного опьянения при самопокушении, зависимость от алкоголя, ситуационно обусловленные невротические расстройства или расстройства настроения), открытое рандомизированное сравнительное проспективное с однородными параллельными группами со стратификационной рандомизацией (да/нет хронизации суицидального поведения) и стандартный пакет описательной математической статистики в программно-аналитическом комплексе MS Excel 2003 при выбранном уровне доверия 95% по t-тесту Стьюдента для проверки гипотезы различия/сходства между средними значениями ($M \pm m$) независимых выборок и по хи-квадрат Пирсона (χ^2) для оценки значимости изучаемого эффекта.

Критериями включения в исследование являлись верифицированные случаи суицидальных попыток у лиц с алкогольной зависимостью (F10) в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса с клиническими признаками невротических расстройств (F40-F48) или настроения (F32.0-F32.1).

Всего в исследование при добровольном согласии было включено 250 человек, из них 121 (средний возраст: $29,8 \pm 0,7$ лет) – лица (парасуициденты) с повторными суицидальными попытками и 129 ($34,4 \pm 0,8$ лет) – лица, совершившие впервые в жизни суицидальную попытку (контрольная выборка исследования). В выборке парасуицидентов с повторными суицидальными действиями лица мужского пола были представлены 101/83,5% от общего числа выборки (114/88,4% в контрольной выборке) и женского – 20/16,5% (в контроле 15/11,6%) ($P > 0,05$), а проживавшие, соответственно, в городской и сельской местности – 87/71,9% (к 95/73,6%) и 34/28,1% (к 34/26,4%) ($P > 0,05$), т.е. городские когорты в выборках парасуицидентов численно были более представительными (в 2,6-2,8 раза при случайности распределения; $P = 0,757$).

С учетом того, что по кластеру «возраст» дисперсии и стандартные отклонения в выборках парасуицидентов существенно не отличались ($sx^2 = 83,32$ и $sx^2 = 55,34$; $sx = 9,13$ и $sx = 7,44$, 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 можно считать данные выборки парасуицидентов с алкогольной зависимостью однородными и входящими в одну генеральную совокупность.

Результаты и обсуждение

Анализ предикторных социальных и клинических 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.

Социальные образцы суицидальности при алкогольной зависимости.

Возраст. Контингент лиц с алкогольной зависимостью в выборке парасуицидентов при первичном самопокушении в среднем на 4,5 лет был старше ($34,4 \pm 0,8$ лет к $29,8 \pm 0,7$ лет при $P < 0,001$ и $t = 4,313$; таблица 1). Ассоциированными с хронизацией суицидального поведения при неслучайности изучаемого явления в анализируемых возрастных диапазонах ($P = 0,020$ и $\chi^2 = 11,599$) являлись возраста до 20 лет и 20-29 лет (совокупно в 1,5 раза выше доля представительства лиц: 51,2% к 34,1% при первичном самопокушении; $P < 0,01$ и $t = 2,776$) в противоположность тенденции возрастам диапазона 30-49 лет (в 1,3 раза ниже доля накопления при 46,3% к 60,5%; $P < 0,05$ и $t = 2,269$).

Уровень образования. При случайности распределения ($P = 0,583$; таблица 1) относительное соотношение кластерных характеристик уровня образования было формально равным. Превалировали лица со средним полным и средним специальным образованием (93,4% к 90,7% в выборке парасуицидентов с первичным самопокушением), минимальными были численные группы лиц с неполным средним (5,0% к 4,7%) и незаконченным выс-

шим и высшим образованием (совокупно: 1,6% к 4,7%).

Семейное положение. Распределение в изучаемых выборках парасуицидентов случаев суицидальных попыток по критериям семейного положения ($P=0,047$ и $\chi^2=7,965$; таблица 1) свидетельствовало о 1,3-кратном преваляро-

Таблица 1 – Социальная характеристика суицидальности при алкогольной зависимости

	А	Б	t
	(N=129)	(N=121)	
Средний возраст, лет	34,4±0,8	29,8±0,7***	4,313
Возрастные диапазоны, лет:			
до 20 лет	3 (2,3)	6 (5,0)	
20-29 лет	41 (31,8)	56 (46,3)*	2,372
30-39 лет	53 (41,1)	46 (38,0)	
40-49 лет	25 (19,4)	10 (8,3)**	2,593
50-59 лет	7 (5,4)	3 (2,5)	
	$\chi^2=11,599$; $P=0,020$		
Уровень образования:			
неполное среднее	6 (4,7)	6 (5,0)	
среднее, (среднее специальное)	117 (90,7)	113 (93,4)	
незаконченное высшее	2 (1,6)	1 (0,8)	
высшее	4 (3,1)	1 (0,8)	
	$\chi^2=1,949$; $P=0,583$		
Семейное положение:			
никогда не состоял (а) в браке	60 (46,5)	73 (60,3)*	2,211
состоит в браке	22 (17,1)	19 (15,7)	
разведен (а)	43 (33,0)	29 (24,0)	
вдов (а)	4 (3,1)	0 (0,0)*	2,032
	$\chi^2=7,965$; $P=0,047$		
Общественно-профессиональное положение:			
учащиеся/студенты	2 (1,6)	4 (3,3)	
работает	69 (53,5)	54 (44,6)	
не постоянная работа	26 (20,2)	25 (20,7)	
не работает/ безработный	30 (23,3)	37 (30,6)	
прочее	2 (1,6)	1 (0,8)	
	$\chi^2=3,228$; $P=0,505$		

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 – *..*** P – значения t-Стьюдента при межвыборочном сопоставлении долей ($P<0,05-0,001$); χ^2 – хи-квадрат Пирсона.

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

вании в выборке парасуицидентов при повторяющемся суицидальном поведении доли холостых/не замужних лиц (60,3% к 46,5% в выборке парасуицидентов при первичном самопокушении; $P<0,05$ и $t=2,211$) в противовес 1,4-кратного меньшего накопления доли разведенных лиц (24,0% к 33,0%; $P>0,05$), о фактически равных долях лиц, состоящих в брачном союзе (15,7% к 17,1%; $P>0,05$) и об отсутствии вдовых лиц (0% к 3,1%; $P<0,05$ и $t=2,032$). Соответственно, факторы семейной дезинтеграции (статус разведенного или вдового лица) чаще встречались при первичном самопокушении (совокупно в 1,5 раза: 36,4% к 24,0%; $P<0,05$ и $t=2,170$), что объясняется половозрастными различиями в выборках парасуицидентов (когорты лиц при первичном самопокушении в среднем на 4,5 лет старше).

Общественно-профессиональное положение. Не детерминировало тип суицидального поведения среди лиц с алкогольной зависимостью (случайное распределение при $P=0,505$ и $P>0,05$ в межвыборочном сопоставлении долей встречаемости кластерных характеристик общественно-профессионального статуса; таблица 1). В то же время работающих лиц было несколько больше в выборке парасуицидентов с первичным самопокушением (в 1,2 раза: 53,5% к 44,6%), но уровень безработных и не имеющих постоянной трудовой занятости выше фиксировался при повторяющемся самопокушении (совокупно в 1,2 раза: 51,2% к 43,4%). Долевое представительство учащихся и иных профессиональных категорий (пенсионер по возрасту, отпуск по уходу за ребенком до 3-х лет) было минимальным.

Таким образом, в кризисной суицидоопасной ситуации наиболее высокий риск хронизации суицидального поведения при алкогольной зависимости в возрасте до 30 лет (1,5-кратный при 51,2% к 34,1% доли представительства данных лиц в выборке парасуицидентов с первичным самопокушением; $P<0,01$) и минимальный в возрасте 30-49 лет (в 1,3 раза ниже доля таких лиц при повторяющемся суицидальном поведении в противовес первичному: 46,3% к 60,5%; $P<0,05$). Фактор образовательного ценза не детерминирует тип суицидального поведения при алкогольной зависимости (90,7% лиц со средним полным и средним специальным образованием в выборке парасуицидентов с первичным и 93,4% с повторным самопокушением). Семейная и общественно-профессиональная дезинтеграция как факторы высокого суицидального риска являлись высоко значимыми как при первичном, так и повторяющемся суицидальном поведении. Причем факторы семейной дезинтеграции (разведенные или вдовы лица) в 1,5 раза чаще встречались при первичном самопокушении (36,4% к 24,0%; $P<0,05$), а общественно-профессиональной (лица, безработные или не имеющие постоянной трудовой занятости) – в 1,2 раза при повторном (51,2% к 43,4%; $P>0,05$).

Клинические образцы суицидальности при алкогольной зависимости.

Способ самопокушения и алкогольное опьянение. Как следует из анализа материалов исследования при сопоставлении в изучаемых выборках парасуицидентов частотности распределения способов самопокушения (случайное распределение при $P=0,384$; таблица 2), доминирующим являлся посредством самотравматизации острыми предметами (в 1,2 раза чаще в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением: 66,1% к 54,3% случаям; $P<0,05$ и $t=1,959$), в равных относительных соотношениях отмечены случаи самоотравлений лекарственными и токсическими бытовыми химии средствами (14,0% и 14,7% случаев, соответственно, при первичном и повторном самопокушении; $P>0,05$), но чаще (в 1,7 раза) при первичном самопокушении выявля-

Таблица 2 – Клиническая характеристика суицидальности при алкогольной зависимости

	А (N=129)	Б (N=121)	t
Способ самопокушения:			
X60-X69	19 (14,7)	17 (14,0)	
X70	26 (20,2)	14 (11,6)	
X78	70 (54,3)	80 (66,1)*	1,959
X80	9 (7,0)	5 (4,1)	
другие	3 (2,3)	3 (2,5)	
комбинированные	2 (1,6)	2 (1,7)	
	$\chi^2=5,270$; P=0,384		
Уровень суицидальной готовности (шкала суицидальных намерений; SIS):			
средний балл	7,5±0,47	7,2±0,51	
низкий (0-10 баллов)	96 (74,4)	94 (77,7)	
средний (11-20 баллов)	31 (24,0)	23 (19,0)	
высокий (21-30 баллов)	2 (1,6)	4 (3,3)	
	$\chi^2=1,619$; P=0,445		
Уровень суицидальной готовности (шкала безнадежности):			
средний балл	5,8±0,40	5,3±0,36	
низкий (0-6 баллов)	85 (65,9)	85 (70,2)	
средний (7-13 баллов)	34 (26,4)	30 (24,8)	
высокий (14-20 баллов)	10 (7,8)	6 (5,0)	
	$\chi^2=0,995$; P=0,608		
Угроза жизни:			
нет	45 (34,9)	42 (34,7)	
сомнительная	42 (32,6)	54 (44,6)*	1,972
реальная	43 (32,6)	25 (20,7)*	2,152
	$\chi^2=5,667$; P=0,052		
Алкогольное опьянение	107 (88,4)	116 (89,9)	
Диагноз I оси:			
F43.20-F43.22	33 (25,6)	33 (27,3)	
F43.23	16 (12,4)	8 (6,6)	
F43.24	57 (44,2)	55 (45,5)	
F43.25	16 (12,4)	19 (15,7)	
F32.00-F32.10	7 (5,4)	6 (5,0)	
	$\chi^2=2,784$; P=0,595		
Диагноз II оси:			
F10.1	13 (10,1)	24 (19,8)*	2,173
F10.2	116 (89,9)	97 (80,2)*	2,173
	$\chi^2=4,714$; P=0,030		
Шкала депрессии Бека:			
средний балл	11,6±0,77	13,1±0,90	
норма (0-9 баллов)	61 (47,3)	47 (38,8)	
умеренно выраженная депрессия (10-18 баллов)	39 (30,2)	44 (36,4)	
критический уровень депрессии (19-29 баллов)	25 (19,4)	24 (19,8)	
явно выраженная депрессия (≥ 30 баллов)	4 (3,1)	6 (5,0)	
	$\chi^2=2,283$; P=0,516		

Примечания

1 – см. таблицу 1.

2 – самоотравления (X60-X69), самоповреждение повешением (X70), посредством острых предметов (X78), путем выбрасывания с высоты (X80).

3 – депрессивная реакция: "кратковременная" (F43.20), "продолжительная" (F43.21), "смешанная тревожно-депрессивная" (F43.22); Расстройства адаптации с преобладанием нарушений: "других эмоций" (F43.23), "поведения" (F43.24), "со смешанными эмоциями и поведением" (F43.25); "Легкий..." (F32.00), "Умеренный депрессивный эпизод" (F32.10).

4 – "Употребление алкоголя с вредными последствиями" (F10.1), "Синдром зависимости от алкоголя" (F10.2).

лись случаи попыток самоповешения (20,2% к 11,6%; P>0,05). Другие способы самопокушений, включая комбинированные, были менее представленными (1,6-2,3% и 1,7-2,5%, соответственно, при первичном и повторном самопокушении; P>0,05). Совокупно по кластеру брутальных способов самопокушений (посредством попыток самоповешения, путем выбрасывания с высоты и комбинированных), то есть наиболее опасных в контексте летального исхода, доля представительства в 1,7 раза выше была в выборке парасуицидентов с первичным суицидальным поведением (28,7% к 17,4% случаев; P<0,05 и t=2,145).

Обращает на себя внимание высокий уровень совершения самопокушения в состоянии алкогольного опьянения в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса: 89,5% и 88,1% случаев среди мужчин, 93,3% и 90,0% и среди женщин, соответственно, при первичном и повторном самопокушении (P>0,05).

Таким образом, превалирование в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением случаев самотравматизаций острыми предметами (1,2-кратное: 66,1% против 54,3%; P<0,05) и значимо меньшая встречаемость случаев брутальных способов покушений (в 1,7 раза: 28,7% против 17,4%; P<0,05), в частности, среди них попыток повышения (в 1,7 раза: 20,2% к 11,6%; P>0,05), указывает на определенную демонстративность суицидальных намерений при хронизации суицидального поведения у лиц с алкогольной зависимостью. Фактор алкогольного опьянения при совершении суицидальной попытки, как модератор суицидальных намерений к их реализации, суицидоопасен вне зависимости от типа суицидального поведения при алкогольной зависимости (89,9% случаев покушений в алкогольном опьянении при первичном самопокушении и 88,4% при повторяющемся; P>0,05).

Уровень суицидальной готовности и угроза жизни. Согласно результатам обработки шкалы суицидальных интенций средний уровневый показатель фактически был равным в исследуемых выборках парасуицидентов (7,5±0,47 балла к 7,2±0,51 бал-

ла при повторяющемся суицидальном поведении; таблица 2). Уровень суицидальных намерений и действий у 77,4% парасуицидентов с первичным и у 77,7% с повторным самопокушением соответствовал низкому (0-10 баллов), в 24,0% и 19,0% случаев – среднему (11-20 баллов) и только у незначительной части парасуицидентов в 1,6% и 3,3% случаев – высокому (21-30 баллов) суицидальному риску (случайное распределение при $P=0,445$).

По шкале безнадежности средний уровень суицидального риска также был невысоким и фиксировался в пределах $5,8 \pm 0,40$ балла у лиц с первичным и $5,3 \pm 0,36$ балла у лиц с повторяющимся суицидальным поведением ($P>0,05$; таблица 2), а показатели, условно характеризующие разные уровни суицидального риска, не имели достоверной связи межвыборочного частотного распределения. Наиболее высокой определялось представительство показателя низкого суицидального риска (0-6 баллов по шкале; у 65,9% парасуицидентов с первичным и у 70,2% с повторным самопокушением) и значимо менее высокой представительство показателя высокого суицидального риска (14-20 баллов по шкале; соответственно, в 7,8% и 5,0% случаев) на фоне формально равных рисков суицидальной готовности по показателям среднего уровня (7-13 баллов по шкале; 26,4% и 24,8% случаев).

В то же время в межвыборочном сопоставлении распределение частотности случаев суицидальных попыток в зависимости от угрозы для жизни не являлось случайным ($P=0,052$ и $\chi^2=5,667$; таблица 2). Значимыми в контексте оценки последствий суицидального акта для парасуицидента определялись различия показателей реальной угрозы для жизни (1,6-кратный риск при первичном самопокушении: 32,6% к 20,7% случаев; $P<0,05$ и $t=2,152$) и сомнительной (при неблагоприятном стечении обстоятельств вероятный летальный исход; 1,4-кратный риск при повторном самопокушении: 44,6% к 32,6%; $P<0,05$ и $t=1,972$). И только в 34,9% случаях парасуицида при первичном самопокушении и в 34,7% случаях при повторном при любых условиях и без оказания медицинской помощи летальный исход от самопокушения не ожидался ($P>0,05$).

Таким образом, несмотря на невысокие уровни суицидальной готовности у лиц с алкогольной зависимостью в суицидогенно травмирующей ситуации (высокий суицидальный риск по шкале суицидальных интенций в 1,6 3,3% и по шкале безнадежности в 5,0–7,8% случаев), реальная угроза для жизни совершенного нефатального суицидального акта констатировалась у 32,6% парасуицидентов при первичном самопокушении и у 20,7% парасуицидентов при повторном (1,6-кратное различие риска; $P<0,05$), а при неблагоприятном стечении обстоятельств – соответственно, у 32,6% и 44,6% (1,4-кратное различие риска; $P<0,05$). Указанное свидетельствует, что повторяющееся суицидальное поведение у лиц с алкогольной зависимостью в большей степени носит характер шантажно-демонстративного, чем при первичном самопокушении. Но в то же время следует учитывать, что рано или поздно «демонстрация» суицидальных действий заканчивается летальным исходом.

Клиническое статусное положение. На фоне сплошного набора всех госпитальных случаев самопокушений среди лиц с непсихотическими формами алкогольной зависимости в изучаемых выборках парасуицидентов (таблица 2) частотное распределение по группам расстройств рубрик F10.1 и F10.2 определялось как не случайное явление ($P=0,030$ и $\chi^2=4,714$) при значимых различиях межвыборочного сопоставления по конкретной нозологической группе ($P<0,05$ и $t=2,173$). Верифицированный диагноз употребления алко-

голя с вредными последствиями установлен у 19,8% лиц в выборке с повторяющимся и у 10,1% лиц в выборке с первичным суицидальным поведением (2-кратное различие показателей) и синдрома зависимости от алкоголя, соответственно, у 80,2% и 89,9%.

В обеих исследуемых выборках у парасуицидентов при случайности распределения ($P=0,595$; таблица 2) в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса преимущественно выявлялись ситуационно обусловленные расстройства адаптации с нарушением поведения (F43.24: 45,5% к 44,2% при первичном самопокушении) или с тревожно-депрессивными симптомами (совокупно F43.20-F43.22: 27,3% к 25,6%) ($P>0,05$).

По шкале депрессии Бека средний балл «депрессии» выше констатировался в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением ($13,1 \pm 0,90$ балла против $11,6 \pm 0,77$ балла при $P>0,05$; таблица 2). В межвыборочном сопоставлении распределение частотности встречаемости дифференцированных уровней депрессии было явлением случайным ($P=0,516$). Нормированный показатель фиксировался у 47,3% парасуицидентов при первичном и у 38,8% – при повторном самопокушении. Случаи выхода балльного показателя за нормированные величины при показателе умеренно выраженной депрессии отмечены в 30,2% и в 36,4% случаев, соответственно, в выборках парасуицидентов при первичном и повторном самопокушении и при показателе критического уровня депрессии – в 19,4% и 19,8% случаях. Случаи явно выраженной депрессии выявлялись в 1,6 раза чаще при хронизации суицидального поведения (5,0% к 3,1%; $P>0,05$) и нозологически верифицировались как «Легкий/умеренный депрессивный эпизод» (F32.00/F32.10).

Таким образом, хронизация суицидального поведения более характерна для лиц с начальными клиническими формами алкогольной зависимости (при употреблении алкоголя с вредными последствиями 2-кратный риск: 19,8% к 10,1% случаям при первичном самопокушении; $P<0,05$) и в суицидоопасной ситуации при хронизации процесса выше уровень личностной депрессии (в среднем на 1,5 балла по шкале депрессии Бека: $13,1 \pm 0,90$ балла против $11,6 \pm 0,77$ балла; $P>0,05$). Тип суицидального поведения не детерминировал клинические формы стрессо-обусловленной психической дезадаптации, среди которых в суицидоопасной ситуации преобладающими являлись расстройства адаптации с нарушением поведения (в 44,2–45,5% случаев) или с тревожно-депрессивными симптомами (в 25,6–27,3% случаев).

Выводы

1. В суицидоопасной кризисной ситуации у лиц при непсихотических формах зависимости от алкоголя ассоциированные с хронизацией суицидального поведения в сопоставлении с первичным самопокушением:

✓ среднестатистический возраст $29,8 \pm 0,7$ лет (против $34,2 \pm 0,8$ лет; $P<0,001$) и, в частности, высокий суицидальный риск среди лиц подросткового и молодого возраста (до 30 лет; 1,5-кратный при 51,2% к 34,1%; $P<0,01$) и минимальный в возрасте 30-49 лет (в 1,3 раза ниже вероятность хронизации суицидального поведения: 46,3% к 60,5%; $P<0,05$);

✓ высокий уровень семейной (разведенные или вдовые лица: 24,0% к 36,4%, или в 1,5 раза ниже вероятность встречаемости фактора; $P<0,05$) и общественно-профессиональной (лица, безработные или не имеющие постоянной трудовой занятости, при 1,2-кратном риске: 51,2% к 43,4%; $P>0,05$) дезинтеграции;

✓ начальные клинические формы алкогольной зависимости (употребление алкоголя с вредными последствиями: 2-кратный риск при 19,8% к 10,1%; $P < 0,05$);

✓ в большей степени проявления шантажно-демонстративного характера суицидальных действий (1,2-кратное превалирование самотравматизаций острыми предметам: 66,1% к 54,3% на фоне 1,7-кратно меньшего уровня brutальных способов покушений – посредством самоповреждения повешением, путем выбрасывания с высоты и комбинированных: 17,4% к 28,7% и 1,6-кратно меньшего уровня реальной угрозы для жизни совершенного суицидального акта: 20,7% к 32,6%; $P < 0,05$).

2. Результаты проведенного исследования указывают на наличие определенных корреляционных взаимоотношений между социальными и клиническими характеристиками суицидальности и типом суицидального поведения (первичным или повторяющимся) при зависимости от алкоголя, что следует учитывать при разработке антисуицидальных и противо-алкогольных мероприятий.

Литература

1. Бисалиев, Р.В. Предикторы суицидального поведения у больных алкогольной зависимостью / Р.В. Бисалиев // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 57-69.
2. Войцех, В.Ф. Суицидология / В.Ф. Войцех. – М.: Миклоша, 2008. – 280 с.
3. Bertolote, J.M.F. A global perspective in the epidemiology of suicide / J.M.F. Bertolote, A. Fleischmann // *Suicidology*. – 2002. – Vol. 7, № 2. – pp. 6-8.
4. EPSIS I Version 5.1 Inicial interview / A.J.F.M Kerkhof [et al.]. – Geneva: WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide, 1989. – 117 p.
5. Hufford, M.R. Alcohol and suicidal behavior / M.R. Hufford // *Clin. Psychol. Rev.* – 2001. – Vol. 21. – P. 797-811.
6. Lunetta, P. The role of alcohol in accident and violent deaths in Finland. / P. Lunetta, A. Penttilä, S. Sarna // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2001. – P. 1654-1661.
7. *World Report on Violence and Health* / eds. E.G. Krug. – Geneva: World Health Organization, 2002. – 346 p.

Поступила 27.06.2013 г.