

**А. М. Бачериков, Е. Г. Матузок, К. В. Харіна, С. В. Токарева, Р. В. Лакінський, Л. М. Сітенко, О. В. Горбунов, А. І. Хімчан, Т. Ф. Гурджій, М. Ю. Попова, А. В. Кись**

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків), Харківський міський психоневрологічний диспансер № 3, Харківський міський психоневрологічний диспансер № 16, Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи

### ЗАВЕРШЕНІ СУЇЦИДАЛЬНІ СПРОБИ У ПОПУЛЯЦІЇ ПСИХІЧНОХВОРИХ

В усьому світі загально визнано, що психічні захворювання є одним з найбільш впливових факторів ризику щодо здійснення завершених спроб самогубства [1—3]. Провідні експерти з аутоагресивної поведінки вважають, що задля зниження рівня самогубств у населення необхідно приділяти більше уваги ранньому виявленню суїцидальних намірів у психічнохворих [4, 5].

Вважається, що за своїми психопатологічними особливостями суїцидальні депресивні пацієнти дуже близькі до рівня психічних порушень у загальній популяції осіб, що вчинили незавершену [6] або завершену [7, 8] суїцидальну спробу. Щодо пацієнтів із шизофренією та шизофреноподібними розладами, то ризик померти від суїциду для них суттєво вищий за популяційний і складає приблизно 5 % [9]. Частота незавершених спроб у таких осіб також значно вища, ніж у суспільстві в цілому, та за різними оцінками становить 20—40 % [10, 11]. Факторами ризику у цих хворих також є депресія, відчуття втрати надії та зловживання психотропними засобами [12, 13].

Незважаючи на велику значущість проблеми, у доступній нам вітчизняній науковій літературі майже відсутні роботи, присвячені статистичному аналізу особливостей суїцидальної поведінки колишніх пацієнтів психіатричної служби [14].

Мета дослідження — вивчення статистичних закономірностей формування та реалізації суїцидальної поведінки у психічнохворих задля удосконалення критеріїв вчасної діагностики щодо здійснення ними завершених суїцидальних спроб.

Задачі дослідження:

1. Складання на базі архівів обласного Бюро судово-медичної експертизи комп'ютерної бази самогубств, що були скоєні мешканцями міста у 2000—2006 роках.

2. Складання на базі архівів міської державної психіатричної служби (МДПС) комп'ютерної бази самогубств, що були скоєні психічнохворими городянами у 2000—2006 роках.

3. Математична обробка отриманих даних.

4. Визначення деяких особливостей суїцидальної поведінки психічнохворих на підставі отриманих результатів.

Відповідно до даних, які ми зібрали у архівах Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи, у нашому місті у 2000—2006 роках внаслідок завершених суїцидальних спроб загинуло 1985 осіб (1504 чоловіки та 481 жінка, співвідношення чоловіки/жінки становить 3,31 : 1);

З архівів міських психіатричних диспансерів № 3 та № 16 ми спробували з'ясувати, хто з суїцидентів на протязі свого життя звертався по допомогу до цих установ.

Після отримання таких даних нами були вивчені історії хвороби загиблих та створена База даних пацієнтів, які пішли з життя шляхом самогубства.

За даними, що були отримані нами з архівів МДПС, у 2000—2006 роках внаслідок завершеної суїцидальної спробы загинуло 86 пацієнтів (44 чоловіки та 42 жінки, співвідношення чоловіки/жінки становить 1,05 : 1).

Таким чином, особи, що зверталися на протязі життя за допомогою до МДПС у 2000—2006 роках, скоїли приблизно 4,33 % від загальної кількості усіх самогубств у місті. Самогубства чоловіків-пацієнтів склали 2,93 % від загальної кількості чоловічих суїцидів, самогубства жінок-пацієнтів склали 8,73 % від загальної кількості жіночих самогубств.

Розподіл колишніх пацієнтів МДПС, що скоїли самогубство, за нозологією наведено у таблиці.

#### Розподіл суїцидентів за нозологічною приналежністю

№ за переліком	Нозологічна одиниця	Шифр нозологічної одиниці згідно з МКХ-10	Номер групи	Кількість осіб у групі, абс. (%)		
				усього (n = 86)	чоловіків (n = 44)	жінок (n = 42)
1.	Шизофренія, шизотипові та маячні розлади	F 2	1	47 (54,65 %)	21 (47,73 %)	26 (61,9 %)
2.	Органічні, включно із симптоматичними, психічні розлади	F 0	2	19 (22,09 %)	13 (29,54 %)	6 (14,29 %)
3.	Афективні розлади	F 3	3	11 (12,79 %)	4 (9,09 %)	7 (16,67 %)
4.	Затримка розумового розвитку (олігофренія)	F 7	4	4 (4,65 %)	3 (6,82 %)	1 (2,38 %)
5.	Розлади зрілої поведінки та особистості у дорослих	F 6	5	3 (3,49 %)	3 (6,82 %)	—
6.	Невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади	F 4	6	2 (2,33 %)	—	2 (4,76 %)
Усього				86 (100 %)	44 (100 %)	42 (100 %)

Таким чином найбільш розповсюдженим різновидом психопатології у обох статей були шизофренія, шизотипові та маячні розлади. У чоловіків на другому за розповсюдженістю місці були органічні, включно із симптоматичними, психічні розлади, в той час як у жінок вони займали лише третє місце. Афективні розлади у чоловіків займали третю позицію в той час як у жінок вони були на другому місці. Треба відзначити, що у жінок не спостерігалось розладів зрілої поведінки та особистості у дорослих, а у чоловіків — невротичних, пов'язаних із стресом та соматоформних розладів.

Розподіл суїцидентів за віком показаний на рисунку 1.

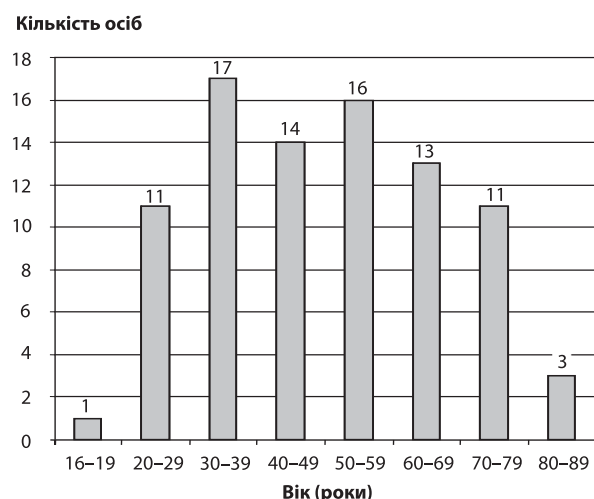


Рис. 1. Розподіл суїцидентів за віком

Найбільша кількість колишніх пацієнтів МДПС, що скоїли самогубство, загинула у вікових групах 30—39 років — 17 осіб (19,77 % від загальної кількості спостережень), 50—59 років — 16 осіб (18,60 % від загальної кількості спостережень) та в групі 40—49 років — 14 осіб (16,28 % від загальної кількості спостережень). Загалом у віці 30—59 років загинуло 47 осіб, що складає 54,65 % від загальної кількості спостережень.

Розподіл суїцидентів за статтю та віком наведений на рисунку 2.

У чоловіків найбільша загибель спостерігалася у віці 50—59 років — 10 осіб (11,63 % від загальної кількості обстежених випадків та 22,73 % від загальної кількості загиблих осіб чоловічої статі).

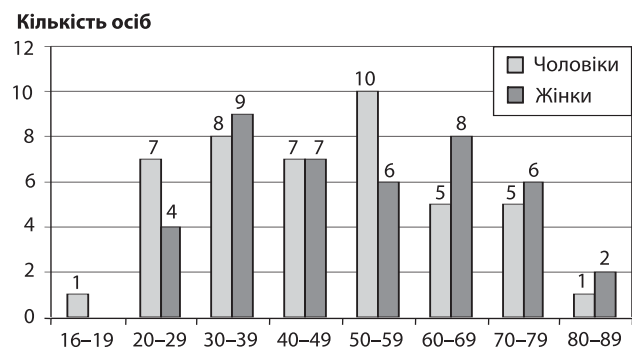


Рис. 2. Розподіл суїцидентів за статтю та віком

Жіночих самогубств найбільше було скоєно у віковій групі 30—39 років — 9 осіб (10,47 % від загальної кількості загиблих та 21,43 % від загальної кількості загиблих жінок).

На рисунку 3 наведено розподіл суїцидентів за днями тижня, у які було скоєно самогубство.



Рис. 3. Розподіл суїцидентів за днями тижня, у які було скоєно самогубство

Найбільша кількість суїцидентів пішла з життя у понеділок та середу — по 16 осіб (по 18,60 % від загальної кількості спостережень). Загалом в ці два дні тижня померла більше ніж третина від усіх психічнохворих, що здійснили завершену суїцидальну спробу.

Рисунку 4 демонструє розподіл хворих за статтю та днями тижня, у які було скоєно самогубство.

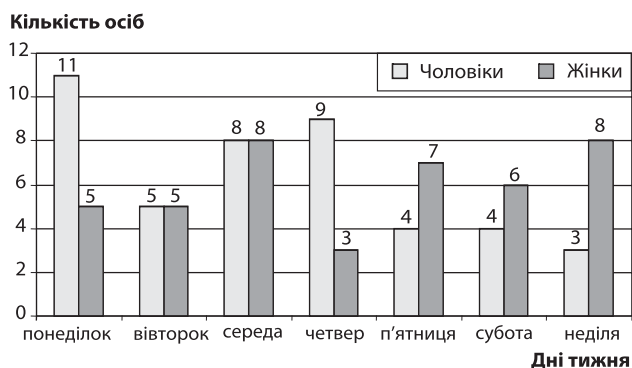


Рис. 4. Розподіл суїцидентів за статтю та за днями тижня, у які було скоєно самогубство

У чоловіків найбільше самогубств трапилося у понеділок — 11 осіб (12,79 % від загальної кількості загиблих та 25 % від загальної кількості загиблих осіб чоловічої статі). Жінки найбільш часто йшли з життя у середу та неділю 9 осіб (по 9,30 % від загальної кількості загиблих та 19,05 % від загальної кількості загиблих жінок).

На рисунку 5 наведені дані про кількість завершених суїцидальних спроб, що були здійснені у різні пори року.

Найбільша загибель спостерігалася навесні — 28 осіб (32,56 % від загальної кількості спостережень) та влітку — 22 особи (25,58 % від загальної кількості випадків).

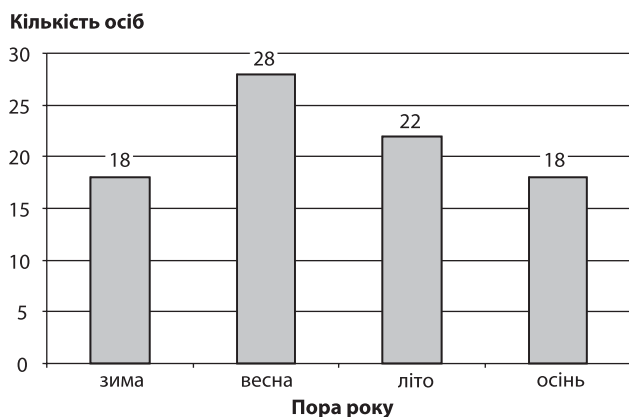


Рис. 5. Розподіл суїцидентів за порами року, у які було скоєно самогубство

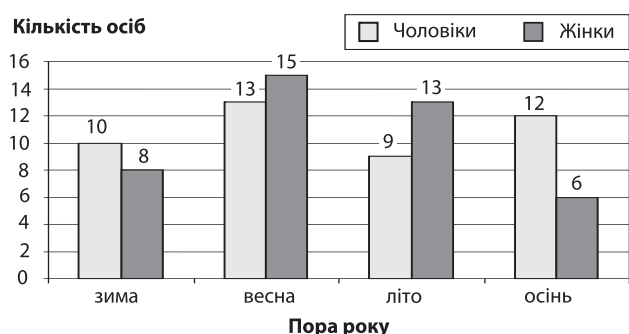


Рис. 6. Розподіл суїцидентів за статтю та порами року, у які було скоєно самогубство

Чоловіки найчастіше вмирали навесні — 13 осіб (15,12 % від загальної кількості загиблих та 29,55 % від загальної кількості загиблих осіб чоловічої статі) та восени — 12 осіб (13,95 % від загальної кількості загиблих та 27,27 % від загальної кількості померлих чоловіків). Жінки найчастіше вмирали внаслідок самогубства навесні — 15 осіб (17,44 % від загальної кількості загиблих та 35,71 % від загальної кількості загиблих жінок) та влітку — 13 осіб (15,12 % від загальної кількості загиблих та 30,95 % від загальної кількості загиблих жінок).

Щодо засобів здійснення суїциду, то найбільш часто у дослідженій популяції використовувалися повішення — 47 випадків (54,65 % всіх самогубств,  $p < 0,05$ ) та падіння з висоти — 35 випадків (40,70 % всіх самогубств). Тобто 95,35 % завершених суїцидальних спроб були брутальними.

Чоловіки використовували повішення у 30 випадках (34,88 % усіх самогубств та 68,18 % від загальної кількості померлих чоловіків,  $p < 0,05$ ), а падіння з висоти у 13 випадках (15,12 % усіх самогубств та 29,55 % від загальної кількості померлих чоловіків). Жінки, навпроти, частіше падали з висоти — 22 випадки (25,58 % усіх самогубств та 52,38 % від загальної кількості загиблих жінок), ніж вішалися — 17 випадків (19,77 % усіх самогубств та 40,48 % від загальної кількості загиблих жінок).

Брутальними були 97,73 % самогубств у чоловіків та 92,86 % самогубств у жінок.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

1. Особи, що на протязі життя зверталися по допомогу до міської державної психіатричної служби

здійснили близько 4 % від загальної кількості усіх самогубств, що були здійснені мешканцями міста. Самогубства чоловіків-пацієнтів склали біля 3 % від загальної кількості чоловічих суїцидів, а самогубства жінок-пацієнтів склали майже 9 % від загальної кількості жіночих самогубств.

2. У загальній харківській міській популяції суїцидентів співвідношення чоловіки/жінки становить 3,31 : 1, у той час як у психічнохворих це співвідношення 1,05 : 1.

3. Найбільш розповсюдженим різновидом психопатології у обох статей були шизофренія, шизотипові та маячні розлади

4. Більше половини від загальної кількості психічнохворих, що вкоротили собі віку, загинули у віці 30—59 років.

5. Найбільша кількість суїцидентів пішла з життя у понеділок та середу. В ці два дні померла більше ніж третина від усіх психічнохворих, що здійснили завершenu суїцидальну спробу.

6. У більш ніж половині випадків задля здійснення самогубства використовувалися повішення ( $p < 0,05$ ) та падіння з висоти. Ці два способи використовували більше 40 % всіх психічнохворих самогубців. Майже всі завершені суїцидальні спроби були брутальними.

#### Список літератури

1. Домбровська В. В., Розанов В. А., Юр'єва Л. Н. та співавт. Як нам зменшити кількість самогубств в Україні. Проект між-дисциплінарної програми суїцидальної превенції (громадська ініціатива). — Одеса, 2007.
2. Ahrens B., Linden M., Zaska H., Berzewski H. Suicidal behavior — symptom or disorder? // *Comprehensive Psychiatry*. — 2000: 41, 116—121.
3. Althaus D., Hegert U. The evaluation of suicide prevention activities: state of the art // *World Journal of Biological Psychiatry*. — 2003: 4, 156—165.
4. Taylor S. J., Kingdom D., Jenkins R. How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 1997: 95, 457—463.
5. Beautrais A. L. Suicide and serious suicide attempts: two populations or one? // *Psychological Medicine*. — 2001: 31, 837—845.
6. Hawton K., Houston K., Haw C., Townsend E., Harris L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide // *American Journal of Psychiatry*. — 2003: 160, 1494—1500.
7. Cavanagh J. T., Carson A. J., Sharpe M., Lawrie S. M. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review // *Psychological Medicine*. — 2003: 33, 395—405.
8. Arseneault-Lapierre G., Kim C., Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta analysis // *British Medical Community-Psychiatry*. — 2004: 4, 37.
9. Palmer B. A., Pankratz V. S., Bostwick J. M. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination // *Archive of General Psychiatry*. — 2005: 62, 247—253.
10. Fenson W. S., McGlahan T. H., Victor B. J., Blyler C. R. Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders // *American Journal of Psychiatry*. — 1997: 154, 199—204.
11. Radomsky E. D., Haas G. L., Maan J. J., Sweeney J. A. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders // *Ibid*. — 1999: 156, 1590—1595.
12. Potkin S. G., Alphas L., Hsu C., Krishnan K. R., Anand R., Young F. K. Predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective patients in prospective two-year trial // *Biological Psychiatry*. — 2003: 54, 444—452.
13. Howton K., Sutton L., Haw C., Sinclair J., Deeks J. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors // *British Journal of Psychiatry*. — 2005: 187, 9—20.
14. Бачериков А. М., Матузок Е. Г., Харіна К. В. та співавт. Деякі особливості суїцидальної поведінки осіб, що зверталися по допомогу до державної психіатричної служби // *Український вісник психоневрології*. — 2007. — Т. 15, вип. 1(50), додаток. — С. 154.

Надійшла до редакції 15.08.2007 р.

**А. Н. Бачериков, Э. Г. Матузок, Е. В. Харина, С. В. Токарева,  
Р. В. Лакинский, Л. Н. Ситенко, О. В. Горбунов,  
А. И. Химчан, Т. Ф. Гурджий, М. Ю. Попова, А. В. Кись**

**Завершенные суицидальные попытки в популяции психически больных**

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков),

Харьковский городской психоневрологический диспансер № 3, Харьковской городской психоневрологической диспансер № 16 Харьковское областное бюро судебно-медицинской экспертизы

Изучено 1985 случаев завершенных суицидальных попыток, которые совершили жители города Харькова на протяжении 2000—2006 годов. Оказалось, что 86 из них по крайней мере один раз в жизни обращались за помощью в городскую психиатрическую службу в связи с возникновением у них различных психических расстройств (соотношение мужчины/женщины составляет 1,05 : 1). Наибольшая часть этих пациентов страдали шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами — 54,65 %; органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами — 22,79 %; аффективными расстройствами — 12,79 %. Наибольшее число погибших относилось к возрастным группам 30—39 лет (19,79 %) и 50—59 лет (18,60 %). Наиболее часто самоубийства совершались в понедельник и среду — по 18,60 %. Почти треть больных ушла из жизни весной. Как правило, пациенты использовали такие методы суицида как повешение — 54,65 % ( $p < 0,05$ ) и падение с высоты — 40,70 %. Приводятся особенности суицидального поведения у психически больных разных полов.

**A. M. Bacherykov, E. G. Matuzok, K. V. Kharina, S. V. Tokareva,  
R. V. Lakins'kiy, L. M. Sitenko, O. V. Gorbunov, A. I. Khimchan,  
T. F. Gurdgiy, M. Yu. Popova, A. V. Kys'**

**The completed suicidal attempts in the population of mentally ill patients**

"Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" SI (Kharkiv)

Kharkiv's city psychoneurological out-patient clinic № 3, Kharkiv's city psychoneurological out-patient clinic № 16, Kharkiv's regional Bureau of Forensic Expertise

We have investigated 1985 cases of completed suicidal attempts, which been committed by the citizens of Kharkiv during 2000—2006 years. It appeared 86 of this people at least once in their life asked for the help in the city psychiatric service because of some mental disorders (ratio men/women is 1.05 : 1). The most often kinds of pathology were the schizophrenia, the schizoaffective and delusional disorders — 54.65 %; the organic, including symptomatic mental disorders — 22.09 %; affective disorders — 12.79 %. The maximum of deceased belongs to the age groups 30—39 years — 19.79 % and 50—59 years — 18.60 %. The main part of suicide were completed on Mondays and Wednesdays 18.60 % accordingly. About third of ill people died on spring time. As a rule patients use such methods of suicide as hanging — 54.65 % ( $p < 0.05$ ) and falling down — 40.70 %. We have demonstrated the gender differences of suicidal behavior in the population of mentally ill too.

УДК 616.895.8 + 616.8-008.6

**В. А. Вербенко**

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь)

**МНОГОМЕРНЫЙ МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСНОВАНИЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

Целью нейрофизиологических исследований в психиатрии является изучение высшей нервной деятельности при различных психических заболеваниях. Следует отметить, что стандартных нормативных психофизиологических критериев для диагностики шизофрении в целом и отдельных ее форм пока не существует. Это относится как к визуальному, компьютерному методам электроэнцефалографии, так и к нейропсихологическим исследованиям при данном заболевании [1—4]. В связи с чем был предпринят многомерный математико-статистический анализ психофизиологических нарушений при шизофрении.

В целях проведения многомерного статистического анализа использовался специализированный статистический пакет Statistica (версия 6.0), адаптированный для ПК в среде Windows. Для типологизации «схожих» объектов (больных) использовался кластерный анализ; для обнаружения величин, влияющих на измеряемые переменные и определяющих их свойства, — факторный анализ.

В качестве переменных многомерного анализа были использованы следующие признаки:

- 1) форма шизофрении (простая, кататоническая, параноидная);
- 2) преобладающие психопатические симптомы (негативные, позитивные);
- 3) возраст больного;
- 4) длительность заболевания;

5) основные типы ритмических составляющих ЭЭГ, взятые в их процентной представленности поканально ( $\delta$ -ритм,  $\theta$ -ритм,  $\alpha$ -ритм,  $\beta_1$  и  $\beta_2$ , медиана);

6) вид проводимой терапии (типичные и атипичные антипсихотики);

7) наследственный фактор;

8) балльная оценка когнитивных симптомов по шкале PANSS;

9) нейропсихологический синдром нейрокогнитивных нарушений с указанием ведущей полушарной локализации функциональной недостаточности (правое полушарие, левое полушарие, подкорковые структуры).

В настоящем исследовании было изучено 55 больных параноидной шизофренией, 12 больных простой формой шизофрении и 3 больных кататонической формой шизофрении. Распределение обследованных больных по возрасту и формам заболевания представлено в таблице 1.

Таблица 1

**Характеристика больных по возрасту и формам заболевания**

Возраст, лет	Количество больных с различными формами шизофрении (n = 70)			Всего (абс./%)
	параноидная	простая	кататоническая	
18—25	8	2	1	11/15,7
26—35	23	3	1	27/38,5
36—45	24	7	1	32/45,7
Всего	55	12	3	70/100,0